



โครงการ

สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
(The Survey of health of status, Health Problems of Health,
Development and Temperament of Early Childhood)



โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิดกมล สังข์ทอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ศิริอำพันธ์กุล
อาจารย์ จุไรรัตน์ กีบาง
รองศาสตราจารย์ พญ.อิสราภา ชื่นสุวรรณ

เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

สัญญาเลขที่ RDG5840037

โครงการ

สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
(The Survey of health of status, Health Problems of Health, Development
and Temperament of Early Childhood)

คณะผู้วิจัย

ผศ.ชิตกมล สังข์ทอง
ผศ.ดร.พนิดา ศิริอำพันธ์กุล
อ.จุไรรัตน์ กีบาง
รศ.พญ. อิศราภา ชื่นสุวรรณ

สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชุดโครงการ แนวทางการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตเด็กเลี้ยงยากช่วงปฐมวัย
สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช.-สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ อาสาสมัครเป็นบิดามารดาและเด็กปฐมวัย (อายุตั้งแต่ 1-5 ปี) จำนวน 444 ครอบครัว ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลปทุมธานี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียนจารุศรบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะ อุปถัมภ์ สิริเวชชะพันธ์ และรัตนโกสินทร์) โดยได้อาสาสมัครมาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัย และครอบครัว แบบสอบถามภาวะสุขภาพเด็ก แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental surveillance and promotion manual: DSPM) และแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็นที่ได้

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 68.02 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 16.67 และภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ร้อยละ 15.31 2) พัฒนาการพบเด็กมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 249 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.1 และเด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้าจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 พัฒนาการที่ไม่ผ่านมากที่สุด คือ ด้านการใช้ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (ร้อยละ 32.21) 3) พื้นฐานอารมณ์ของเด็กจากการรับรู้ของครอบครัว ด้านครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านการเลี้ยงดู มีค่าสูงสุด ($M=2.17$) ประเด็นการรับรู้ส่วนใหญ่ครอบครัว มองว่าการเลี้ยงดูเด็กเป็นงานที่ยุ่งยากในบางเรื่อง (ร้อยละ 69.14) 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านเด็กพบพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็ก ส่วนปัจจัย ด้านครอบครัวพบว่ารายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าเฉลี่ยพื้นฐานอารมณ์เด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นปัญหาด้านภาวะสุขภาพเด็ก ทั้งภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาไม่ผ่านมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานทางอารมณ์ คือ รายได้ของครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็ก ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยให้ความสำคัญต่อบิดามารดา ผู้ดูแลเด็ก ในการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ พัฒนาการในเด็ก พื้นฐานทางอารมณ์ และการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการโดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและพัฒนาการด้านภาษา ส่วนพื้นฐานทางอารมณ์ควรมีการเตรียมครอบครัวก่อนมีบุตรและในครอบครัวที่มีบุตรและมีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์ ต้องให้คำแนะนำดูแลเพื่อการตอบสนองเด็กได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์

ABSTRACT

The development of children in early childhood (1-5 years old) was primarily entangled with adjusting themselves to environment. It required an appropriate nurture from family. Nowadays, health problems resulted from improper treatments and problems in the development of personality involving in temperament of early childhood. The objectives of this action research were to investigate the health status, health problems of health, development and temperament of early childhood and to examine the factors influencing temperament of early childhood. This research was both the quantitative and qualitative. The participants of the study were 444 families consisting of parents and children aged between 1-5 years old. Some participants received services from Pediatric Department and Well Child Being Clinic at Thammasat University Hospital or PathumThani Hospital. In addition, some participants were from Small Child Development Center of Thaktong Municipal, Charu Son Bamrung School, Chumchon Wan Ban Khan School or Small Child Development Center of NakhonRangsit Municipal (ThapthanyaUpatum, Siriwetchapan and Rattanakosin). The study utilized a multistage random sampling procedure. Furthermore, the instruments used to gather quantitative data included basic information on parents and children, questionnaires associating with children health, developmental surveillance and promotion manual (DSPM) and assessments for evaluating the basic temperament of early childhood. Moreover, open-ended questions were developed to collect qualitative data. In analyzing the data, the study utilized Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows.

The result indicated that 1) health status of early childhood was in proper manner (68.02 %) nutritional status below average (16.67 %) and nutritional status over average (15.31 %) 2) concerning development, it was found that 249 children have the development in accordance with their age (56.1 %) and 159 children have lower development (43.9 %). Most participants (32.21 %) did not past the assessment for the use of fine motor and intelligence 3) The temperament of early childhood perceived by family in family topic indicated that the maximum average of nurture reached 2.17. For perception issue, family though that taking care of children was difficult in certain manner (69.14 %) 4) The factor in early Childhood involved temperament, Gross motor significant at .05 levels. The factor in parents involved temperament early childhood,

marital status significant at .05 levels and income families, childcare, an understanding of the behaviors children, interact with children, the role parents and relationships between parents significant at .01 levels

The studies pointed out that children health problems still could be found in both over and lower nutritional status. Most children who were suspected for having slower development particularly in the use of fine motor did not pass the assessment. The factors involving in temperament included families income, childcare, an understanding of the behaviors children, interact with children, the role parents, relationship between parents. So, We need to study more family planning before have a child. and family with temperament children should receive advice and care to appropriate response children. However, the study should focus on the importance of parents who were children care taker in the way of proving knowledge on nutrition, children development temperament, the stimulation of the development of fine motor and language ability. Concerning the temperament, parents should have a preparation before having children. For family having children temperament problems, appropriate advices should be given in order to provide suitable respond to them.

Keyword: Health status, development, temperament

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ปรึกษาโครงการวิจัย ทั้ง 2 ท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. บุญใจ ศรีสถิตนรากร และรองศาสตราจารย์ ดร. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตรที่ให้คำแนะนำและกำลังใจ อาจารย์วิทยากรทั้ง 3 ท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลิต อาจารย์ ดร. จิรพรรณ โพธิ์ทอง และอาจารย์อมรา วาทยานุกุลกร ที่ให้ความรู้และคำแนะนำทำให้งานสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลนันท์ พุฒิวิณิชพงศ์ อาจารย์ ดร. ยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์ และอาจารย์ฉัตรมงคล ฉำฉา ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าแผนก เจ้าหน้าที่ คุณครู และผู้ช่วยเหลือทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ยินดีถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าให้ทีมผู้วิจัยร่วมรับรู้ เข้าใจปัญหา ทีมผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นเสียงสะท้อนไปสู่สังคมเพื่อผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ ครอบครัวและเด็กที่มีปัญหาพื้นฐานอารมณ์มากขึ้น ผู้วิจัยขอให้ข้อมูลทุกท่านได้พบเจอแต่สิ่งที่ดีในชีวิต มีพลังกาย และมีพลังใจที่เข้มแข็ง รวมถึงกัลยาณมิตร

ขอบคุณหน่วยงานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนการทำงานวิจัยและสุดท้ายนี้ต้องขอบคุณการสนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยและคณะ ได้ทำงานตามที่หวังได้จนสำเร็จ

ชิดกมล สังข์ทอง และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	-1-
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	-2-
กิตติกรรมประกาศ	-4-
สารบัญ	-5-
สารบัญภาพ	-7-
สารบัญตาราง	-8-
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ทฤษฎี สมมติฐานและ/หรือ กรอบแนวความคิดของแผน	3
1.4 นิยามศัพท์	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 ขอบเขตของการศึกษา	5
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 เด็กปฐมวัยและการพัฒนาการ	6
2.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development)	6
2.1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development)	7
2.1.3 พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional development)	9
2.1.4 พัฒนาการด้านสังคม (Social development)	10
2.1.5 พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual development)	10
2.2 แนวคิดพื้นฐานอารมณ์ (Concept of Temperament)	11
2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์	12
2.2.2 การวัดพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก	16
3 วิธีดำเนินการวิจัย	22
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล	24
3.3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	26

	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)
3.4	วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล 27
3.5	การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร 28
4	ผลการศึกษาวิจัยและอภิปรายผล 27
4.1	ผลการวิจัย 28
4.2	อภิปรายผล 46
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 50
	เอกสารอ้างอิง 43
	ภาคผนวก
	ภาคผนวก ก ตัวอย่างเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอม 59
	เข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย
	ภาคผนวก ข แบบสอบถาม 67
	ภาคผนวก ค รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัยและทีมวิจัย 72

สารบัญภาพ

	ภาพที่	หน้า
1	กรอบการศึกษา	4
2	การประเมินพัฒนาการตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	35

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัย แสดงจำนวน ร้อยละของเด็ก จำแนกตามอายุ บุตร ลำดับที่	29
4.2 ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวเด็กปฐมวัยแสดงจำนวน ร้อยละ ผู้ให้ข้อมูล อายุ บทบาทในครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) และรูปแบบ การเลี้ยงดูเด็ก	30
4.3 ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามช่วง อายุ	33
4.4 ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก แสดงจำนวนและร้อยละ แบ่งตามด้าน พัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน	34
4.5 การประเมินพัฒนาการ แสดงจำนวนและร้อยละจำนวนเด็กที่ผ่านแบ่งตาม จำนวนด้านที่ผ่าน	35
4.6 คะแนนของแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเฉลี่ย มาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัว และข้อมูลเด็ก	36
4.7 ลักษณะพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย แสดงจำนวนความถี่และร้อยละ	37
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกับ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย	35
4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัว ค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านครอบครัวกับค่าเฉลี่ย คะแนนพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย	41

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	-1-
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	-2-
กิตติกรรมประกาศ	-4-
สารบัญ	-5-
สารบัญภาพ	-7-
สารบัญตาราง	-8-
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ทฤษฎี สมมติฐานและ/หรือ กรอบแนวความคิดของแผน	3
1.4 นิยามศัพท์	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 ขอบเขตของการศึกษา	5
2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 เด็กปฐมวัยและพัฒนาการ	6
2.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development)	6
2.1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development)	7
2.1.3 พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional development)	9
2.1.4 พัฒนาการด้านสังคม (Social development)	10
2.1.5 พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual development)	10
2.2 แนวคิดพื้นฐานอารมณ์ (Concept of Temperament)	11
2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์	12
2.2.2 การวัดพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก	16
3 วิธีดำเนินการวิจัย	22
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล	24
3.3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	26
3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	27
3.5 การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร	28

	หน้า
4 ผลการศึกษาวิจัยและอภิปรายผล	27
4.1 ผลการวิจัย	28
4.2 อภิปรายผล	46
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	50
เอกสารอ้างอิง	43
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครและหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย	59
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	67
ภาคผนวก ค รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัยและทีมวิจัย	72

สารบัญภาพ

	ภาพที่	หน้า
1	กรอบการศึกษา	4
2	การประเมินพัฒนาการตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	35

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัย แสดงจำนวน ร้อยละของเด็ก จำแนกตามอายุ บุตร ลำดับที่	29
4.2 ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวเด็กปฐมวัยแสดงจำนวน ร้อยละ ผู้ให้ข้อมูล อายุ บทบาทในครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) และรูปแบบ การเลี้ยงดูเด็ก	30
4.3 ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามช่วง อายุ	33
4.4 ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก แสดงจำนวนและร้อยละ แบ่งตามด้าน พัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน	34
4.5 การประเมินพัฒนาการ แสดงจำนวนและร้อยละจำนวนเด็กที่ผ่านแบ่งตาม จำนวนด้านที่ผ่าน	35
4.6 คะแนนของแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเฉลี่ย มาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัว และข้อมูลเด็ก	36
4.7 ลักษณะพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย แสดงจำนวนความถี่และร้อยละ	37
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกับ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย	35
4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครัวรั้ว ค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านครอบครัวกับค่าเฉลี่ย คะแนนพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย	41

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากรายงานสุขภาพคนไทยพ.ศ. 2551 ชี้ให้เห็นว่าช่วงวัยเด็ก 1-5 ปี หรือ เด็กปฐมวัย นั้นถูกมองข้ามมากกว่าเด็กกลุ่มใด ๆ (ศูนย์วิชาการ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2555) ทั้งที่เด็กเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ โดยเฉพาะเด็กในช่วงปฐมวัยซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลายด้านส่วนใหญ่ขึ้นกับการปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กมีการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบสำรวจ ทดลองสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว พัฒนาการเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีลำดับขั้นตอน มีการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป สิ่งสำคัญเด็กจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านเหมาะสมต้องได้รับการอบรม เลี้ยงดู ตอบสนองอย่างถูกต้อง เหมาะสมจากครอบครัว

ด้วยแนวคิดสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัยมีครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของพ่อแม่ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู ลักษณะการเป็นพ่อแม่ ความเครียดของพ่อแม่ มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการองค์รวมของเด็กปฐมวัย ในทางกลับกัน พื้นฐานอารมณ์ของเด็กก็มีผลต่อผู้ดูแลเช่นกัน อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาสุขภาพมากมายเป็นผลต่อเนื่องจากพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่มีปัญหาในวัยต่อๆ มา (Walker & Sprague, 1999; Caspi, 2002; Lahey, 2004) พื้นฐานอารมณ์ของเด็กยังเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตสมรสของพ่อแม่และความมั่นใจในตัวเอง (Belsky, Fish, & Isabella, 1991; Teti & Gelfand, 1991) พบว่ามารดาที่มีบุตรเลี้ยงยากจะมีอาการซึมเศร้า (depress) มากกว่ามารดาที่มีบุตรเลี้ยงง่าย (Teti & Gelfand, 1991; Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994; Sheeber & Johnson, 1994) ในบางครอบครัวพ่อแม่เกิดความเครียดถึงขั้นรุนแรง และปรับตัวได้ไม่ดีในบทบาทการเป็นพ่อแม่ (Kochanska et al., 2004 ; Neitzel & Stright, 2004) พื้นฐานอารมณ์ของเด็กมีผลกระทบต่อครอบครัวมีใช้น้อย นอกจากนี้พื้นฐานอารมณ์ในวัยเด็กเล็กสามารถทำนายปัญหาทางพฤติกรรมเด็กเมื่ออายุมากขึ้น (Caspi, 2002; Lahey, 2004) จากหลักความจริงที่ว่าช่วงปฐมวัยเป็นช่วงเวลาหลักของชีวิตมนุษย์ในการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างอิสระเป็นช่วงที่เรียกว่า “sensitive periods” เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็กแต่ละคนที่จะพัฒนาความสามารถหรือลักษณะเฉพาะของตนเอง ในการให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลายด้านผสมผสานกลมกลืนกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องเป็นลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพค่อยเป็นค่อยไป ที่สำคัญเด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านเหมาะสมต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดู ตอบสนองอย่างเหมาะสมจากครอบครัว และด้วยแนวคิดที่เด็กมีครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Bromfenbenner, 1995)

นอกจากภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กแล้ว พื้นฐานทางอารมณ์ยังเป็นปรากฏการณ์ที่ต้องให้ความสำคัญแก่เด็ก ครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก การพัฒนาพื้นฐานอารมณ์ของเด็กโดยการดูแลและช่วยเหลือที่ดีจะช่วยลดปัญหาภายหลังและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยต่อมาได้ ลักษณะพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากของเด็กที่มีพฤติกรรมหรือการแสดงเฉพาะที่พบว่าทำให้เกิดปัญหาส่งผล คือความสามารถในการเรียนรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างไม่เหมาะสม กระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive) สังคม (Social) และพัฒนาการด้านอื่น ๆ (Oates & Stevenson, 2005) ปัญหาทางพฤติกรรมที่พบ เช่น สมาธิสั้น ขน ก้าวร้าวต่อต้านสังคม (McIntosh 1996; Bussing, Lebninger, & Eyberg, 2006) เป็นต้น เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยเรียนและวัยทำงานจะมีความขัดแย้งในบุคลิกภาพและมีปัญหาสัมพันธภาพด้านความรักกับบุคคลอื่น (Caspi, 2000) มีการศึกษาที่ยืนยันถึงเด็กที่มีลักษณะพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากมีความสัมพันธ์สูงกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม ผู้ที่กระทำผิดกฎหมาย (Caspi, 2002; Lahey, 2004) สุดท้ายมีการสูญเสียมากมายจากกลุ่มคนที่มีปัญหาทางพฤติกรรม และการแก้ไขปัญหายากยิ่งกว่าการป้องกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญแก่เด็กและครอบครัวและผู้ดูแลเด็กที่ต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และให้การช่วยเหลือต่อไป

จะเห็นว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ และลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กล้วนมีความสำคัญ ในปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลง บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนอุตสาหกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะเขตปริมณฑล พบการย้ายถิ่นเข้ามาทำงาน ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีมากขึ้น ส่งผลทำให้ขาดเครือข่ายระบบสังคมช่วยเหลือดูแลเด็กได้ เด็กต้องเข้ารับบริการศูนย์เด็กเล็กมากขึ้น จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นเด็กเล็กเกินกว่าจะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ได้รับการเลี้ยงดูจากสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ถึงร้อยละ 53.3 ส่วนเด็กวัยเดียวกันที่พ่อแม่เลี้ยงดูที่บ้านมีเพียงร้อยละ 28.6 ในสภาพเช่นนี้จำนวนเด็กปฐมวัยที่ต้องพล่อกออกจากพ่อแม่ก่อนวัยอันควร โดยถูกส่งไปเลี้ยงดูในโรงเรียนระดับก่อนประถมศึกษาจึงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 39.3 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 75 ในปี 2549 พ่อแม่มีความคาดหวังที่ฝากเลี้ยงเด็กกับศูนย์เด็กปฐมวัยหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันมีทั้งที่ได้มาตรฐานและไม่ได้มาตรฐาน (ศูนย์วิชาการ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) และด้วยลักษณะการแข่งขันในสังคมที่ทั้งพ่อแม่ต้องหารายได้ ส่งผลให้ครอบครัวมีความตึงเครียด เวลาให้กับบุตรลดน้อยลง การดูแลตอบสนองเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง พ่อแม่จึงมีความคาดหวังที่จะให้คุณครู ผู้ดูแลตอบสนองเด็กได้ทำบทบาทแทนตนเอง

ในขณะเดียวกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยมีการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ในเขตปริมณฑลเน้นการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต พัฒนาการ ทันตสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนฐานข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีพื้นฐานทางอารมณ์ที่เหมาะสมยังมีน้อย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ไม่มีแนวทางการป้องกันแก้ไขเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับพื้นฐานอารมณ์ ทั้งที่พื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัยเป็นหัวใจสำคัญของบุคลิกภาพที่เป็นลักษณะสำคัญของบุคคลในวัยต่อมา (Allen & Prior, 1995; Schmitz, Fulker, Plomin, Zahn-Waxler, Emde, & DeFries, 1999; Oates & Stevenson, 2005) ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาสุขภาพมากมายเป็นผล

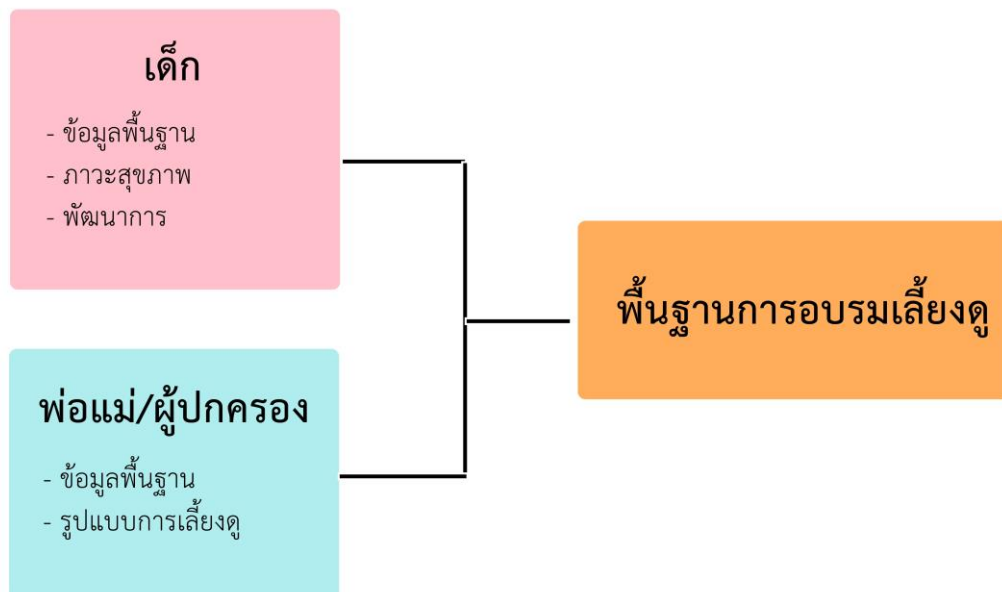
ต่อเนื่องจากพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่มีปัญหา การศึกษายืนยันว่าเด็กมีพื้นฐานอารมณ์แง่ลบมีความสัมพันธ์สูงกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม ผู้ที่กระทำผิดกฎหมาย (Walker & Sprague, 1999; Caspi, 2002; Lahey, 2004) เด็กมีปัญหาควบคุมอารมณ์ ช่วงแรก ๆ ของชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น และไม่ได้รับการแก้ไขมีแนวโน้มผลตามมาภายหลังเป็นกลุ่มเด็ก ทำผิดกฎหมาย ผู้ใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมขาดการที่มีความรุนแรง ความยุ่งยากเหล่านี้มี จำนวนมากขึ้น และค่าใช้จ่ายจำนวนมากเมื่อต้องแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในสังคม (Scott, Spender, Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001) มีการสูญเสียมากมายและการแก้ไขปัญหาล่าช้ากว่าการป้องกัน ทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญจึงได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์ของเด็กและปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย เพื่อสามารถนำ ข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการรูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาด้านพื้นฐานอารมณ์ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย
- 1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

1.3 ทฤษฎี สมมติฐานและ/หรือ กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

ในการศึกษาทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยสามารถเรียนรู้ได้โดยผ่านการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว พ่อแม่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่เป็นผู้ตอบสนองความต้องการของเด็ก การเรียนรู้ของเด็กเป็นไปโดยธรรมชาติทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เกิดจากการสังเกต เลียนแบบและเรียนรู้จากการตอบสนองพฤติกรรมของสังคม ทีมวิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยการพัฒนาด้านอารมณ์และสังคม เด็กปฐมวัย และแนวคิดพื้นฐานทางอารมณ์ (Thomas, Chess, & Birch, 1970; Allen & Prior, 1995; Schmitz et al., 1999; Oates & Stevenson, 2005) ระบบโครงสร้างและหน้าที่ (Structure-functional theory) การเป็นพ่อแม่ (Feldman, 1998) โดยศึกษาตามกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่1 กรอบการศึกษาวิจัย

1.4 นิยามศัพท์

1.4.1 พ่อแม่ หมายถึง พ่อและ/หรือแม่โดยสายเลือดของเด็กเลี้ยงยาก เป็นผู้ดูแลหลัก ทำบทบาทในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพื้นฐานอารมณ์

1.4.2 พื้นฐานทางอารมณ์ หมายถึง เป็นลักษณะภาพรวมของนิสัยหรืออารมณ์ที่เด็กหรือบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด มีแนวโน้มหรือรูปแบบการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมต่อบุคคล สถานที่ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน

1.4.3 เด็กที่มีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์ หมายถึง เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากหรือเด็กเลี้ยงยากที่แสดงออกของพฤติกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ายุ่งยากมากกว่าปกติ ทั้งความถี่ ระดับการแสดงออกมากกว่าปกติ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อ ดังต่อไปนี้

14.3.1 พฤติกรรมแสดงออกส่วนไม่อยู่นิ่ง เช่น สน ไม่อยู่นิ่ง ขอบว้าง ปีน ป่าย

14.3.2 พฤติกรรมต่อต้าน ยืนยัน ไม่ยอมทำหรือปฏิบัติตามบ่อยครั้ง

14.3.3 พฤติกรรมแสดงออกในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่คงที่ คาดเดาได้ยาก ยากลำบากแก่การตอบสนอง หรือจัดการ เช่น การรับประทานอาหาร การนอน และการขับถ่าย ไม่คงที่และมีความยุ่งยากหรือยากลำบาก

14.3.4 การปรับตัวไม่ดี ทั้งต่อสถานการณ์และบุคคล

14.3.5 มีอารมณ์แง่ลบบ่อย เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่าย โมโห

1.4.4 เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุตั้งแต่ อายุ 1 ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เป็นเด็กที่ไม่
มีปัญหาการเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเป็นโรคประจำตัว ไม่มีความพิการที่สังเกตเห็นได้ชัดหรือปัญหา
สุขภาพจิตเด็ก เช่น เด็กออทิสติก สติปัญญาช้า สติปัญญาเลิศ เป็นต้น

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิง
คุณภาพโดยการสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะที่อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน เพื่อให้ได้ครอบคลุม
สถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย มีการศึกษาปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลกับพ่อแม่และเด็กปฐมวัยซึ่งมีอายุตั้งแต่ 1-5 ปี ที่
ได้เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน ในเขตเทศบาลท่าโขลงและ
เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียน
จารุศรบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางขัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุปถัมภ์)
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต
(รัตนโกสินทร์) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ข้อมูลที่ได้เป็นฐานข้อมูล ซึ่งนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัย
และครอบครัว

1.6.2 นักวิจัยและนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัย เป็นฐานข้อมูล
ในการพัฒนางานช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพื้นฐานอารมณ์และครอบครัว

1.6.3 ได้องค์ความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบในการพัฒนาเด็กและครอบครัว เป็นประโยชน์
ในการพัฒนานโยบายการดูแลเด็กปฐมวัย และครอบครัว นำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรและบริบทที่มี
ลักษณะคล้ายกัน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ทีมผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยและการพัฒนาการเด็ก แนวคิดพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็ก มีเนื้อหา ดังนี้

2.1 เด็กปฐมวัยและการพัฒนาการเด็ก

เด็กปฐมวัย คือ เด็กอายุ 1-5 ปี เป็นช่วงวัยที่แสดงออกถึงความต้องการเรียนรู้ แสดงความตื่นตัวต่อสิ่งแปลกใหม่ตลอดเวลา เมื่ออายุได้ 1 ปีจะมีการเรียนรู้ทักษะพื้นฐานการเดิน และการพูดมากขึ้น มีการพัฒนาความเข้าใจ อัตลักษณ์บุคคล และเข้าใจในความต้องการของบุคคลอื่น การพัฒนาทักษะเหล่านี้ทำให้เด็กได้เรียนรู้ความปรารถนาของบุคคลอื่น และมีความสามารถควบคุมการตอบสนองของตนเองมากขึ้น พ่อแม่ในฐานะผู้ที่ช่วยให้เด็กมีการแสดงออกในทางบวก ช่วยในการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นและโลกที่อยู่รอบตัวของเขาในวิถีทางที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เด็กวัยนี้มีความสำคัญเพราะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาหลายด้านอย่างรวดเร็ว โดยทุก ๆ ด้านจะผสมผสานกลมกลืนกัน การเจริญเติบโตโดยภาพรวมเปลี่ยนแปลงไปจากวัยทารก พัฒนาการส่วนใหญ่ขึ้นกับการปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กมีการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบสำรวจ ทดลองสิ่งรอบ ๆ ตัว พัฒนาการเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีลำดับขั้นตอน มีการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง แนวคิดความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มาช่วยทำความเข้าใจเพื่อง่ายในการทำความเข้าใจ ทีมวิจัยแบ่งหัวข้อพัฒนาการเด็กเป็นด้าน ๆ และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development)

พฤติกรรมและพัฒนามีความสัมพันธ์กับโครงสร้างการทำงานและความสามารถของร่างกาย เด็กอายุ 1-3 ปี จะเริ่มมีอัตราการเจริญเติบโตช้ากว่าในช่วงวัยทารก การประเมินพัฒนาการทางกายโดยประเมินจาก น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบอก อายุกระดูก โดยพิจารณาเปรียบเทียบ ตามเกณฑ์ตามวัย

น้ำหนักและส่วนสูงบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต ตามอัตราการเจริญเติบโตมาตรฐานเด็ก อายุ 1 ปี จะมีน้ำหนักตัวเป็น 3 เท่าของน้ำหนักแรกคลอด เมื่ออายุ 2 ปี น้ำหนักตัวเป็น 4 เท่าของน้ำหนักแรกคลอด อายุ 2 - 3 ปี น้ำหนักจะเพิ่มปีละประมาณ 2.3 -2.5 กิโลกรัม การวัดรอบศีรษะจะวัดในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี เป็นการประเมินการเจริญเติบโตของสมองทางอ้อม เมื่อเด็กอายุ 1 ปี มีเส้นรอบศีรษะ 45 เซนติเมตร อายุ 2 ปี มีเส้นรอบศีรษะ 47 เซนติเมตร การเติบโตของร่างกายทำให้พัฒนาการของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อตา กล้ามเนื้อมือ กล้ามเนื้อเท้า ซึ่งกล้ามเนื้อเหล่านี้ต้องทำงานประสานกัน ในความสามารถของเด็ก

วัยนี้ คือ 2 ปี สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทุกส่วน ชอบเล่นของเล่นที่ใช้แรง ออกแรงมากขึ้น เช่น เตะบอล ปั่นจักรยาน การเชื่อมโยงกัน เตรียมพร้อมในการรับรู้และทำงานตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่ง 2-3 ปี เมื่ออายุ 3 ปี สามารถเขย่งบนปลายเท้าได้ ยืนขาเดียวได้นาน กระโดดขาเดียว มีความสามารถในการใช้มือประสานกับสายตาได้ดีขึ้น ต่อแท่งไม้สี่เหลี่ยม 9 แท่งได้ แต่งตัวเองได้ ช่วยกลั้วหรือปลดกระดุมหน้าเองได้ (Feldman, 1998)

การพัฒนาาระบบประสาทของเด็ก จะพัฒนาอย่างรวดเร็วมากในช่วง 3 ปีแรกของชีวิต พัฒนาการของสมองและระบบประสาทในเด็กวัยนี้เป็นช่วงสำคัญอย่างมากของการเรียนรู้และเป็นรากฐานสำคัญต่อชีวิตในภายภาคหน้า เด็กแรกเกิดมีขนาดของสมองประมาณ 1 ใน 4 ของสมองผู้ใหญ่ เมื่ออายุได้ 2 ปี สมองจะเติบโตจนมีขนาดประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ใหญ่ เมื่ออายุได้ 5 ปีเด็กจะมีน้ำหนักของสมองเป็นร้อยละ 90 ของน้ำหนักสมองของวัยผู้ใหญ่ (Feldman, 1998) มีการวิจัยทางประสาทวิทยาและจิตวิทยาพัฒนาการที่ยืนยันว่าโครงสร้างสมองมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์ประสาทจำนวนมากและมีวงจรการเชื่อมต่อกันจะมีกระแสประสาทผ่านและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างโปรตีนและจุดเชื่อมต่อเพิ่มขึ้นพร้อมไปกับการเรียนรู้ เช่น เด็กที่มีการใช้ตาทั้งสองข้างไม่สมดุลกัน หากไม่ได้รับการแก้ไขสมองส่วนรับจักษุสัมผัส (Visual cortex) จากตาข้างที่ใช้น้อยจะถูกจำกัดให้ฝ่อลงและมีความบกพร่องถาวร นอกจากนั้นก็พบคลื่นไฟฟ้าและคลื่นสมอง และระดับของสารสื่อประสาทยังมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมากเช่นเดียวกัน

การพัฒนาสมรรถภาพด้านร่างกายเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา การเตรียมพร้อมให้เด็กช่วยเหลือตนเอง และเพื่อการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ มีผลต่อประสบการณ์และพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็ก

2.1.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development)

พัฒนาการด้านสติปัญญา เป็นความสามารถในการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ กับตนเอง การรู้คิด รู้เหตุผลและความสามารถในการแก้ปัญหา มีการแสดงออกโดยการใช้ภาษาสื่อความหมายและการกระทำ ดังนั้นพัฒนาการด้านภาษา การสื่อความหมาย ใช้ตาและมือทำงานประสานกันเพื่อแก้ปัญหา และความสามารถในการปรับตัวจึงมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพัฒนาการความคิดของเพียเจต์ (Piaget) เชื่อว่าพันธุกรรมสิ่งแวดล้อมและวุฒิภาวะมีปฏิสัมพันธ์กันตลอด กระบวนการเจริญเติบโตจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา เด็กไม่ได้เกิดมาพร้อมกับความรู้และความคิด เด็กเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัว และพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน การเจริญเติบโตทางความคิดพัฒนาไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาทางกายด้านต่าง ๆ โดยศูนย์กลางของความฉลาดคือความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เด็กเรียนรู้และปรับตัวโดยใช้ปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex) ระบบประสาทสัมผัส (Sensory) และการเคลื่อนไหว (Motor) ในระยะแรก ๆ ของชีวิต เด็กจะใช้ศักยภาพเหล่านี้เป็นสื่อในการเรียนรู้และพัฒนาความคิดเกี่ยวกับโลกและบุคคล ในช่วงวัยต่อ ๆ มา เด็กจะสามารถใช้ความสามารถดังกล่าวในการพัฒนาความคิดอย่างซับซ้อนและเพิ่มขึ้นตอนมากขึ้น เด็กอายุตั้งแต่ 12 เดือนถึง 2 ปี เป็นระยะขั้นใช้สัมผัสและกล้ามเนื้อ (sensorimotor period) จากนั้นเมื่ออายุได้ 2 - 4 ปี มีลำดับขั้น

พัฒนาการกำหนดความคิดไว้ล่วงหน้า (Pre-conception; thought period) เริ่มมีการพัฒนาความคิดโดยไม่จำเป็นต้องปรากฏวัตถุหรือเหตุการณ์ที่ปรากฏเฉพาะหน้า เป็นวัยที่มีการพัฒนาทักษะการนำเสนอ เล่าเรื่อง เริ่มพูดได้บ้าง (DeHart, Sroufe, & Cooper, 2004) สามารถแก้ไขปัญหาง่ายๆ ได้ รู้จักคิดว่าเมื่อใดต้องการหรือไม่ต้องการอะไร พัฒนาการทางด้านภาษาเป็นสื่อแสดงให้เห็นพัฒนาการด้านความคิด

ความเฉลียวฉลาดทางปัญญา หรือเชาว์ปัญญา เกิดจาก 2 ส่วน คือ จากยีนหรือพันธุกรรม และอีกส่วนจากการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดภายหลัง ดังนั้นสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะช่วยกระตุ้นเซลล์สมองของเด็กให้มีเส้นใยประสาท จุดเชื่อมต่อ และไขมันล้อมรอบเส้นใยประสาทมากขึ้น อันช่วยในการคิดตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้ เมื่อเด็กอายุได้ 2 ปี สามารถเรียนรู้วัตถุ 3 มิติ รู้จักอักษรประมาณ 2-3 ตัว สามารถแยกของสองสิ่งที่แตกต่างกันได้ มีความสนใจอยากรู้อยากเห็น ชอบซักถามแต่อาจไม่สนใจในคำตอบมากนัก อายุได้ 3 ปี จะร้องเพลงได้นับเลขได้ถูกต้อง 1-10 บอกชื่อตามที่เคยเห็นได้บ่อย ๆ ได้ 8 รูป ทำตามคำสั่งได้ บอกสีได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 สี เริ่มเล่นกับผู้อื่นได้เข้าใจ มีการใช้คำสรรพนาม ก็ยังชอบถามคำถามอยู่ตลอดเวลา การพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง หรือสมอง มีความสำคัญกับส่วนที่เกี่ยวกับความจำ เหตุผล การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ การคิดในเชิงนามธรรม การคิดจำแนกแยกแยะต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนโดยตรงกับสติปัญญา

เชาว์ปัญญา (Intelligence) และระดับของเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient) เป็นค่าสัดส่วนของตัวเลขวระหว่างอายุสมอง (Mental Age) กับอายุปฏิทิน (Chronological Age) ซึ่งบอกถึงความสามารถของมนุษย์ รวมทั้งการปรับตัวพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความสามารถที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา อย่างมีเหตุผล การเข้าใจโลกและการจัดการกับสิ่งท้าทายในเรื่องของความเป็นคนเก่ง มีใจจำกัดอยู่เฉพาะสติปัญญา ความเก่งของคน แรงจูงใจ เก่งดนตรี เก่งศิลปะ ความรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของสมองด้วย บรูเมอร์ (Brumer) อธิบายพัฒนาการทางสติปัญญา ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ เสนอทฤษฎีพัฒนาการทางเชาว์ปัญญา ที่เน้นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม อันรวมถึงวัฒนธรรมที่บุคคลอาศัยอยู่ด้วย การเรียนการสอน จะต้องให้เด็กได้เริ่มที่ประสบการณ์ตรงไปสู่ประสบการณ์ผ่านภาพ (Iconic) ซึ่งเป็นตัวแทนของประสบการณ์จริง เช่น รูปภาพ ภาพยนตร์ และการเชื่อมโยงไปสู่ลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น ภาษานักจิตวิทยาการ์ดเนอร์ (Howard Gardner) ได้เสนอทฤษฎีพหุปัญญา (Multiple Intelligence) มนุษย์มีเชาว์ปัญญาหลายตัว ซึ่งได้มีแต่ระดับของเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient) อันประกอบด้วย 9 ด้าน 1) ปัญญาทางด้านภาษา (Linguistic Intelligence) 2) ปัญญาด้านตรรกะและคณิตศาสตร์ (Logical-Mathematical Intelligence) 3) ปัญญาทางด้านมิติ (Spatial Intelligence) 4) ปัญญาทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (Bodily-Kinesthetic) 5) ปัญญาทางด้านดนตรี (Musical Intelligence) 6) ปัญญาด้านมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Intelligence) 7) ปัญญาทางการเข้าใจตนเอง (Intrapersonal Intelligence) 8) ปัญญาทางด้านธรรมชาติวิทยา (Naturalist Intelligence) และ 9) ด้านจิตวิญญาณ / การมีชีวิตรอยู่ (Spiritual/existential) (Schaffer, 2004)

พัฒนาการด้านสติปัญญามีการพัฒนามากขึ้น แสดงให้เห็นเด็กวัยนี้มีความเจริญก้าวหน้าของความคิดเป็นลำดับขั้น การส่งเสริมเด็กในพัฒนาการด้านสติปัญญานอกจากการเตรียมความพร้อมร่างกายแล้ว การส่งเสริม กระตุ้นให้เด็กได้มีการใช้ความคิด การวิเคราะห์ก็เป็นสิ่งสำคัญ

2.1.3 พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional development)

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ในช่วงแรกของชีวิตขึ้นกับประสบการณ์ ประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง มีผลต่อพัฒนาการทางสังคม การศึกษาที่สนับสนุนเด็กมีการเรียนรู้จากคนใกล้ชิดพบตั้งแต่วัยทารกที่มีแม่มีความตึงเครียด (distress) อย่างมาก จะแสดงการทำงานของสมองส่วนหน้าซีกซ้ายน้อย ซึ่งสมองส่วนนี้มีผลต่ออารมณ์ในแง่บวก เช่น ความสุข สนุกสนาน และสมองส่วนหน้าขวาที่มีการทำงานมากเกินไป จะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ในแง่ลบ (Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling, & Hessel, 1997) การแสดงออกของอารมณ์ในเด็กขวบปีแรกดูเหมือนการแสดงออกกว้างๆ ไม่ชัดเจน จากการถ่ายภาพวิดีโอและศึกษาการแสดงออกอารมณ์ของทารก พบมีการแสดงออกของอารมณ์ 5 ลักษณะเด่น มีดังนี้ สนใจ ประหลาดใจ สนุกสนานพึงพอใจ โกรธ และกลัว แต่การเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ใหญ่เฝ้าสังเกตอารมณ์ และประเมินลักษณะอารมณ์ ผู้เฝ้าสังเกตมีความยากลำบากในการแยกแยะ สามารถบอกได้เพียงอารมณ์ในแง่บวก (สนใจ สนุกสนานพึงพอใจ) และแง่ลบ (โกรธ กลัว) (Shaffer, 2002) เมื่อเด็กโตขึ้นในปฐมวัยจะมีการแสดงออกของอารมณ์ได้ชัดเจนมากขึ้น บางคนสื่อสารบอกความรู้สึกและอารมณ์ของตนได้ และเด็กเองเรียนรู้การประเมินตนในการจัดการอารมณ์ที่แสดงออก เด็กรับรู้ที่จะตอบสนองจากผู้ใหญ่บอกได้และเริ่มเรียนรู้ในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Shaffer, 2002) ในลักษณะมุมมองการแสดงออกอาจแบ่งเป็น ด้านมอเตอร์ ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า แววตา น้ำเสียง ด้านของประสบการณ์ เป็นความรู้สึกที่เป็นผลจากการ ตระหนักรับรู้ ภายหลังการแปลความของระบบประสาทส่วนกลางด้านอารมณ์เป็นแนวโน้มการแสดงออกของร่างกายบางประการเป็นผลจากประสบการณ์โดยตรง ได้แก่ ดีใจ ร่างกายมีกิจกรรม การตื่นเต้น เศร้า ใจร่างกายมีกิจกรรมลดลง ด้านการยอมรับอารมณ์ของผู้อื่น เชื่อว่าความสามารถนี้มีการพัฒนามาตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็กตอนต้น เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายกว่าในวัยทารก เอาแต่ใจตัวเอง

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biologic theory) กล่าวถึงหน้าต่างของโอกาส (Window of opportunity) พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กปฐมวัยเป็นการควบคุมอารมณ์ การตอบสนองต่อความเครียด และความผูกพันที่มั่นคง ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จากทฤษฎีของ แอริสัน (Psychosocial development stage) เด็กวัยนี้อยู่ในขั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจ (Autonomy vs. shame and doubt) จากพัฒนาการตามวัยมีการควบคุมการใช้กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสมากขึ้น อยากรู้อยากเห็น พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Self-assertiveness) และความสามารถควบคุมตนเอง (Self-control) (Erikson, 1986 cite in Schaffer, 2004) ด้วยการทำอะไรด้วยตนเอง การพัฒนาดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้ดี ถ้าเด็กถูกควบคุมมากเกินไปจะทำให้เด็กรู้สึกละอายใจและไม่แน่ใจตนเอง ตามาสีโอ (Damasio, 1994) ยืนยันผลการวิจัยว่า การใช้เหตุผลการตัดสินใจของสมอง และอารมณ์ความรู้สึกมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์จะมีส่วนร่วมในการใช้เหตุผลเช่นเดียวกับสมองส่วนที่ใช้

ในการคิด จึงกล่าวได้ว่าอารมณ์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการคิดของบุคคล ปัจจุบันมีการศึกษายืนยันจำนวนมากกว่าบุคคลจะประสบความสำเร็จได้ ไม่ได้ขึ้นกับความเฉลียวฉลาดของสติปัญญาเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นกับความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient, QE) อันเป็นความสามารถลักษณะหนึ่งของบุคคลที่จะตระหนักถึงความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ และแรงกระตุ้นภายใน ตลอดจนสามารถรอคอยและตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีทักษะในการเข้าสังคมอันเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ ของเด็กวัยนี้มีความสำคัญ และจะมีผลต่อวัยต่อไป

2.1.4 พัฒนาการด้านสังคม (Social development)

พัฒนาการด้านสังคม เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เด็กจะมีประสบการณ์ครั้งแรกจากสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งสังคมเล็กที่เด็กเรียนรู้การใช้ทักษะการมีชีวิตในสังคม (Schaffer, 2004) ความสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนร่วมกับผู้อื่น ความรับผิดชอบและมีความเป็นตัวของตัวเอง ในเด็กหมายถึงความรวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual development)

เด็กปฐมวัยจะมีการเล่นกับเพื่อนยังไม่ค่อยดี เนื่องจากยังต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนเองมากกว่าตนเองสนใจผู้อื่น (Self-center) จะพบเด็กวัยนี้ทะเลาะกันได้บ่อย การเรียนรู้ประสบการณ์สังคม คือ การรู้จักอ้อมขอม การให้และการรับ เด็กวัยนี้ยังมีเพื่อนสมมติ (Imaginative friends) เป็นเพื่อนที่เด็กสมมติขึ้น อาจเนื่องจากวัยอยากรมีเพื่อนแต่ไม่สามารถเล่นได้ตามใจตนเอง หรือเป็นการสร้างจินตนาการ พัฒนาการทางสังคมของแนวคิดแอริคสัน เด็กวัยนี้เป็นระยะ ความคิดริเริ่มแย่งกับความรู้สึกผิด (Initiative vs. guilt) คือเริ่มพัฒนาความสามารถเฉพาะตัวในด้านต่าง ๆ การช่วยเหลือตัวเอง แต่เวลาเดียวกันก็ยังไม่ทำอะไรไม่ได้เต็มที่ที่ต้องการ ยังคงต้องการให้ช่วยเหลือ การส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมเด็กวัยนี้ได้โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง และเกิดภาคภูมิใจ เด็กมีพฤติกรรมทางสังคมด้วยการเลียนแบบ พ่อแม่ช่วยได้ในการจัดสิ่งแวดล้อม การเป็นแบบอย่าง และการใช้กระบวนการเล่นเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการ

2.1.5 พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual development)

เป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรู้จักคุณค่าของชีวิต สิ่งแวดล้อม คุณธรรม ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี สุนทรียภาพ วัฒนธรรม ความสามารถการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ อาการที่แสดงให้เห็นชัดเจนของความรู้สึกสำนึกเมื่ออายุได้ 1-3 ปี ต่อจากนั้นการได้รับการปลูกฝังการพัฒนาภาพลักษณ์ของตนและความชื่นชมตนเอง กระบวนการแบ่งแยกตนเองโดยทำความเข้าใจความแตกต่างของตนเองกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น เป็นกระบวนการค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเด็กอายุ 18 เดือนก็เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง และเริ่มพูดว่า “ไม่” เมื่ออายุ 2 ปี เริ่มรู้จักการใช้คำสรรพนามแทนตนเอง อายุได้ 2 ปีขึ้นไปจะถึงขั้นตอนสำคัญในการแบ่งแยกตนเองกับผู้อื่น ส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ของตนเองก่อตัวเป็นรูปร่างขึ้นโดยวิธีการที่ผู้อื่นปฏิบัติได้ตอบกับเด็ก

พื้นฐานอารมณ์ในช่วง 5 ขวบปีแรกของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และความพิเศษของพฤติกรรมที่แสดงในเด็กเกิดพื้นฐานอารมณ์ที่พบ โศกเศร้า การผ่น

คล้ายหรือพลอบใจ การเคลื่อนไหว การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ การตื่นตัว การเข้าหาหรือการถอยหนีสถานการณ์หรือบุคคล แต่ช่วงวัยทารกตอนต้นพฤติกรรมที่แสดงออก เด็กเริ่มยิ้ม หัวเราะ เปล่งเสียง สำรอกหรือหลีกเลียงการกระตุ้น เมื่อโตมากขึ้นมีการแสดงออกมากขึ้น

2.2 แนวคิดพื้นฐานอารมณ์ (Concept of Temperament)

ตั้งแต่แรกเกิด เด็กแต่ละคนมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์เป็นเอกลักษณ์เฉพาะติดตัวมา ทำให้เด็กมีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (Caspi, 2002; Oates & Stevenson, 2005; Bussing, Lebninger, & Eyberg, 2006) ถึงแม้พื้นฐานอารมณ์จะเป็นปัจจัยทางพื้นฐานชีวภาพที่มีอิทธิพลต่อเด็ก แต่จากงานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อพื้นฐานอารมณ์ของเด็กไม่น้อยเช่นกัน (Goldsmith, Buss, & Lemery, 1997) จึงเป็นสิ่งที่ดีในการเลี้ยงดูเด็กโดยมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

พื้นฐานอารมณ์ หรือ “Temperament” มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน (Latin) “temperare” หมายความว่า “To mix” จากลักษณะของคำ “Temperament” มีความหมายถึงนิสัยหรืออารมณ์ที่แสดงลักษณะพฤติกรรมที่มีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้าหรือบุคคลอื่น (Rettew & McKee, 2005) ในภาษาไทยว่า “พื้นฐานอารมณ์” หรือ “พื้นอารมณ์” จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโมโนทัศน์นี้ใช้ในความหมาย นิสัยหรืออารมณ์แรกเริ่มก่อนที่จะมีการพัฒนาของบุคลิกภาพหรืออารมณ์อื่นๆ ต่อมา “Temperament” ลักษณะของพื้นฐานอารมณ์มีผลต่อลักษณะพฤติกรรม การแสดงออก การเข้าสังคม และการตอบสนองทางอารมณ์ (Allen & Prior, 1995; Schmitz et al., 1999) คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับพื้นฐานอารมณ์คือ บุคลิกภาพ (Personality) โมโนทัศน์สองคำนี้มีความยากที่จะแยกระหว่างมิติของพื้นฐานอารมณ์และบุคลิกภาพ ลักษณะที่แตกต่างของพื้นฐานอารมณ์เป็นหัวใจสำคัญของบุคลิกภาพที่ได้รับการพัฒนาในวัยต่อ ๆ มา ลักษณะบุคลิกภาพเป็นลักษณะสำคัญของบุคคลเป็นผลการกระทำของสิ่งแวดล้อมกับพื้นฐานอารมณ์ ทั้งพื้นฐานอารมณ์และบุคลิกภาพที่ใช้อธิบายในบุคคลที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่เชื่อมโยงไปถึงทัศนคติของบุคคล โดยประกอบถึงระดับความฉลาดทางสติปัญญา แรงจูงใจ ทัศนคติต่อการให้คุณค่าทางสังคม การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Prior et al., 2000) ดังนั้นการใช้คำ “พื้นฐานอารมณ์” (Temperament) อธิบายในเด็กและทารกเป็นส่วนใหญ่ ส่วนบุคลิกภาพโดยทั่วไปใช้ในวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น ส่วนการศึกษาที่ใช้พื้นฐานอารมณ์ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ น่าจะเป็นประเด็นความหมายที่เป็นนิสัยดั้งเดิมของบุคคล หรือเพื่อชี้ให้เห็นบุคลิกภาพที่เป็นกลไกมาจากปัจจัยทางชีวภาพ (Gazzaniga, Heatherton, Heine, & McIntyre, 2007) ในความเข้าใจ “พื้นฐานอารมณ์” ในผู้ใหญ่ที่สามารถกล่าวให้ชัดเจนในภาษาไทย คือ “สันดาน” ที่หมายถึงอุปนิสัยที่มีมาแต่กำเนิด (พจนานุกรมไทย ฉบับทันสมัย, 2550) มากกว่าหมายถึงพื้นฐานอารมณ์ที่ไม่ซับซ้อนเหมือนในเด็กเล็ก ๆ

เริ่มจากการศึกษาของโทมัสและเชสส์ ในปี 1956 (Thomas, Chess, & Birch, 1970) เป็นการศึกษาระยะยาว “New York Longitudinal Study” ที่ศึกษาในเด็กทารก 133 คน ติดตามมากกว่า 10 ปี จนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ พบเด็กพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงง่ายร้อยละ 40 เด็กที่ปรับตัวยาก

ตอนแรกร้อยละ 15 และเด็กเลี้ยงยากร้อยละ 10 และส่วนที่เหลือไม่สามารถจัดกลุ่มได้มีถึงร้อยละ 35 พบว่าร้อยละ 70 ของเด็กเลี้ยงยากพัฒนาเป็นเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมในวัยต่อมา บ่อยครั้งที่เด็กถูกกระตุ้นได้ง่าย มีอารมณ์ก้าวร้าว มีปัญหากับกลุ่มเพื่อน (Chess, Thomas, & Birch, 1970; Shaffer, 2002) การใช้มีโนทัศน์เด็กเลี้ยงยาก (Difficult Child) เพื่อใช้ในทางคลินิกเป็นเบื้องต้นให้ทราบถึงพื้นฐานอารมณ์เกี่ยวกับเด็ก (Carey, 1998) และช่วยระบุถึงเด็กที่มีความเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรม (Oates, & Stevenson, 2005) ต้องให้คำปรึกษาหารือแก่พ่อแม่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีปัญหาของบุตร มีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากก่อนจะกลายเป็นปัญหาที่ยากในแก้ไขในเวลาต่อมา (Rothbart, 2004; Vaughn, Bradley, Joffe, Seifer, & Barglow, 1987)

2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าพื้นฐานอารมณ์ในวัยเด็กเป็นรากฐานสำคัญต่อมาในบุคลิกภาพผู้ใหญ่ ความแตกต่างของพื้นฐานอารมณ์ในลักษณะปกตินิสัยวัยเด็ก ลักษณะที่กำหนดความแตกต่างของพื้นฐานอารมณ์เหล่านี้มีผลตามมาในประสบการณ์ปัจจุบันและมีการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ มีข้อสงสัยในประเด็นส่วนความคงทน/ถาวรของความแตกต่างในบุคคล (Stability of individual difference) และความต่อเนื่องในการพัฒนา การศึกษาที่แสดงความคงทน/ถาวรของลักษณะในวัยเด็กเชื่อมโยงบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ (Stability of adult personality) มีการวัดเชิงประมาณและเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม แสดงให้เห็นลักษณะพื้นฐานอารมณ์หรือบุคลิกภาพที่พบในเด็กมีความคงทน/ถาวรบุคลิกภาพจนถึงในผู้ใหญ่ระดับสูง (McCrae, & Costa, 1997)

ความแตกต่างในบุคคลและบุคลิกภาพได้รับอิทธิพลจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ พื้นฐานชีวภาพ (Biological basis) และอิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อม ในวัยทารกและวัยเด็กไม่สามารถระบุลักษณะหรือบุคลิกภาพได้ชัดเจน เนื่องจากเด็กจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมโดยกว้างๆ ไม่มีความชัดเจน การแสดงออกของพฤติกรรมยังไม่ได้มีการพัฒนา ในการเจริญเติบโตมีกระบวนการพัฒนาผ่านกระบวนการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ ทำให้วัยผู้ใหญ่สามารถแบ่งและจำแนกความแตกต่างในบุคคลและบุคลิกภาพได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ด้านพื้นฐานชีวภาพ ความแตกต่างทางชีววิทยาระหว่างบุคคล และได้รับอิทธิพลจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีความคงทนเป็นเวลานาน (Shaffer, 2002) การมีพฤติกรรมการสำรวจ มีส่วนความสอดคล้องกับไมอีลิน (myelin) ของสมองส่วนหน้า (Papalia, Olds, & Feldman, 2002) เห็นได้ว่าการพัฒนาทางด้านระบบประสาท และฮอร์โมนมีส่วนในความแตกต่างของพื้นฐานอารมณ์การศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนในผลของยีนและความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาการ ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางชีววิทยาและประสบการณ์ในการศึกษาระยะยาวทำให้สามารถสืบสวนอายุที่มีความสัมพันธ์ความคงทน/ถาวร (Stability) ข้อมูลที่ได้จากพ่อแม่ จากการบันทึกวิดีโอพฤติกรรมของเด็ก ๆ แสดงให้เห็นว่าลักษณะบุคลิกภาพนิสัยของเด็กแฝดอาศัยอยู่คนละบ้านกันมีลักษณะเด่นเหมือนกัน และอิทธิพลจากพันธุกรรมจะมีความคงทนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมากในระหว่าง 2 ขวบปีแรกของชีวิต (Plomin et al., 1993)

นอกจากนี้ลักษณะอิทธิพลทางชีวภาพของบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับอิทธิพลสิ่งแวดล้อม โดยธรรมชาติสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนสำคัญหลักที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล และบ่อยครั้งที่ถูกมองข้ามไป สิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบเล็กที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทันทีเริ่มตั้งแต่แรกเกิดเป็นทารกอาจจะเป็นครอบครัว ระบบนี้ยังมีผลซับซ้อนนำเด็กเข้าสู่ระบบสังคมในระดับต่อไป เช่น สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน โรงเรียน กลุ่มเด็ก เพื่อนบ้าน และสังคมในวงกลางออกไป พัฒนาการทางด้านอารมณ์ในช่วงแรกของชีวิตขึ้นกับประสบการณ์ ประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง มีผลต่อพัฒนาการทางสังคมและด้านอื่น ๆ เด็กมีการเรียนรู้จากคนใกล้ชิดความผูกพัน (Attachment) พฤติกรรมที่พ่อแม่ ลูก โดยเฉพาะแม่แสดงความรัก ความผูกพันรักใคร่ต่อกันซึ่งจะค่อยๆ เกิดค่อยๆ เป็นไปตลอดเวลาที่แม่เลี้ยงดูลูกในระยะ 1 ปีแรก ฉะนั้นจึงเป็นความสัมพันธ์ต่อกันทั้งสองฝ่าย ความผูกพันนี้จะดีมากน้อยเพียงไรขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งอื่นมาควบคุมด้วย เช่น ระยะเวลาที่อยู่ด้วยกัน คุณภาพการแสดงการตอบสนองต่อกัน สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม วิธีการเลี้ยงดูเด็ก และอื่น ๆ ความผูกพันมีความสำคัญต่อการพัฒนาบุคคล อันหมายถึงคุณภาพและผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันของเด็กและผู้ดูแล

ครอบครัวเป็นสังคมขนาดเล็กที่มีความสำคัญในการดูแลเด็ก บิดามารดาเป็นผู้ตอบสนองความต้องการเด็ก บิดามารดานอกจากมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแล้วจากลักษณะการเลี้ยงดูมีการถ่ายทอดทัศนคติ ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเด็นต่อมาคือ การรับรู้ ทัศนคติของบิดามารดามีผลต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงดู สุดท้ายองค์ความรู้ในการอธิบายพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ดูแลต่อเด็ก ทั้งที่ผู้ดูแลหรือบิดามารดาเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมาก พื้นฐานอารมณ์เด็ก ลักษณะการเลี้ยงดู ความเชื่อ วัฒนธรรมในแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างกัน แนวคิดครอบครัวและโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัว ครอบครัว เป็นหน่วยพื้นฐานของระบบสังคมที่เล็กและมีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีบทบาทสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่กับลูก ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ทางสังคมในการถ่ายทอดค่านิยม ปลูกฝังความเชื่อ สร้างเสริมทัศนคติ กำหนดบุคลิกภาพ วิธีประพฤติปฏิบัติตน รวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสังคมและประเทศโดยรวม ครอบครัวจึงเปรียบเสมือนจักรกลขั้นแรกที่ทำหน้าที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการ นำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขณะเดียวกัน ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแลเยียวยา บำบัด ฟื้นฟู ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตที่กระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย และครอบครัวยังถือเป็นหน่วยเศรษฐกิจย่อยที่สุดที่มีความสำคัญสูงต่อระบบเศรษฐกิจส่วนรวม ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการผลิต การบริโภค และการออม ที่ต้องเริ่มจากครอบครัวก่อนทั้งสิ้น รวมทั้งเป็นรากฐานการสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็งอีกด้วย

เด็กไม่สามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขหากการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมจากครอบครัว การดูแลเด็กไม่สามารถมองเฉพาะบุคคลได้ เนื่องจากเด็กในฐานะเป็นบุคคลในบริบท (Individual in his context) และเด็กเป็นหน่วยหนึ่งของครอบครัว ไม่ใช่

บุคคลเพียงลำพัง การมองเด็กในฐานะบุคคลในบริบทเท่านั้นจึงจะเข้าใจได้อย่างแท้จริง และบริบทที่สำคัญที่สุดของเด็กคือครอบครัว

ความหมายของครอบครัว การให้ความหมายของครอบครัวไว้แตกต่างกัน ความหมายของครอบครัวยังได้เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาพของสังคม เช่น ครอบครัว คือ สถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วยสามีภรรยาและหมายรวมถึงลูกด้วย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก มุมมองของนักสังคมวิทยา ครอบครัว คือ รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือ กลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือ โครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน นักจิตวิทยา มองครอบครัวว่าเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มีมนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันสังคมภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติกับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็ก โครงสร้างของครอบครัว (Family structure) ได้รวมถึงโครงสร้างบทบาท หน้าที่ การสื่อสาร อำนาจ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม และ จิตวิญญาณ การปฏิบัติบทบาทเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว บทบาทยังรวมถึงบทบาททั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ บทบาทครอบครัว (Family role) บทบาทเป็นชุดพฤติกรรมบุคคล มีการแสดงออกตามสถานภาพและตำแหน่งในสังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ระดับฐานะทางสังคม ประเพณี วัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม ความคาดหวังของสังคม ระยะพัฒนาการครอบครัว ตัวอย่างบทบาท เช่น บทบาทพ่อแม่ จะกระทำบทบาทในการเลี้ยงดูลูก อบรมระเบียบวินัยทางสังคมแก่ลูก หน้าที่ครอบครัว (Family function) มีแนวคิดหลายแนวคิดที่ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัว อาจแบ่งเป็น 5 ด้าน (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) มี 1) หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective function) 2) หน้าที่การอบรมเลี้ยงดู (Socialization and social placement function) 3) หน้าที่การดูแลสุขภาพ (Family health care function) 4) หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) และ 5) หน้าที่จัดการทางเศรษฐกิจ (Economic function)

ครอบครัวเป็นระบบ ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเรื่องอะไรก็ระบบย่อยของครอบครัวก็ย่อมส่งผลต่อระบบย่อยอื่น ๆ ในครอบครัว และระบบรวมของครอบครัว ความสามารถของครอบครัวในการปรับตัว เป็นความสามารถของแต่ละครอบครัว ในการทนต่อความเครียด การรับหรือปฏิเสธแหล่งสนับสนุนภายนอก ความยืดหยุ่นของครอบครัวที่แตกต่างกัน นักจิตวิทยาถือว่าสถาบันครอบครัว มีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาของบุคคลด้านต่าง ๆ ทั้งทางบวกและทางลบ ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยผู้สูงอายุ แต่มีความสำคัญอย่างเป็นภาวะวิกฤตต่อวัยเด็กอันเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง วัยนี้มีความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวมากขึ้น และขยายวงไปยังเพื่อน หรือบุคคลอื่น เพื่อให้เด็กวัยเตาะแตะสุขภาพดี หรือความสมบูรณ์ทั้ง ทางกาย (Body) ทางจิตใจ (Mind) สังคมและจิตวิญญาณ (Spirit) อย่างเป็นองค์รวม พัฒนาการมีหลายแง่มุม ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม พัฒนาการทางด้านจริยธรรม คุณธรรม ตลอดจนพัฒนาการทางเพศ ซึ่งหากพัฒนาการเหล่านี้ไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสม หรือภาวะเครียดอย่างมาก อาจ

นำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ของเด็กหลายประการ และยังมีผลต่อพัฒนาการทางพฤติกรรมในวัยต่อมา

การวิจัยครั้งได้เน้นพ่อแม่เป็นผู้ให้ข้อมูลครอบครัวในบริบทของบุคคล อันนำไปสู่การดูแลเด็กที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เนื่องครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมหรือองค์ประกอบสำคัญของบุคคล อาจให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนแหล่งประโยชน์ ส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการแก่เด็ก ป้องกันปัจจัยหรือภาวะเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม มีผลต่อประสบการณ์การเผชิญปัญหา การแก้ไขปัญหาของเด็ก อันหล่อหลอมเป็นบุคลิกภาพของเด็กในต่อมา พ่อแม่ในฐานะผู้ใกล้ชิดเด็ก และมีอิทธิพลต่อเด็ก พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพและการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลต่อลูก การศึกษาจำนวนมากที่สนับสนุนและยืนยันพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากและพฤติกรรมด้านลบของเด็กที่เชื่อมโยงถึงการดูแลลูกของพ่อแม่ รวมถึงการตอบสนองด้านอารมณ์ในระยะขวบปีแรก-วัยเด็กเล็ก (Reese & Tripp, 2006; Szabó, Dekovic, van Aken, Verhoeven, van Aken, & Junger, 2008) ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดูแลเองก็มีอิทธิพลที่ทำให้เด็กเป็นเด็กเลี้ยงยาก หรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกในแง่ลบ (Komsí et al., 2008) ในเด็กที่มีแม่ที่ไวต่อความรู้สึกพบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการนอนที่มีปัญหาของเด็ก และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับรับรู้แง่ลบของแม่เกี่ยวกับพื้นฐานอารมณ์เด็ก พบเด็กเลี้ยงยากมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนและมีความทนการรับสัมผัสต่ำ มีการปรับตัวได้ต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาเลี้ยงยาก (Sadeh, Lavie, & Scher, 1994) จากแนวความคิดการศึกษาพื้นฐานอารมณ์ที่เน้นความสำคัญของความแตกต่างแต่ละบุคคลมีการพิจารณาในความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อม ในเด็กคนหนึ่งมีการปรับตัวต่ำ และมีเรื่องจิ้งหะหม่าเสมอในการดำรงชีวิตสูงมาก เด็กน่าจะมีประสบการณ์ไม่ชอบอย่างมากถ้าได้รับการดูแลโดยพ่อแม่แบบสะเปะสะปะหรือมีรูปแบบไม่ชัดเจน เด็กจะมีความเหมาะสมกับพ่อแม่ที่ทำอะไรเป็นกิจวัตร

พ่อแม่ย่อมปรารถนาให้ลูกเติบโตมาเป็นคนดีมีความสุข แต่ลูกเป็นเด็กมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากมีพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบ ลักษณะอารมณ์เลี้ยงยากของลูกเองก็ส่งผลต่อผู้ที่ทำหน้าที่พ่อแม่เช่นกัน ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงและการปรับตัวไม่ได้ในบทบาทการเป็นพ่อแม่ (Kochanska, Friesenborg, Lange, & Martel, 2004; Neitzel & Stright, 2004) ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ที่ต้องดูแล พ่อแม่ผู้ดูแลหลักมีการตอบสนองเด็กมีหลากหลาย โดยขึ้นกับระดับของการเลี้ยงยากของเด็ก อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการเลี้ยงดู ยากแก่การทำความเข้าใจ ทูเรคกี (Turecki, 2000) ได้กล่าวไว้ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะแม่อาจมีปฏิกิริยาตอบสนองจากที่มีลูกเป็นเป็นเด็กเลี้ยงยาก พบได้คือ ความยุ่งเหยิง (bewilderment) เหนื่อยหมดแรง (exhaustion) โกรธ (anger) ความรู้สึกผิด (guilt) อี้อัดใจ (embarrassment) ความขัดสน (inadequacy) ซึมเศร้า (depression) แยกตัว (isolation) การเป็นผู้ถูกกระทำ (victimization) ขาดความพึงพอใจ (lack of satisfaction) รู้สึกถูกหลุมพราง (feeling trapped) ความรู้สึกยุ่งยากอย่างมาก (over-involvement) ส่วนพ่อแม่ก็มีผลกระทบทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง แล้วสงสัยว่าแม่กำลังทำอะไร และพ่อแม่ก็มีสัมพันธ์ภาพมีความขัดแย้งกันเองได้ เป็นต้น พ่อแม่อาจเกิดความเครียดอย่างรุนแรง และปรับตัวไม่ได้ในบทบาทการเป็นพ่อแม่ (Kochanska et al., 2004; Neitzel & Stright, 2004)

2.2.2 การวัดพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก สิ่งที่ต้องตระหนักในการศึกษาพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก อันเป็นโมดูลหลักในทางจิตวิทยา คือทำอย่างไรที่จะสามารถวัดได้อย่างเหมาะสมที่สุด ระบบที่เข้าถึงง่ายที่สุดในการวัดพื้นฐานอารมณ์คือการไว้วางใจในพ่อแม่ที่เหมือนผู้สังเกตการณ์หรือผู้บันทึกพฤติกรรมของเด็ก ตัวอย่างเช่น พ่อแม่เหมือนผู้ทำหน้าที่ประจำทั้งวันในการบันทึกพฤติกรรมของลูก ในการศึกษา The New York Longitudinal study ของ Thomas & Chess (1970) เป็นข้อถกเถียงว่าพ่อแม่เป็นบุคคลคนเดียวกับความเพียงพอเข้าถึงพฤติกรรมลูกของพวกเขาในกลุ่มประเมินกว้างๆ และมากกว่าระยะเวลายาวในความสามารถที่รายงานพื้นฐานอารมณ์อย่างเปิดเผยกว้างของเด็ก เป็นสิ่งจำเป็นที่ยินยอมในการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่แน่นอนในผลพฤติกรรมของเด็ก อย่างเช่นมีการเจ็บป่วย หรือภาวะเครียด อย่างไรก็ตามมีปัญหาจุดบกพร่องที่เป็นลักษณะในความไว้วางใจในพ่อแม่ในการรายงานเด็กของพวกเขา ในส่วนที่เป็นอันตรายความลำเอียงของพ่อแม่ในการรายงานในคำศัพท์อย่างหนึ่งอย่างใดในสิ่งสังคมปรารถนาหรือคำศัพท์ความคาดหวังของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมมากกว่าพฤติกรรมเด็ก ทั้งหมดนี้เหมือนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อพ่อแม่ใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมิน แม้บันทึกประจำมากถูกรอบำด้วยความลำเอียงในการชี้เฉพาะความจำเป็นความยากลำบาก มันไม่ใช่เป็นสมมติว่าพ่อแม่ตอบสนองยากลำบากในการได้มาความน่าเชื่อถือ (Reliable) และความถูกต้อง(Valid) ของการวัดพื้นฐานอารมณ์

นักจิตวิทยาพัฒนาการหลายคนที่ได้ศึกษาพื้นฐานอารมณ์และสร้างกรอบโครงสร้างของพื้นฐานอารมณ์ ให้คำจำกัดความและสร้างเครื่องวัด ทฤษฎีที่เด่น ๆ ซึ่งได้สรุปเกี่ยวกับโครงสร้างและขอบเขตพื้นฐานอารมณ์ การประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนแต่ละทฤษฎี ดังนี้

2.2.2.1 โทมัสและเชสส์: 9 มิติ (Thomas & Chess: nine-dimensional Framework) กรอบโครงสร้างพื้นฐานอารมณ์ที่ได้นี้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้อิทธิพลของงานวิจัยพื้นฐานอารมณ์ The New York longitudinal study (NYLS) (Thomas and Chess, 1977) โทมัสและเชสส์เป็นนักวิจัยแรกๆ ที่พัฒนาทฤษฎีของพื้นฐานอารมณ์อย่างเป็นระบบ พวกเขาใช้โครงสร้าง 9 มิติ เพื่อในการอธิบายพื้นฐานอารมณ์เด็กในลักษณะภาพตัดขวางช่วงอายุจากวัยทารกจนถึงวัยรุ่น โดยมีดังนี้

1. ระดับการเคลื่อนไหว (Activity level) การเคลื่อนไหวมากน้อย พลังการเคลื่อนไหว
2. คุณภาพของอารมณ์ (Quality of mood) ลักษณะอารมณ์ส่วนใหญ่ของเด็กมีความสุข หรือหงุดหงิดและเป็นทุกข์
3. การเข้าหา/การถอยห่าง (Approach/withdraw) เด็กยินดีที่จะพบบุคคลใหม่ สถานที่ใหม่ หรือมีแนวโน้มไม่เต็มใจหรือต่อต้าน หรือไม่
4. การเว้นจังหวะ (Rhythmicity) กลไกทางด้านชีววิทยาของเด็ก (เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย) มีความสม่ำเสมอมากน้อย และทำนายได้หรือไม่ หรือตรงข้าม
5. การปรับตัว (Adaptability) เด็กมีการยอมการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ หรือเผชิญสิ่งใหม่ ๆ อย่างไร

6. ความทนทานต่อการตอบสนองสิ่งเร้า (Threshold of responsiveness) การกระตุ้นมากแค่ไหนที่เด็กเริ่มมีการโต้ตอบ ที่ทำให้ทั้งพอใจและไม่ยินยอม

7. ความรุนแรงของปฏิกิริยาโต้ตอบ (Intensity of reaction) เมื่อเด็กมีปฏิกิริยาโดยมีปฏิกิริยาปานกลางหรืออย่างมาก

8. ความเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย (Distractibility) เด็กทำให้วอกแวกได้ง่ายหรือไม่จากกิจกรรมที่กำลังทำอยู่

9. ระยะเวลาที่ให้ความสนใจหรือสมาธิ (Attention span/Persistence) เด็กมีความวุ่นวาย ความยาวนานของเด็กในการทำกิจกรรม

การแบ่งเป็น 9 มิตินี้ ถูกวิจารณ์ว่ามีความยากลำบากในหลักการแบ่งที่ไม่เป็นอิสระกันของแต่ละมิติ เมื่อทฤษฎีที่พัฒนาและเครื่องมือวัดที่ใช้ในทางสถิตินี้เป็นอิสระกันการใช้วัดเหมือนหนึ่งเงื่อนไขความถูกต้อง เพราะหากมีมิติที่มีความสัมพันธ์กันสูง ก็เป็นนัยว่ามิติหนึ่งที่ประเมินสามารถใช้แทนอีกมิติ ในการนำเสนออีกจะมีความถูกต้องต่ำถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย และระยะเวลาที่ให้ความสนใจ/ความคงทน (Attention span/Persistence) จะแยกได้ยากลำบาก และมีความสัมพันธ์กัน เด็กที่มีความวุ่นวาย วอกแวกได้ง่าย ดูเหมือนจะมีช่วงระยะเวลาที่ให้ความสนใจในการทำกิจกรรมช่วงสั้นๆ เป็นการยากที่จะใช้ 9 มิติโทมัสและเชสส์ในการอธิบายแต่ละมิติอย่างเป็นอิสระกัน แต่ส่วนหนึ่งของลักษณะการศึกษาสามารถบ่งชี้เฉพาะลักษณะของพื้นฐานอารมณ์ได้ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง NYLS พวกเขาแนะนำว่าพื้นฐานอารมณ์สามารถแบ่งลักษณะเฉพาะได้ตั้งแต่แรกเริ่มเป็นทารกได้เป็นเด็กเลี้ยงง่าย (Easy child) เด็กที่เริ่มจากยุ่งยาก/เด็กปรับตัวช้า (Slow to warm up) และเด็กเลี้ยงยาก (Difficult child) การจัดแบ่งทำให้สะท้อนให้เห็นลักษณะทั่ว ๆ ไปของลักษณะพฤติกรรม ในมิติเด็กที่ได้รับการประเมินสูงในมิติ ความรุนแรงของปฏิกิริยาโต้ตอบ (Intensity of reaction) สูง ความรุนแรงและปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) และมีอารมณ์ในแง่ลบ มีการปรับตัวต่ำมีการเว้นจังหวะ (Rhythmicity) และการเข้าหา (Approach) เป็นกลุ่มเด็กเลี้ยงยาก จากลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กชี้ให้เห็นประเด็นความเสี่ยงการมีพฤติกรรมที่มีปัญหาภายหลัง (behavior disorders) โครงสร้างพื้นฐานอารมณ์เด็กเลี้ยงยากเป็นการประเมินที่มีการโต้เถียงกันมาก ประเด็นแรกเกี่ยวกับมโนทัศน์เลี้ยงยากเป็นผลที่ได้อันดับแรกของการรับรู้ของพ่อแม่ในตัวเองๆ ของพวกเขามากกว่าผลสะท้อนของความแตกต่างในพฤติกรรมที่แท้จริงของเด็ก การตระหนักนี้ยังไม่สูงสุดเมื่อถูกพบว่าการประเมินระดับพื้นฐานอารมณ์ของแม่สามารถมีได้ก่อนเด็กเกิด (Vaughn et al, 1987)

2.2.2.2 บัสส์และโพลมิน: EAS (Buss and Plomin: EAS framework)

การศึกษาพื้นฐานอารมณ์ของโทมัสและเชสส์มีผู้วิจารณ์ว่ามีความยุ่งยากซับซ้อน บัสส์และโพลมิน (Buss & Plomin, 1984) ได้พัฒนาการการจัดหมวดหมู่ความแตกต่างพื้นฐานอารมณ์ที่เป็นทางเลือกใหม่ที่ยากกว่า โดยส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีบุคลิกภาพผู้ใหญ่มากกว่าโทมัสและเชสส์ บัสส์และโพลมินได้เสนอแนะว่าการจัดแบ่งทั้ง 3 มิติ จากมาจากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ได้มิติที่เป็นอิสระกันคืออารมณ์ (Emotionality) ความชอบทำกิจกรรม

(Activity) และ ความชอบเข้าสังคม (Sociability) และได้มีการอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นความเจ้าอารมณ์ (Impulsivity) และความขี้อาย (Shyness)

การพัฒนารอบ EAS บัสส์และโพลมินได้ค้นพบอุปนิสัยชี้เฉพาะแสดงให้เห็นในระยะแรกๆ ของชีวิตและพบการได้รับอิทธิจากยีนอย่างมาก และลักษณะนิสัยเหล่านี้ชี้เฉพาะอุปนิสัยยังพื้นฐานของบุคลิกภาพผู้ใหญ่ จากทฤษฎีบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลเช่น ในส่วนของไอเซนค์ (Eysenck, 1981) ได้แนะนำมีประเด็นหลักที่กล่าวถึงลักษณะบุคลิกภาพ นั่นคือ เปิดเผย (Extraversion) และ โรคประสาท (Neuroticism) ในคำจำกัดความเหล่านี้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับลักษณะนิสัยทารก แต่พบว่าคนเปิดเผย (Extraversion) เป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับความชอบเข้าสังคม (Sociability) และความเจ้าอารมณ์ (Impulsivity) ส่วนการเป็นโรคประสาท (Neuroticism) บัสส์และโพลมิน ได้ยอมรับว่าส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของแบบฉบับโครงสร้างทดสอบทางจิตวิทยา เป็นหนึ่งวิธีการเข้าถึงยังทัศนคติและการวัดบุคลิกภาพที่เชื่อมั่นในการวิเคราะห์รายละเอียดของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interrelationships/ correlations) ระหว่างปฏิกริยายังหัวข้อมาตรฐานในแบบสอบถามกระบวนการทางสถิติถูกใช้ในการออกแบบเพื่อให้เห็นมิติได้ธรรมดาสามารถรายงานถึงความสัมพันธ์กันที่ได้รับระหว่างตอบสนองต่อหัวข้อ จากวิธีการทางสถิติทำให้ทั้ง 3 มิติได้ชี้เฉพาะให้เห็นแต่ละตัวแปรทั้งหมดในพื้นฐานอารมณ์ และแสดงแต่ละมิติมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทฤษฎีของไอเซนค์ (Eysenck's Theory) ที่เป็นทฤษฎีบุคลิกภาพผู้ใหญ่

ดังนั้นเห็นได้ว่าวิธีการของบัสส์และโพลมิน (Buss and Plomin) มีข้อได้เปรียบโทมัสและเชสส์ (Thomas and Chess) ที่มีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบุคลิกภาพของไอเซนค์อันเชื่อมโยงให้เห็นบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่

2.2.2.3 คาแกน (Kagan: Inhibition to the unfamiliar) รัทเบอร์ท

(Rothbart, 1982) ได้โต้แย้งว่าวิธีการเข้าถึงตามแนวคิดของโทมัสและเชสส์ อาจจะไม่เป็นวิธีเหมาะสมทั้งหมด การที่จะได้คำจำกัดความพื้นฐานอารมณ์ที่ดี จะต้องมีการเปรียบเทียบวิธีการพัฒนาที่ชี้เฉพาะพื้นฐานอารมณ์โดย “Profiles” หรือ “Clusters” เป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ที่รักษาผู้รับบริการมากกว่าการศึกษา

ทั้งบัสส์ โพลมิน โทมัสและเชสส์ แสดงให้เห็นความแตกต่างของพื้นฐานอารมณ์เป็นเหมือนความแตกต่างในสถานะที่ต่อเนื่องหนึ่งที่คงเดิมตั้งแต่ต้นจนจบ ในทางตรงข้าม คาแกนและคณะเน้นในความโดดเด่นของคุณสมบัติระหว่างชนิดของพื้นฐานอารมณ์ จากการศึกษาในเด็กพบลักษณะที่โดดเด่นของเด็กได้มีการจัดแบ่งและได้ข้อสรุปที่พวกเขาเด็กตอบสนองต่อสถานการณ์และบุคคลที่ไม่คุ้นเคย จากการศึกษาโดยการสังเกตพฤติกรรมเด็กในห้องปฏิบัติการ เขาเสนอแนะว่าร้อยละ 15 หรือมากกว่าเด็กอายุ 2-3 ปี ขี้อายมากและเขินอายเมื่อพบกับสถานที่ไม่คุ้นเคยหรือบุคคลที่ไม่รู้จัก ร้อยละเกือบเท่ากันที่ไม่ยากเลยที่จะแสดงและตอบสนองสังคมเมื่อต้องเผชิญกับคนไม่คุ้นเคย ทั้ง 2 กลุ่มนี้แสดงความคงทนระดับสูงในวัยเด็กตอนกลาง เด็กกลุ่มแรกกลายเป็นบุคคลเจี๊ยบและระมัดระวัง และอีกกลุ่มช่างพูดช่างคุยและมีมิตรไมตรี ในกรณีอื่นร้อยละ 75 ของเด็กทั้งสองกลุ่มแสดงความคงทนของความแตกต่างกันแต่ละบุคคล (Kagan, 1988) จากตัวอย่างนี้เป็นสาระสำคัญที่

แสดงออกอย่างมากที่พบได้ในวัยเด็กตอนกลาง นี่ไม่ใช่ผลมาจากภาวะเครียดตอนนั้นและความว้าวุ่นใจ แต่เป็นผลที่สะท้อนให้เห็นคุณภาพความทนได้ของพฤติกรรมของเขา

จากการพิจารณาจุดเริ่มต้นและระดับความคงทนของลักษณะพื้นฐานอารมณ์แต่ละคนเหล่านี้ คาแกน ได้กล่าวถึงจุดสำคัญมากในสมอง ซึ่งควบคุมดูแลพฤติกรรมอารมณ์และความจำระยะยาว เหมือนการรับผิดชอบความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรม มีความแตกต่างทางจิตวิทยาบางอย่างระหว่างกลุ่มเด็กเหล่านี้ ในการวัดของปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านสรีรจิตวิทยา (เช่น ลักษณะการเต้นของหัวใจ ความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ การขยายรูม่านตา และอัตราการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ลักษณะดังกล่าวชี้ระดับของปฏิกิริยาอารมณ์ของเด็กต่อประสบการณ์ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานอ้างอิงถึงเด็กอาจไม่สามารถเห็นเป็นที่ประจักษ์ให้เห็นตรงไปตรงมาของชีววิทยาของเด็ก อย่างเช่นกรณีเด็กชายที่แสดงความรู้สึกรออกมาปกติได้ยาก จะมีจิตสำเนียงกุดสาเหเพื่อหาทางเอาชนะความต่อต้านสังคมของตนเอง

ภาพรวมของคาแกนได้มีการชี้เฉพาะให้เห็นเสมือนหนึ่งของมิติความคงทนของพื้นฐานอารมณ์ มีการเชื่อมหลักฐานอ้างอิงที่เกี่ยวกับชีววิทยา

2.2.2.4 ดันน์และเคนดริก: (Dunn and Kendrick: Embedding

temperament in social relationships) ดันน์และเคนดริก (Dunn and Kendrick, 1982) ได้เสนอรูปแบบทางเลือกเพื่อความแตกต่างพื้นฐานอารมณ์อย่างเป็นธรรมชาติไว้ เขาพบว่าเด็กทั้งหมดจะมีการแสดงออกปฏิกิริยาโต้ตอบทางพฤติกรรมตั้งแต่ทารกได้รับการประเมินว่าเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว เช่น การนอนที่ถูกรบกวน ความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อได้รับความสนใจ และการร้องไห้จำนวนมาก พวกเขาพบว่ามีลักษณะของการตอบสนองเกี่ยวกับลักษณะของพื้นฐานอารมณ์ของเด็กเมื่อโตขึ้น เหมือนกันที่พี่ๆ ที่มีน้องใหม่เกิด พวกเขาพบว่าความแตกต่างพื้นฐานอารมณ์อันเกี่ยวข้องความแตกต่างในคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็กที่อายุมากกว่า

ดันน์และเคนดริก ได้เน้นพฤติกรรมเด็ก ๆ ไม่เป็นอิสระจากสถานการณ์ที่พวกเขาค้นพบด้วยตัวของพวกเขาเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมถูกมีอิทธิพลโดยบริบทสังคม แสดงเห็นถึงบุคคลอื่น ๆ ในฐานะเป็นผู้นำเสนอต่อเด็ก รูปแบบพฤติกรรมเด็กคนหนึ่งและแสดงลักษณะเฉพาะแบบหนึ่งเป็นสมำเสมอ ความสมำเสมอเป็นสิ่งสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบุคคลอื่น ๆ การแผ่ขยายของความสัมพันธ์ถึงความคงทน ดังนั้นความแตกต่างพื้นฐานอารมณ์ที่คงที่ การอธิบายนี้สามารถแสดงให้เห็นปฏิกิริยาความต่อเนื่องของผลยืนในพฤติกรรมอันไม่ใช้กลไกเดียวเท่านั้นสามารถผลิตคงตัว ถึงความแตกต่างแต่ละบุคคลในพฤติกรรม อันเป็นสิ่งจำเป็นว่าทฤษฎีของพื้นฐานอารมณ์พิจารณาพฤติกรรมเด็กในบริบทสังคมไม่สามารถแยกออกโดดเดี่ยว แต่พื้นฐานอารมณ์และบริบทสังคมมีอิทธิพลต่อการตอบสนองพฤติกรรมเด็ก

ในงานวิจัยโครงสร้างพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก มีอีกกลุ่มที่ตระหนักว่าการประเมินทั้งหมดโดยเฉพาะการรายงานโดยพ่อแม่เป็นการสะท้อนจากลักษณะของพ่อแม่ หรือการรับรู้ลักษณะเด็กของพ่อแม่มากกว่าลักษณะที่แท้จริงของเด็ก แบตส์ (Bates, 1980) สรุปว่าโครงสร้างพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากถูกพิจารณาว่าเป็นผลสะท้อนของการรับรู้ของสังคม พ่อแม่เป็นผู้รับรู้หลักว่าพื้นฐานอารมณ์ลูกของพวกเขา อาจจะสำคัญมากกว่าปัจจัยอื่นในภาพร่างของพัฒนาการทางด้านสังคม

ของเด็ก โดยเฉพาะข้อสังเกตการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่พบว่ามีความสัมพันธ์กลุ่มพื้นฐานอารมณ์ และพัฒนาของเด็กชนสามีสันที่อ้างถึง ลักษณะพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก สำหรับเหตุผลนี้ เป็นสิ่งที่ จำเป็นในการพิสูจน์ คำจำกัดความและการวิธีการประเมินพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากในการศึกษา สำหรับที่ข้อมูลอันเข้าถึงบริบท

เด็กเลี้ยงยากเป็นพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปกติที่ยากแก่การเลี้ยงดู โดย พฤติกรรมแสดงให้เห็นว่าการรับประทานอาหาร (Eat at unpredictable times) นอน (Sleep poorly) และการขับถ่าย มีการปรับตัวไม่ดีทั้งต่อบุคคล และสถานการณ์ มีอารมณ์แสบ เช่น อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่าย โมโห โดยมีการประเมินจากการรับรู้ของพ่อแม่ ในหัวข้ออารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่าย โมโหง่าย รับประทานอาหารและนอนยาก มีความต้องการได้รับการดูแล ตลอดเวลา จากภาวะที่ครอบครัวมีเด็ก พื้นอารมณ์ของเด็กยังเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิต สมรสของพ่อแม่และความมั่นใจในตัวเอง (Belsky, Fish, & Isabella, 1991 ; Teti & Gelfend, 1991) ยังพบว่ามารดาที่มีบุตรเลี้ยงยากจะมีอาการซึมเศร้า (depress) มากกว่ามารดาที่มีบุตรเลี้ยง ง่าย (Teti & Gelfend, 1991; Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994; Sheeber & Johnson, 1994) ในบางครอบครัวพ่อแม่เกิดความเครียดถึงขั้นรุนแรง และปรับตัวไม่ได้ในบทบาทการเป็นพ่อแม่ (Kochanska et al., 2004 ; Neitzel & Stright, 2004) ขึ้นกับระดับความยากลำบากของเด็ก พื้นฐานอารมณ์มีผลกระทบต่อครอบครัวมีใช้น้อยเลย พฤติกรรมเด็กที่พื้นฐานอารมณ์ในวัยเด็กเล็ก สามารถทำนายปัญหาทางพฤติกรรมเด็กเมื่ออายุมากขึ้น (Caspi, 2002; Lahey, 2004)

ในสังคมปัจจุบันพบบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมความรุนแรง และปัญหาในการ ควบคุมอารมณ์จำนวนมาก ทำให้สังคมต้องมีการสูญเสียจำนวนไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวของผู้ ก่อปัญหาเอง ผู้เป็นเหยื่อ สวัสดิภาพสังคม ชุมชน หน่วยงานบริการต่าง ๆ กระบวนตุลาการ และ ระบบกักกัน พื้นฐานอารมณ์เด็กมีการเชื่อมโยงระหว่างการศึกษาของเด็กมีความสำคัญในชีวิตและ ผลลัพธ์ (Horton & Oakland, 1996; Oakland & Joyce, 2007; Oakland, Stafford, Horton, & Glutting, 2001) ความรู้พื้นฐานอารมณ์ของเด็กมีประโยชน์ที่เป็นไปได้สำหรับการทำความเข้าใจ ผลกระทบของพื้นฐานอารมณ์ต่อพฤติกรรมเด็ก ที่ย้อนให้สิ่งแวดล้อมผู้ควบคุมที่ซึ่งการเรียนรู้ที่ สมบูรณ์ที่สุดและความสามารถที่แสดงออกมาให้เห็นและการลดขนาดพฤติกรรมที่มีปัญหา มีเหตุผล ประเด็นหลักที่ต้องให้ความสนใจพื้นฐานอารมณ์ คือ ความสัมพันธ์พื้นฐานอารมณ์กับการพัฒนาการของ สมองและระบบประสาทที่ยังมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว คุณภาพของปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ที่เชื่อมต่อกับพื้นฐานอารมณ์ที่ติดตัวปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เหตุผล อันดับต่อมาคือ พื้นฐานอารมณ์ของเด็กมีความคงทนระดับหนึ่งแล้วต่อเนื่องจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ มี การศึกษาที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์สูงของเด็กเลี้ยงยากและเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม ผู้ที่กระทำผิด กฎหมาย (Walker & Sprague, 1999; Caspi, 2002; Lahey, 2004) สิ่งที่สำคัญในเด็กที่มีปัญหา ควบคุมอารมณ์ในวัยเด็กช่วงแรก ๆ ของชีวิตในจำนวนที่เพิ่มขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มของ ผลที่ตามมาภายหลังในกลุ่มเด็กที่ทำผิดกฎหมาย ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ พฤติกรรม ฆาตกรที่มีรุนแรง ความยุ่งยากเหล่านี้มีจำนวนมากขึ้น และมีราคาแพงในสังคม (Scott, Spender,

Doolan, Jacobs, & Aspland, 2001) ส่วนการศึกษาที่ต้องเริ่มที่ครอบครัว เพื่อการสร้างความรู้ความจริงสัมพันธ์กับบริบทครอบครัว โดยการให้คุณค่าของความรู้ที่มาจากประเด็นที่หลากหลาย

ครอบครัวเป็นสังคมขนาดเล็กที่มีความสำคัญในการดูแลเด็ก พ่อแม่เป็นผู้ตอบสนองความต้องการเด็ก พ่อแม่นอกจากมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแล้วจากลักษณะการเลี้ยงดู มีการถ่ายทอดทัศนคติ ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเด็นต่อมาคือ การรับรู้ ทัศนคติของพ่อแม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดู สุดท้ายองค์ความรู้ในการอธิบายพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ดูแลต่อเด็ก ทั้งที่ผู้ดูแลหรือพ่อแม่เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมาก พื้นฐานอารมณ์เด็ก ลักษณะการเลี้ยงดู ความเชื่อ วัฒนธรรมในแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างกัน

ในประเทศไทยมีโปรแกรมหรือนโยบายการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรมกับเด็ก พื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากหรือไม่ ในประเทศไทยพบช่องว่างในการดูแลเด็กและครอบครัว โดยระบบการศึกษาและหน่วยงานระบบสาธารณสุขที่ดูแลครอบครัว เริ่มจากหญิงตั้งครรภ์ จนกระทั่งคลอด หลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด การดูแลเด็กปฐมวัย ระบบหน่วยงานภาครัฐเป็นระบบการตั้งรับ การให้บริการในสถานศึกษาและบริการสุขภาพส่วนใหญ่พบการรักษาการเจ็บป่วยเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ มีการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมการทำบทบาทพ่อแม่ การป้องกันปัญหาทางอารมณ์ สังคม สุขภาพจิตตั้งแต่วัยเด็กยังพบได้น้อย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานทางอารมณ์เด็กปฐมวัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ภาวะสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็กปฐมวัย และพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ส่วนการศึกษาพัฒนารูปแบบสร้างเสริมพื้นฐานอารมณ์ในเด็กเลี้ยงยากช่วงปฐมวัย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมทั้งพ่อแม่และลูก

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พ่อแม่และเด็กปฐมวัยซึ่งมีอายุตั้งแต่ 1-5 ปี ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี

3.1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มที่จะทำการศึกษา ทีมผู้วิจัยใช้สูตร ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มเท่ากับ 0.5 ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ดังนี้

$$Z = \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma_x}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง = 384 คน

ค่าความคลาดเคลื่อน (0.5)

นอกจากนี้ ทีมผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง อีก 15% เท่ากับ 58 ครอบครัว ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ 442 ครอบครัว แต่การศึกษานี้เก็บข้อมูล 444 ครอบครัว

3.1.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

มีคุณสมบัติกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- บิดาและ/หรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยซึ่งมีอายุตั้งแต่ 1-5 ปี
- ยินดีให้ความร่วมมือให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถาม ให้ประเมินพัฒนาการเด็ก

เกณฑ์คัดออก

- พ่อแม่มีปัญหาร่างกายและ/หรือปัญหาสุขภาพจิต ต้องรับการรักษา

3.1.4 วิธีการเข้าถึงอาสาสมัครวิจัย

ทีมผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สํารวจข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงโรงเรียนหรืออนุบาลที่ดูแลเด็กปฐมวัย ในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่แผนกเด็ก คลินิกสุขภาพเด็กดีที่พ่อแม่พามารับวัคซีน

2. สถานที่เก็บข้อมูล ที่ได้จากการจับฉลากสุ่มศูนย์พัฒนาเด็ก รวมถึงโรงเรียนหรืออนุบาลที่ดูแลเด็กปฐมวัย ในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต ได้รายชื่อดังนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียนจารุศรบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (รัตนโกสินทร์) และสถานที่เก็บข้อมูลในส่วนแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลปทุมธานี เมื่อได้กลุ่มเด็กที่ไม่ได้เข้ารับบริการในสถานศึกษา

3. จัดแบ่งจำนวนเด็กที่ต้องเก็บข้อมูลและทำการสุ่มครอบครัวจากเด็กในแต่ละแห่ง ได้ดังนี้

สถานที่	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง	360	147
โรงเรียนจารุศรบำรุง	50	20
โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน	80	33
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์)	280	115
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์)	50	20
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (รัตนโกสินทร์)	50	20
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	120	49
โรงพยาบาลปทุมธานี	100	40
รวม	1,090	444

4. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลยังทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างครอบครัวที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และอยู่ในแต่ละห้องในศูนย์เด็กปฐมวัยหรือศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กโดยใช้ตารางเลขสุ่มจากรายชื่อเด็กในศูนย์เด็กปฐมวัยหรือศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก

3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจมีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ภาวะสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็ก ปฐมวัย และพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

3.2.1 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

3.2.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว ได้แก่ อายุและเพศของเด็ก อายุของพ่อแม่ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของพ่อแม่ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพพ่อแม่ และรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว

อุปกรณ์ที่ใช้ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ความสูงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ความสูง เครื่องมือในการประเมินและการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก กราฟมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก

3.2.1.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ประวัติการคลอด น้ำหนักส่วนสูง การเจ็บป่วย

3.2.1.3 ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี: Developmental surveillance and promotion manual (DSPM) เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้เฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบบเบ็ดเสร็จ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลเด็กได้ใช้ประโยชน์ พัฒนาจากเครื่องมือ Thai Developmental Screening Inventory (TDSI), Denver II, แบบประเมินพัฒนาการสถาบันเด็กแห่งชาติมาหาลาซนี และสมรรถนะเด็ก โดยทีมนักวิชาการร่วมประชุมคัดเลือก ประกอบด้วยข้อทดสอบเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กทุกช่วงอายุ และมีข้อทดสอบเพื่อคัดกรองพัฒนาการที่อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จากข้อเสนอแนะของ American of Pediatrics Association (APA) การคัดกรองพัฒนาการเด็กควรใช้เครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้นเพื่อให้ข้อทดสอบเพื่อคัดกรองพัฒนาการของ DSPM เป็นที่ยอมรับ คณะกรรมการโครงการบูรณาการพัฒนาการเด็กไทย จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบความไวและความจำเพาะของ DSPM กับเครื่องมือ Denver II ในช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยความร่วมมือจากศูนย์อนามัย 11 แห่ง ความไวของการตรวจพัฒนาการเด็กด้วยแบบทดสอบ DSPM (Sensitivity) = 96.04 % ความจำเพาะของการตรวจพัฒนาการเด็กด้วยแบบทดสอบ DSPM (Specificity) = 64.67 % และในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ทักษะด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ทักษะด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL)

3.2.1.4 ส่วนที่ 4 แบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ของพินดา ศิริอำพันกุล (2556) ที่สร้างแบบประเมินนี้ขึ้นเพื่อช่วยต่อการประเมินคัดกรองระดับเลี้ยงยากของเด็กโดยให้พ่อแม่เป็นผู้ประเมิน แบบประเมินสร้างจากการศึกษาจากวรรณกรรมและวรรณกรรมเกี่ยวข้อง ใช้ประเมินในเด็ก อายุ 1-3 ปี มีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .847$) โดยปรับข้อคำถามเพื่อให้ประเมินในเด็กอายุ 1-5 ปี

แบบประเมินแบ่งเป็นด้านครอบครัวและด้านตัวเด็ก มี 11 หัวข้อ รวมข้อคำถาม 40 ข้อ ดังนี้

ด้านครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีประเด็นหัวข้อดังนี้ การเลี้ยงดู (ข้อ 1 - 2) ความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร (ข้อ 3 - 4) ปฏิสัมพันธ์กับบุตร (ข้อ 5 - 6) การรับรู้บทบาทบิดามารดา (ข้อ 7 - 8) สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา (ข้อ 9 - 10)

ด้านตัวเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีประเด็นหัวข้อดังนี้ พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (ข้อ 1 - 5) ลักษณะการเคลื่อนไหว (ข้อ 6 - 10) ความสามารถในการปรับตัว (ข้อ 11-15) ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ข้อ 16 - 20) ลักษณะอารมณ์ (ข้อ 21 - 25) ความสนใจ (ข้อ 26 - 30)

เกณฑ์การให้คะแนนระดับพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ระดับคะแนนมี 5 ระดับ ดังนี้ (ยกเว้นด้านครอบครัวข้อ 8 ด้านตัวเด็ก ข้อ 28)

เป็นประจำ	5 คะแนน
ส่วนมาก	4 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
นานครั้ง	2 คะแนน
แทบจะเลย	1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนระดับพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ระดับคะแนนมี 5 ระดับ ดังนี้ (ยกเว้นข้อ ด้านครอบครัวข้อ 8 และด้านตัวเด็ก ข้อ 28)

เป็นประจำ	5 คะแนน
ส่วนมาก	4 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน
นานครั้ง	2 คะแนน
แทบจะไม่เลย	1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก

ระดับมาก	ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 2.819	หมายถึง ลูกเลี้ยงยากมาก
ระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.798-2.818	หมายถึง ลูกเลี้ยงยากในบางเรื่อง
ระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 1.897	หมายถึง ลูกไม่เลี้ยงยาก

คุณภาพของแบบประเมิน

- 1) การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจทานเนื้อหาโดยแต่ละข้อ พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับเนื้อหาและข้อความ ให้ความตรงกันร้อยละ 80
- 2) การหาความเชื่อมั่น นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วมาทดลองใช้กับพ่อแม่ที่มีลูกปฐมวัย จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient method) (Polit, Beck, & Hungler, 2001)

3.2.2 เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามการสัมภาษณ์ ในประเด็นสำคัญ ๆ ที่ต้องถามได้แก่ ลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตามการรับรู้ของพ่อแม่ พฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน และลักษณะการตอบสนองของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด โดยจำแนกหัวข้อกว้าง ๆ ไม่กำหนดจำนวนข้อลักษณะของข้อคำถามจะมีความยืดหยุ่น สามารถถามคำถามเพิ่มเติมได้ และปรับแก้คำถามให้เหมาะสมกับสถานการณ์ขณะสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีอิสระเสรีภาพในการตอบ และลดอคติส่วนตัวของนักวิจัย

3.3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

3.3.1 ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยและคณะเข้าพื้นที่ที่ศึกษาโดยเริ่มภายหลังจากนำหนังสือทางราชการจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ส่งถึงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน 6 แห่ง และโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ภายหลังได้รับหนังสือแจ้งไปยังสถานที่ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงโครงการวิจัยยัง ผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่แผนกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยและคณะ ขอความร่วมมือจากพ่อแม่ในการเข้าร่วมโครงการ โดยมีการประชาสัมพันธ์ และส่งเอกสาร เพื่อหาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

3.3.2 การสืบค้นพ่อแม่ผู้ให้ข้อมูลและเด็กในพื้นที่โรงพยาบาล เริ่มจากผู้วิจัยและคณะลงในพื้นที่แผนกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอก คลินิกเด็กสุขภาพดีทุกวันพฤหัสบดี ซึ่งมีเด็กจำนวนมากที่มาใช้บริการ ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลดำเนินการโดยการประชาสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยและคณะเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงกับพ่อแม่โดยตรง ภายหลังแนะนำตัวผู้วิจัยขอความร่วมมือพ่อแม่ในการให้ข้อมูล ทำแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ ประเมินพัฒนาการเด็ก ชักถามพูดคุยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ขอบคุนในการให้ความร่วมมือและส่งต่อการรับบริการในส่วนถัดไป

3.3.3 การสืบค้นพ่อแม่ผู้ให้ข้อมูลและเด็กในพื้นที่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน เริ่มจากผู้วิจัยและคณะแนะนำตัว ชี้แจงโครงการ แก่ผู้อำนวยการ คุณครู และผู้ปกครอง ภายหลังแนะนำตัวผู้วิจัยขอความร่วมมือพ่อแม่ในการให้ข้อมูล ทำแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ ประเมินพัฒนาการเด็ก ชักถามพูดคุยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ขอบคุนในการให้ความร่วมมือและส่งต่อการรับบริการในส่วนถัดไป

3.1.4 การชี้แจง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารยินยอมร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้พ่อแม่ได้ซักถามข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจโดยไม่หลอกลวง หรือปกปิดข้อมูล

3.2.5 หลังการสิ้นสุดการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้ข้อมูล ขอบคุนการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ทั้งของข้อพื้นฐานครอบครัว ข้อมูลพ่อแม่และเด็กปฐมวัย นำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ปฐมวัย คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุของข้อมูลด้านครอบครัวกับพื้นฐานอารมณ์เด็กโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดกลุ่มของหัวเรื่องหรือประเด็น กำหนดหมวดหมู่ประเด็นความหมายที่ได้ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ การประมวล และสรุปข้อเท็จจริง

3.5 การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย ภายหลังที่อาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจผู้วิจัยจะชี้แจงแผนการดำเนินการวิจัยให้ทราบ และมีความจำเป็นต้องติดตามอาสาสมัครเป็นระยะเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์ของเด็ก และปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์ในเด็ก ด้วยวิธีการสอบถามร่วมกับสังเกต หากในการศึกษาครั้งนี้ อาสาสมัครเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น พบปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ ผู้วิจัยจะขอพบอาสาสมัครทันทีเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและประสานงานไปยังหน่วยงานด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อาสาสมัครสามารถบอกเลิกหรือออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลและรักษาทั้งในปัจจุบัน อนาคตและไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ แก่ผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนตัวของอาสาสมัครแต่อย่างใด ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ อาสาสมัครจะได้รับค่าตอบแทนการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปตามข้อตกลงอย่างเหมาะสม

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัยและอภิปรายผล

4.1 ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) ที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน ในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียนจรัสศรีบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุปถัมภ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (รัตนโกสินทร์) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 4 อภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

m คือค่าเฉลี่ยของข้อมูล

SD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

p-value คือ ระดับนัยสำคัญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยเพศ อายุ บุตรลำดับที่ ดังตาราง 4.1 ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล อายุ บทบาทในครอบครัว สภาพภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) และรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัยแสดงจำนวน ร้อยละของเด็กจำแนกตาม เพศ อายุ บุตรลำดับที่

ลักษณะ	จำนวน (n=444 คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	230	51.80
หญิง	214	48.20
2. อายุเด็ก		
1 - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน	52	11.71
2 - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน	65	14.64
3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน	196	44.14
4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน	128	28.82
5 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	3	0.68
3. บุตรลำดับที่		
1	238	53.60
2	159	35.81
3	35	7.88
4	9	2.02
5	3	0.68

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลเด็กปฐมวัย จำนวน 444 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 230 คน (ร้อยละ 51.80) ช่วงอายุที่มากที่สุดระหว่าง 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 196 คน (ร้อยละ 44.14) อันดับรองมาช่วงอายุระหว่าง 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 128 คน (ร้อยละ 28.82) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 จำนวน 238 คน (ร้อยละ 53.60) อันดับรองมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 จำนวน 159 คน (ร้อยละ 35.81)

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวเด็กปฐมวัยแสดงจำนวน ร้อยละ ผู้ให้ข้อมูล อายุ บทบาทในครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) และรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก (N=444คน)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ให้ข้อมูล		
พ่อ	74	16.67
แม่	370	83.33
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	6	1.35
20-29 ปี	168	37.84
30-39 ปี	213	47.97
40 ปีขึ้นไป	57	12.84
3. บทบาทครอบครัว		
หัวหน้า/ผู้นำครอบครัว	78	17.57
สมาชิกในครอบครัว	366	82.43
4. สถานภาพสมรส		
อยู่ด้วยกัน	409	92.12
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	35	7.88
5. จำนวนบุตร (คน)		
1	184	41.44
2	191	43.02
3	47	10.59
4	18	4.05
5	3	0.67
6	1	0.23
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
2	11	2.48
3	115	25.90
4	140	31.53
5	82	18.47
6	46	10.36
7	20	4.50
8	16	3.60

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
9	6	1.35
10	6	1.35
11	1	0.23
12	0	0
13	1	0.23
7. ศาสนา		
พุทธ	429	96.62
คริสต์	6	1.35
อิสลาม	9	2.03
8. การศึกษาพ่อ		
ปริญญาตรีขึ้นไป	60	13.51
ปวส./ปวช.	121	27.25
มัธยมศึกษา	211	47.52
ต่ำกว่าประถมศึกษา	52	11.71
9. การศึกษาแม่		
ปริญญาตรีขึ้นไป	95	21.40
ปวส./ปวช.	92	20.72
มัธยมศึกษา	205	46.17
ต่ำกว่าประถมศึกษา	52	11.71
10. อาชีพพ่อ		
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	21	4.73
พนักงาน	113	25.36
รับจ้างทั่วไปและอิสระ	217	48.87
ธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกรรม	93	20.95
11. อาชีพแม่		
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	14	3.16
พนักงาน	84	18.92
รับจ้างทั่วไปและอิสระ	113	25.45
ธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกรรม	87	19.59
แม่บ้านไม่ได้ทำงาน	146	32.88

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
12. รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	28	6.31
10,001 - 20,000 บาท	177	39.86
20,001 - 30,000 บาท	131	29.50
30,001 - 40,000 บาท	65	14.64
40,001 - 50,000 บาท	23	5.15
50,001 บาทขึ้นไป	20	4.50
13. รูปแบบการเลี้ยงดู		
ประชาธิปไตย	137	30.86
เผด็จการ	86	19.37
อิสระตามใจ	221	49.77

จากตารางที่ 4.2 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 444 คน ส่วนใหญ่เป็นแม่จำนวน 370 คน (ร้อยละ 83.33) อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 213 คน (ร้อยละ 47.97) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 366 คน (ร้อยละ 82.43) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน จำนวน 409 ครอบครัว (ร้อยละ 92.12) ครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 2 คน จำนวน 191 ครอบครัว (ร้อยละ 43.41) ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 429 ครอบครัว (ร้อยละ 96.62) ข้อมูลพ่อแม่ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา พ่อจำนวน 211 คน (ร้อยละ 47.52) แม่จำนวน 205 คน (ร้อยละ 46.17) พ่อส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 217 คน (ร้อยละ 48.87) ส่วนแม่ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านไม่ได้ทำงาน จำนวน 146 คน (ร้อยละ 32.88) รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 177 ครอบครัว (ร้อยละ 39.86) รูปแบบการเลี้ยงดูส่วนใหญ่อิสระตามใจ 221 ครอบครัว (ร้อยละ 49.77) อันดับรองมารูปแบบประชาธิปไตย 137 ครอบครัว (ร้อยละ 30.86)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ดังนี้

2.1. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัยจำแนกตามข้อมูลด้านภาวะโภชนาการของเด็ก

ตารางที่ 4.3

ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามช่วงอายุ

แบ่งตามช่วงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)(n=444คน)		
	น้อยกว่าเกณฑ์	สมส่วน	เกินกว่าเกณฑ์
1 - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน	16 (3.6)	28 (6.31)	8 (1.80)
2 - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน	15 (3.38)	42 (9.46)	8 (1.80)
3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน	20 (4.5)	140 (31.53)	36 (8.11)
4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน	22 (4.95)	90 (20.27)	16 (3.60)
5 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	1 (0.23)	2 (0.45)	0 (0)
รวม	74 (16.67)	302 (68.02)	68 (15.31)

* หมายเหตุ แปลผลตามสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4.3 เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการสมส่วน จำนวน 302 คน(ร้อยละ 68.02) ภาวะโภชนาการน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 74 คน (ร้อยละ 16.67) และภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 15.31) จำแนกตามกลุ่มอายุที่มีเด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการสมส่วนมากที่สุด อายุ 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 จำนวน 140 คน (ร้อยละ 31.53) อันดับรองมาอายุ 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 90 คน (ร้อยละ 20.27) ช่วงวัยที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ในช่วงอายุ 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 4.95) และช่วงวัยที่มีภาวะเกินเกณฑ์ ในช่วงอายุ 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 8.11)

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประเมินตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำแนกตามด้านต่าง ๆ 5 ด้าน

ตารางที่ 4.4

ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก แสดงจำนวนและร้อยละ แบ่งตามด้านพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน

พัฒนาการด้านต่าง ๆ	จำนวน (n=444)	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ด้านการเคลื่อนไหว	424 (95.49)	20 (4.50)
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	301 (67.79)	143 (32.21)
ด้านการเข้าใจภาษา	366 (82.43)	78 (17.57)
ด้านการใช้ภาษา	407 (91.66)	37 (8.33)
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม	412 (92.79)	32 (7.2)

หมายเหตุ พัฒนาการในแต่ละด้านมีการนับซ้ำจำนวนเด็กซ้ำ

จากตารางที่ 4.4 พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำแนกตามด้านต่าง ๆ 5 ด้าน พบว่า เด็กปฐมวัยผ่านการประเมินพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 424 คน (ร้อยละ 95.49) อันดับรองมาเป็นด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม จำนวน 412 คน (ร้อยละ 92.79) ส่วนด้านที่ไม่ผ่านมากที่สุดคือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 143 คน (ร้อยละ 32.21) อันดับรองลงมาด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 78 คน (ร้อยละ 17.57)

ส่วนเด็กปฐมวัยไม่ผ่านการประเมินพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา มากที่สุด จำนวน 143 คน (ร้อยละ 32.21) อันดับรองลงมาด้านความเข้าใจภาษา จำนวน 78 คน (ร้อยละ 17.57) และด้านการใช้ภาษา จำนวน 37 คน (ร้อยละ 8.33 คน) รวมไม่ผ่านการประเมินพัฒนาการด้านภาษา จำนวน 115 คน (ร้อยละ 20.9)



ภาพที่ 2 การประเมินพัฒนาการตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

ตารางที่ 4.5

การประเมินพัฒนาการ แสดงจำนวนและร้อยละจำนวนเด็กที่ผ่านแบ่งตามจำนวนด้านที่ผ่าน

จำนวนด้านพัฒนาการที่ผ่านเกณฑ์	จำนวนเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ) (n=444)
ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน	2 (0.45)
1	22 (0.45)
2	20 (4.50)
3	61 (13.74)
4	110 (24.77)
5	249 (56.08)

จากตารางที่ 4.5 พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่า จำนวนเด็กที่ประเมินพัฒนาการผ่านตามเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 249 คน (ร้อยละ 56.08) และเด็กที่ประเมินพัฒนาการไม่ผ่านตามเกณฑ์รวมจำนวน 195 คน (ร้อยละ 43.91) โดยพบจำนวนเด็กที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.45)

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย จำแนกเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลด้านครอบครัว และข้อมูลเด็ก โดยเป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ายากมากกว่าปกติ ทั้งความถี่ ระดับการแสดงออกมากกว่าปกติ

ตารางที่ 4.6

คะแนนของแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์ แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัว และข้อมูลเด็ก

พื้นฐานอารมณ์	คะแนนเฉลี่ย (mean)	SD
ด้านครอบครัว		
1. ด้านการเลี้ยงดู ตัวอย่างเช่น การเลี้ยงดู... การจัดการลูก...	2.17	0.05
2. ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร	1.92	0.30
3. ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร	1.39	0.03
4. ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา	1.50	0.33
5. ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา	1.56	0.79
คะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัว	1.71	0.50
ด้านตัวเด็ก		
1. ด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน	2.27	0.42
2. ด้านลักษณะการเคลื่อนไหว	3.40	0.30
3. ด้านความสามารถในการปรับตัว	1.92	0.31
4. ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า	3.13	0.60
5. ด้านลักษณะอารมณ์	2.12	0.28
6. ด้านความสนใจ	2.69	0.19
คะแนนเฉลี่ยด้านตัวเด็ก	2.57	0.50
รวมคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินพื้นฐานทางอารมณ์	2.36	0.46

จากตารางที่ 4.6 ข้อมูลด้านครอบครัวเด็กแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูบุตร ความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ปฏิสัมพันธ์กับบุตร การรับรู้บทบาทบิดามารดา สัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา พบว่า ด้านการเลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่ครอบครัวมองว่าการดูแลบุตรเป็นงานที่ย่งยากเป็นบางครั้ง และการจัดการลูกในแต่ละวันทำให้เหนื่อยจนหมดแรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 2.17 รองลงมาด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ที่พ่อแม่ คิดว่า นาน ๆ ครั้งไม่เข้าใจว่าเด็กต้องการอะไร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 คือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับลูกดีไม่รู้สึกเบื่อหน่าย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ส่วนใหญ่ทำหน้าที่และภูมิใจในการเป็นพ่อ/แม่ โดยแทบจะไม่มีเลยที่จะทำหน้าที่พ่อ/แม่ได้ไม่ดีมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.5 ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา ส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพที่ดี ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.56 ข้อมูลพื้นฐานอารมณ์ด้านตัวเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

ด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ลักษณะการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปรับตัว ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า ลักษณะอารมณ์ ความสนใจ พบว่า ด้านลักษณะการเคลื่อนไหวของเด็กมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.40 ส่วนใหญ่ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดดหรือปีนป่าย ค่าเฉลี่ยรองลงมา คือด้านปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีค่าเฉลี่ย 3.13 มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างสุด ๆ เช่น ดีใจ ส่วนด้านความสนใจ ด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ลักษณะอารมณ์ ความสามารถในการปรับตัว มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.69, 2.27 และ 1.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7

ลักษณะพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย แสดงจำนวนความถี่และร้อยละ

ลักษณะพื้นฐานอารมณ์	จำนวน (n = 444)	ร้อยละ
เลี้ยงง่าย	69	15.54
เลี้ยงยากในบางเรื่อง	307	69.14
เลี้ยงยาก	68	15.32

จากตารางที่ 4.7 จากคะแนนข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลเด็กรายบุคคลจำแนกเป็นประเภทพื้นฐานอารมณ์ แปลความตามค่าคะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลโดยแปลความหมายคะแนนพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากเป็น 3 ระดับ พบว่า เด็กปฐมวัยมีความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบางเรื่อง มีจำนวนมากที่สุด 307 คน (ร้อยละ 69.14) รองลงมา เลี้ยงง่าย 69 คน (ร้อยละ 15.54) และเลี้ยงยาก 68 คน (ร้อยละ 15.32)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ได้แก่ เพศ บุตรลำดับที่ ภาวะสุขภาพเด็ก และข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ บทบาทในครอบครัว สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รูปแบบการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square test) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.8

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

ปัจจัย	ร้อยละพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย			รวม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
	เลี้ยงง่าย (n=69)	ยุ่งยากบางเรื่อง (n=307)	เลี้ยงยาก (n=68)			
1. ข้อมูลเด็ก						
เพศ						
ชาย	12.2	71.7	16.1	100.0	4.131	.127
หญิง	19.2	66.4	14.5	100.0		
บุตรลำดับที่						
1	15.1	71.4	13.4	100.0		
2	17.6	67.3	15.1	100.0	6.159	.406
3	11.4	65.7	22.9	100.0		
4 ขึ้นไป	8.3	58.3	33.3	100.0		
ภาวะสุขภาพเด็ก						
น้อยกว่าเกณฑ์	18.9	63.5	17.6	100.0	3.803	.433
สมส่วน	14.9	68.9	16.2	100.0		
เกินกว่าเกณฑ์	14.7	76.5	8.8	100.0		
พัฒนาการเด็ก						
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่						
ผ่านเกณฑ์	14.6	69.8	15.6	100.0	6.096	.047
ไม่ผ่านเกณฑ์	35.0	55.0	10.0	100.0		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก						
ผ่านเกณฑ์	16.6	69.1	14.3	100.0	1.337	.513
ไม่ผ่านเกณฑ์	13.3	69.2	17.5	100.0		
ด้านเข้าใจภาษา						
ผ่านเกณฑ์	17.2	68.6	14.2	100.0	5.516	.063
ไม่ผ่านเกณฑ์	7.7	71.8	20.5	100.0		

ปัจจัย	ร้อยละพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย			รวม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
	เลี้ยงง่าย	ยุ่งยากบางเรื่อง	เลี้ยงยาก			
	(n=69)	(n=307)	(n=68)			
ด้านการใช้ภาษา						
ผ่านเกณฑ์	16.2	69.0	14.7	100.0	2.490	.288
ไม่ผ่านเกณฑ์	8.1	70.3	21.6	100.0		
ด้านช่วยเหลือตัวเองและสังคม						
ผ่านเกณฑ์	16.0	68.7	15.3	100.0	1.017	.601
ไม่ผ่านเกณฑ์	9.4	75.0	15.6	100.0		
2. ข้อมูลครอบครัวเด็ก						
บทบาทในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	15.1	67.1	17.8	100.0	.419	.811
สมาชิกในครอบครัว	15.6	69.5	14.8	100.0		
สถานภาพสมรส						
อยู่ด้วยกัน	16.9	68.5	14.7	100.0	7.667	.022
แยกกันอยู่	.0	77.1	22.9	100.0		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
2	27.3	63.6	9.1	100.0	17.782	.122
3	11.3	75.7	13.0	100.0		
4	17.1	69.3	13.6	100.0		
5	17.1	70.7	12.2	100.0		
6	19.6	60.9	19.6	100.0		
7	25.0	55.0	20.0	100.0		
8 คนขึ้นไป	3.3	63.3	33.3	100.0		
ศาสนา						
พุทธ	15.9	69.0	15.2	100.0	1.829	.767
คริสต์	16.7	66.7	16.7	100.0		
อิสลาม	.0	77.8	22.2	100.0		
การศึกษาพ่อ						
ปริญญาตรีขึ้นไป	6.6	83.6	9.8	100.0	8.249	.220
ปวช.ปวส.	17.5	65.8	16.7	100.0		
มัธยมศึกษา	15.6	68.2	16.1	100.0		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	21.2	63.5	15.4	100.0		
การศึกษาแม่						
ปริญญาตรีขึ้นไป	12.6	78.9	8.4	100.0	9.357	.154
ปวช.ปวส.	13.0	70.7	16.3	100.0		

ปัจจัย	ร้อยละพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย			รวม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
	เลี้ยงง่าย	ยุ่งยากบางเรื่อง	เลี้ยงยาก			
	(n=69)	(n=307)	(n=68)			
มัธยมศึกษา	16.1	65.4	18.5	100.0	5.967	.427
ต่ำกว่าประถมศึกษา	23.1	63.5	13.5	100.0		
พ่ออาชีพ						
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	5.0	80.0	15.0	100.0		
พนักงาน	15.2	68.6	16.2	100.0		
รับจ้างทั่วไป	19.7	66.0	14.4	100.0		
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรรม	11.5	72.5	16.0	100.0		
แม่อาชีพ						
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	12.5	87.5	.0	100.0	9.521	.300
พนักงาน	15.8	75.0	9.2	100.0		
รับจ้างทั่วไป	15.3	71.2	13.6	100.0		
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรรม	14.3	68.1	17.6	100.0		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16.8	62.9	20.3	100.0		
รูปแบบการเลี้ยงดู						
ประชาธิปไตย	16.1	73.0	10.9	100.0	3.230	.520
เผด็จการ	16.3	65.1	18.6	100.0		
อิสระตามใจ	14.9	68.3	16.7	100.0		

จากตารางที่ 4.8 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ได้แก่ เพศ บุตรลำดับที่ ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ บทบาทในครอบครัว สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รูปแบบการเลี้ยงดูกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square test) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ผ่านเกณฑ์ มีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ร้อยละ 15.6 มีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากบางเรื่อง ร้อยละ 69.8 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าสถานภาพสมรสของพ่อแม่ โดยพบว่าพ่อแม่ที่แยกกันอยู่ บุตรมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ร้อยละ 22.9 พ่อแม่ที่อยู่ร่วมกันบุตรมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ร้อยละ 14.7 และพ่อแม่ที่แยกกันอยู่ บุตรมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากบางเรื่อง ร้อยละ 77.1 พ่อแม่ที่อยู่ร่วมกัน บุตรมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากบางเรื่อง ร้อยละ 68.5 สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศเด็ก บุตรลำดับที่ ภาวะสุขภาพเด็ก (ภาวะโภชนาการ) บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาพ่อแม่ อาชีพพ่อแม่ รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก

ตารางที่ 4.9

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัว ค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านครอบครัวกับค่าเฉลี่ยคะแนนพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

ตัวแปร	ระดับพื้นฐานทางอารมณ์
รายได้รวมของครอบครัว	-.126**
พื้นฐานอารมณ์ด้านครอบครัว	
ด้านการเลี้ยงดูบุตร	.561**
ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร	.577**
ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร	.506**
ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา	.423**
ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา	.377**

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุของข้อมูลด้านครอบครัวกับพื้นฐานอารมณ์เด็ก พบว่า รายได้รวมของครอบครัวและพื้นฐานอารมณ์ มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.126$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพื้นฐานอารมณ์ ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูบุตร ($r = .561$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ($r = .577$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ($r = .506$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ($r = .423$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา ($r = .377$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย นอกจากผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดังข้อมูลที่แสดงดังกล่าวแล้ว ทีมวิจัยยังได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตและสัมภาษณ์ ผู้ดูแลเด็กและครูที่ดูแลเด็กที่สถานศึกษา พอสรุปข้อมูลได้ดังนี้

ตาราง 4.10

ตัวอย่างข้อมูลจากแบบประเมิน จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก

ข้อมูลจากแบบประเมิน	ข้อมูลจากการสังเกต	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
1. เด็กชายอายุ 4 ปี 8 เดือน เป็นลูกคนเดียว ด้านครอบครัว การดูแลลูกเป็นงานที่ย่งยากมาก ด้านเด็ก 1) ด้านการเคลื่อนไหว ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดด หรือปีนป่าย สน ไม่อยู่นิ่ง ไม่นั่งคอยเงียบๆ และนั่งกินอาหารได้ไม่นานจะลุกไปเดินหรือเล่น 2) ด้านการตอบสนอง ได้แก่ ไม่ว่าชอบใจหรือไม่ชอบใจจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนสุดๆ มีการแสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ แสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรง เมื่อถูกตำหนิหรือดุ 3) ลักษณะอารมณ์ มีการแสดงออกโดยเวลาไม่พอใจอาจตะโกนหรือกรีดร้องดื้อกับพื้นหรือขว้างของ หงุดหงิดอารมณ์เสีย เวลาล้มหรือเจ็บตัวจะร้องไห้โวยวายนาน	ช่วงเวลารับประทานอาหาร เด็กรับประทานได้ครั้งถัดโดยเด็กตักอาหารรับประทานเอง มีพูดคุยกับเพื่อนขณะรับประทาน อาหาร ภายหลังรับประทานอาหารเสร็จเด็กเก็บถาดล้างมือเดินกลับห้องเรียน ก่อนนอนกลางวันคุณครูเล่านิทานให้เด็กฟัง เด็กนอนฟังนิ่งๆ ได้จนจบ	จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ส่วนมากเรื่องบอกห้ามก็ไม่ฟัง ชอบวิ่งข้ามถนนไปบ้านตรงข้าม เล่นของเล่นจะเตะกระจายเต็มบ้าน ห้ามก็ไม่ฟัง พอโตขึ้นเริ่มจะแสดงสีหน้าท่าทางไม่พอใจ ขว้างของ เคยตีก็จะหยุดเป็นครั้งคราวแต่ก็ยังกลับไปทำอีก มีลุงข้างบ้านเค้าจะช่วยสอน เช่น เวลาจะวิ่งข้ามถนนไปอีกบ้าน ลุงจะบอกดี ๆ เค้าจะมีฟังบ้างแต่ก็ยังจะวิ่งอยู่ดี บางครั้งอ้างบอกจะไปฟ้องคุณครู เหมือนกับกลัวนะ เวลาอยู่โรงเรียนครูให้ทำอะไรก็ทำ เวลาอยู่บ้านส่วนมากจะกลัวพ่อ มีบ้างพูดแบบดี ๆ ด้วยเค้าจะทำตาม แต่ถ้าดุเสียงดังเค้าจะต่อต้าน
2. เด็กชาย อายุ 4 ปี 5 เดือน เป็นบุตรที่ 1 มีพี่น้องรวมกัน 2 คน ด้านครอบครัว ส่วนมากเมื่อลูกร้องไห้ บางทีไม่เข้าใจว่าต้องการอะไร ด้านเด็ก 1) ด้านการเคลื่อนไหว ชอบเล่นโดยการ	เด็กแต่งชุดพละ มีพื้นด้านหน้าผุ ทั้งพื้นบนและล่าง ช่วงเวลารับประทานอาหาร เด็กรับประทานได้โดย เด็ก ตัก ก อ า ห า ร รับประทานเอง พูดคุยกับ	จากการสัมภาษณ์คุณครู ส่วนใหญ่คุณพ่อมาส่งที่โรงเรียน คุณแม่ไม่ค่อยมา การเรียนเรียบร้อยทำงานเสร็จก่อน ถ้าเพื่อนทำผิดจะบอกคุณครู ชอบเล่าเรื่อง บอกความต้องการ

ข้อมูลจากแบบประเมิน	ข้อมูลจากการสังเกต	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
วิ่ง กระโดด หรือปีนป่าย สน ไม่อยู่นิ่ง ไม่นิ่งคอยเงียบๆ เล่นมีกิจกรรมตลอดทั้งวัน แทบไม่หยุด เวลาออกนอกบ้านวิ่งนำหน้าเสมอ และนั่งกินอาหารได้ไม่นานจะลุกไปเดินหรือเล่น 2) ความเข้มการตอบสนอง ได้แก่ มีการแสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ แสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรงเมื่อถูกตำหนิหรือดุ	เพื่อน ขณะรับประทาน อาหาร รับประทานอาหาร ได้หมดถาด มีมาแจ้งคุณครูว่ามีเพื่อนเลือดไหลที่จมูก ภายหลังรับประทานอาหาร เสร็จเด็กเก็บถาด ขณะยกถาดไปเก็บเด็กเดินพูดคุยไป กับเพื่อน บอกคุณครูว่าน้ำในแก้วไม่มี เอาแปรงสีฟันใส่แก้ว จากนั้นเดินไปแปรงฟัน เข้าแถวเดินเข้าห้องเรียน	ของตนเองได้ พูดออกเสียงไม่ ค่อยชัด
3. เด็กหญิง อายุ 4 ปี 6 เดือน เป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่น้องรวมกัน 2 คน ด้านครอบครัว บางครั้งการจัดการลูกทำให้เหนื่อยหมดแรง บางที่ไม่เข้าใจว่าลูกต้องการอะไร บางครั้งอยู่กับลูกทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด บางครั้งรู้สึกทำหน้าที่พ่อ/แม่ได้ไม่ดี ด้านเด็ก 1) ด้านการเคลื่อนไหว ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดด หรือปีนป่าย สน ไม่อยู่นิ่ง ไม่นิ่งคอยเงียบๆ เวลาออกนอกบ้านวิ่งนำหน้าเสมอ และนั่งรับประทานอาหารได้ไม่นานจะลุกเดินหรือเล่น 2) ความสามารถในการปรับตัว เวลาหงุดหงิดหรือไม่พอใจใช้เวลา นานกว่าจะปรับอารมณ์กลับมาเหมือนปกติได้ ใช้เวลานานกว่าจะยอมรับพี่เลี้ยงใหม่ หรือคนที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน 3) ความเข้มการตอบสนอง ได้แก่ มีการแสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ 4) ลักษณะอารมณ์ เวลาล้มหรือเจ็บตัวจะร้องไห้ไววายนาน	คุณครูเปิดโทรทัศน์ เกี่ยวกับตัวอักษรภาษาอังกฤษให้เด็กดู เด็กนั่งดูและออกเสียงตามคุณครู เมื่อถึงเวลา รับประทานอาหารคุณครูให้เด็กหยิบแก้วและแปรงสีฟัน ยืนเข้าแถวเดินไปเป็นแถว เด็กทำกิจกรรมตามเพื่อนได้ ตักข้าวรับประทานเองได้ พูดคุยตอบคำถามครูเบา เด็กพูดได้ไม่ค่อยชัด คุณครูให้ข้อมูลเด็กไม่ค่อยกล้าแสดงออก ปรับตัวที่โรงเรียนได้ แต่ดูขาดความมั่นใจ ไม่สบายบ่อย	จากการสัมภาษณ์คุณครู เด็กสื่อสารฟังรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัด ไม่ค่อยพูดคุยกับเพื่อน ทำงานเรียบร้อย จะชอบทำตามไม่ เป็นผู้ นำ ขาดความมั่นใจ มีปัญหาสายตาดูต้องปรึกษาแพทย์ เรื่องสายตา ไม่สบายบ่อย

ข้อมูลจากแบบประเมิน	ข้อมูลจากการสังเกต	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
4. เด็กชาย อายุ 4 ปี 1 เดือน เป็นบุตรคนเดียว ด้านครอบครัว การดูแลลูกเป็นงานที่ย่งยากมาก ด้านเด็ก 1) ด้านการเคลื่อนไหว ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดดหรือปีนป่าย เวลาออกนอกบ้านวิ่งนำหน้าเสมอ และนั่งกินอาหารได้ไม่นานจะลุกไปเดินหรือเล่น 2) ความเข้มการตอบสนอง ได้แก่ มีการแสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ 3) ความสนใจ ได้ยินเสียงแปลกหรือเสียงอื่นจะหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันที และหันไปสนใจในสิ่งอื่น	ขณะคุณครูสอนในห้องเรียน คุณครูเรียกชื่อเพื่อนนักเรียนคนอื่นตอบคำถาม เด็กนั่งและใช้เท้าเตะเพื่อนข้างๆ คอยแหย่เพื่อนตลอดเวลา คุณครูทำกิจกรรมร้องเพลง เด็กร้องเพลงตาม เมื่อนั่งสมาธิเด็กนั่งได้	จากการสัมภาษณ์คุณครู ปกติเด็กพูดคุยสื่อสารรู้เรื่องให้ทำงาน ทำการบ้านได้ แต่ทำงานตามสั่งได้ไม่ดี ชอบแกล้งเพื่อน
5. เด็กหญิง อายุ 3 ปี 1 เดือน เป็นบุตรที่ 2 มีพี่น้องรวมกัน 2 คน ด้านครอบครัว การดูแลลูกเป็นงานที่ย่งยากมาก ด้านเด็ก 1) ด้านการเคลื่อนไหว โดย เวลาออกนอกบ้านวิ่งนำหน้าเสมอ 2) ความเข้มการตอบสนอง ได้แก่ ไม่ว่าชอบใจหรือไม่ชอบใจจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนสุด ๆ มีการแสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่ แสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรง เมื่อถูกตำหนิหรือดุ	ขณะที่อยู่ห้องเรียนคุณครูให้เด็กตมึนม คุณครูต้องคอยกระตุ้น ขณะที่ครูสอนเด็กยังตมึนมไม่เสร็จเด็กตมึมเสร็จเป็นคนสุดท้าย ครูบอกให้รีบตมึมเพื่อนๆ รออยู่ ครูสอนโดยมีท่าทางประกอบเพลง เด็กทำตามครูได้ดี ขณะครูสอนเด็กไม่ค่อยนั่ง ยุกยิก ขวนเพื่อนคุยระหว่างครูสอน กิจกรรมระบายสีเด็กทำเสร็จช้า มีชวนเพื่อนคุย ขณะระบายสี กิจกรรมปั้นดินน้ำมัน เด็กปั้นดินน้ำมันและนำดินน้ำมันไปที่หน้าเพื่อน ทำให้เพื่อนไม่พอใจ ครูต้องคอยบอก เด็กได้ยำนนำมามัดดินน้ำมัน ครูถามรูโปะไรเด็กตอบปั้นสิงโต	จากการสัมภาษณ์คุณครู เด็กค่อนข้างขี้ขลาด ไม่อยู่นิ่ง ลุกเดินไปมา ถ้ามีเพื่อนนำจะทำตามเพื่อน ชอบบอกครูว่าเพื่อนแกล้ง นอนต้องมีเพื่อนทำก่อน เด็กจะนั่งเล่นก่อนจึงจะนอนตามเพื่อน

ข้อมูลจากแบบประเมิน	ข้อมูลจากการสังเกต	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
	เด็กไปหยิบดินน้ำมันของเพื่อนที่อยู่ข้างๆ เป็นระยะ บางครั้งก็เอาดินน้ำมันไปยัดที่บอร์ดติดผนัง ช่วงรับประทานอาหารพบว่าเด็กนั่งกินอาหารไปนอนตะแคงบนโต๊ะไป ครูต้องมาคอยกระตุ้นจับมือตักอาหารรับประทานเด็กถึงยอมรับประทานหมด กินเสร็จระหว่างรอเก็บถาดเด็กมีพูดคุยกับเพื่อน มีเหย่หน้าเพื่อน ตบมือเพื่อนข้างๆ แปร่งฟันก่อนนอนเด็กแปร่งได้เองและจะแปร่งฟันเสร็จที่หลังเพื่อนๆ	

สรุปในภาพรวมเด็กที่มีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์เล็กน้อย จากที่ สังเกตการณ์ จำนวนทั้งหมด เด็กบางส่วนมีลักษณะที่ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้ และคุณครูผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าเด็กสามารถเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้ไม่มีปัญหา แต่จะมีเด็กที่ทำกิจกรรมได้โดยคุณครูคอยกระตุ้นบ้างขณะทำกิจกรรม และมีเด็กที่ในขณะที่เรียนจะคอยพูดคุย แกล้งเพื่อน คุณครูบอกรออาจมีปัญหาในการร่วมกิจกรรม

4.2 อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์ เด็กปฐมวัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างจาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียนจารุศรบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุปถัมภ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (รัตนโกสินทร์) เด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลปทุมธานี ผลการศึกษาอภิปราย ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ครอบครัวที่ศึกษาทั้งหมด 444 ครอบครัว มีข้อมูลพื้นฐานดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.80 ช่วงอายุเด็กที่มากที่สุดระหว่าง 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน คิดเป็นร้อยละ 44.14 อันดับรองมาช่วงอายุระหว่าง 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน คิดเป็นร้อยละ 28.82 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 53.6 อันดับรองมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.81 ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวเด็กปฐมวัย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 83.30 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 82.4 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 92.12 จำนวนบุตรส่วนใหญ่ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.02 รองลงมามีจำนวนบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 41.44 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.62 ข้อมูลพ่อส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.52 อาชีพพ่อรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 48.87 อันดับรองมาเป็นพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 25.36 ส่วนแม่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.17 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 32.88 อันดับรองมาอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.45 รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.86 อันดับรองมา รายได้อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.50 รูปแบบการเลี้ยงดูส่วนใหญ่อิสระตามใจ คิดเป็นร้อยละ 49.77 อันดับรองมารูปแบบประชาธิปไตย คิดเป็นร้อยละ 30.86

จากข้อมูลพบว่า ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีพ่อแม่และบุตร 1-2 คน แม่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว พ่อเป็นผู้หารายได้หลัก ครอบครัวส่วนใหญ่พ่อแม่จบการศึกษามัธยมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี จตุพรเพิ่ม (2551) ซึ่งทำการศึกษารื่อง การศึกษาภาวะโภชนาการและ พัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกลุ่มจังหวัดที่ 6 และ 7 ผลการวิจัย พบว่า การศึกษาของพ่อ แม่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา และจากผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวมีรายได้น้อย พ่อทำงานคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ แม่เป็นแม่บ้าน อาชีพส่วนมากจะรับจ้างทั่วไปและมีรายได้น้อย

4.2.2 ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานทางอารมณ์

ภาวะโภชนาการ การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการสมส่วน จำนวน 302 คน (ร้อยละ 68.02) ภาวะโภชนาการไม่สมวัยพบน้อยกว่าเกณฑ์ 74 คน (ร้อยละ 16.67) และภาวะโภชนาการมากกว่าเกณฑ์ 68 คน (ร้อยละ 15.31) จากการรายงานของกรมอนามัยปีงบประมาณ 2556 พบว่าเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 67.7 เด็กมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 11.6 และภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 8.3 แต่ผลการศึกษาภาวะโภชนาการอื่น พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีจำนวนสัดส่วนที่มากกว่าการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือของ นพร อึ้งอาภรณ์ (2556) โดยได้ทำการศึกษาโครงการการศึกษาภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพื้นที่ รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า เด็กมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.78 นอกจากนี้การจำแนกตามกลุ่มอายุเด็กปฐมวัยที่มีภาวะโภชนาการสมวัยมากที่สุด คือ อายุ 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 140 คน (ร้อยละ 71.43) ช่วงวัยที่มีภาวะโภชนาการไม่สมวัย คือน้อยกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มากที่สุดอายุ 1 - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 46.15) ทั้งนี้จากการกำหนดเป้าหมายของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2011) ร้อยละของเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ มีการกำหนดเป้าหมายไว้ ปี 2553, 2578 และ 2603 คือ 16.31, 10.75 และ 6.656 เห็นได้ว่าปัญหาของเด็กทั้งที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์ยังเป็นปัญหาที่ยังคงอยู่ที่ต้องได้รับการแก้ไข จากข้อมูลวิจัยที่ได้พบปัญหาภาวะโภชนาการยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง และไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ตั้งไว้

ด้านพัฒนาการ การศึกษาครั้งนี้ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามแบบประเมินพัฒนาการ DSPM จำแนกตามด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ผลการศึกษา พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 249 คน (ร้อยละ 56.08) และมีเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 195 คน (ร้อยละ 43.91) โดยพบเด็กที่ประเมินพัฒนาการไม่ผ่านทั้ง 5 ด้าน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.45) และพัฒนาการด้านที่เด็กผ่านมากที่สุด คือ ด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 424 คน (ร้อยละ 95.49) ส่วนด้านที่ไม่ผ่านมากที่สุด คือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา จำนวน 143 คน (ร้อยละ 32.21) และด้านการเข้าใจภาษา จำนวน 78 คน (ร้อยละ 17.57) และจากรายงานการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย จังหวัดปทุมธานี ปี 2559 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.65 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 9.34 ปัญหาพัฒนาการล่าช้า คือ ด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 66.67 ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 40 และการเข้าใจภาษา ร้อยละ 40 จากข้อมูลการรายงานของจังหวัดปทุมธานี อยู่ในช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เห็นได้ว่าพัฒนาการปกติ ร้อยละ 90.65 ยังมีความขัดแย้งกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่สุ่มเก็บข้อมูลในพื้นที่ส่วนหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากได้ข้อมูลมาคนละสถานที่และผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ข้อมูลเด็กมีปัญหาของกรมอนามัย (2558) พบเด็กอายุ 0 - 5 ปี จากผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ทุก 3 ปี จำนวน 5 ครั้ง พ.ศ. 2542, 2547, 2552, 2553 และ 2557 พบว่าพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 71.1, 72, 67.7, 70.03 และ 72.5 (เครื่องมือ Denver II) รายงานในปี 2558 ภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.55 จากเป้าหมายที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (เครื่องมือ DSPM) ดังนั้นมีเด็กที่มีพัฒนาการไม่

สมวัยร้อยละ 15.45 จากการวิจัยของ จารุณี จตุพรเพิ่ม ในปี 2551 ที่พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 49 โดยมีพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กสมวัยร้อยละ 61.0 พัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัย ร้อยละ 66.0 และพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสมวัยร้อยละ 97.1 แต่ปัญหาพัฒนาการที่ล่าช้าเป็นด้านเดียวกัน จากการศึกษาของจารุณี จตุพรเพิ่ม (2551) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาอย่างมีนัยสำคัญ คือ การศึกษาของผู้ดูแล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ชี้ชัดว่าปัญหาทางพัฒนาการในเด็กปฐมวัยต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะพัฒนาการในวัยนี้จะส่งผลต่อพัฒนาการในวัยต่อ ๆ มา

4.2.3 พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

ข้อมูลด้านครอบครัวและเด็ก จากข้อมูลพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ประเมินจากการรับรู้ของพ่อแม่ ซึ่งการที่พ่อแม่รับรู้ว่าเป็นเด็กเลี้ยงยากนั้นเป็นการรับรู้พื้นฐานอารมณ์ของเด็กที่มีสภาวะปกติทั่วไปที่ยากแก่การเลี้ยงดู โดยพฤติกรรมแสดงออกของการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางอารมณ์แปรปรวน ส่วนอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่าย ขี้โมโห พฤติกรรมในชีวิตประจำวันคาดเดาได้ยาก และมีความยุ่งยากในการดูแล เช่น รับประทานยากและนอนยาก มีความต้องการได้รับการดูแลตลอดเวลาในการรับประทานอาหาร การนอน และการขับถ่าย มีการปรับตัวไม่ดีทั้งต่อบุคคล และสถานการณ์ จากคะแนนข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลเด็กรายบุคคลจำแนกเป็นประเภทพื้นฐานอารมณ์ แปลความตามค่าคะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลโดยแปลความหมายคะแนนพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยากเป็น 3 ระดับ พบว่า เด็กปฐมวัยมีความยุ่งยากบางเรื่อง มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 69.14 อันดับรองมาเป็นเด็กเลี้ยงง่าย ร้อยละ 15.54 และเป็นเด็กกลุ่มเลี้ยงยาก ร้อยละ 15.32 และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเห็นว่า เด็กจะมีปัญหาด้านลักษณะการเคลื่อนไหว ชน ไม่อยู่เฉย เล่นมีกิจกรรมตลอดแทบทั้งวัน และเด็กจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างมาก ตื่นเต้นดีใจอย่างมาก แสดงออกดีใจสุด ๆ มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรง สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็ก จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัยด้านครอบครัวกับพื้นฐานอารมณ์เด็กยังพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกทั้ง 5 ด้าน โดยพบว่า ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตรมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาด้านการเลี้ยงดูบุตร ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .577, r = .561, r = .506, r = .423$ และ $r = .377, p < .01$ ตามลำดับ) สำหรับค่าเฉลี่ย ด้านการเลี้ยงดู มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 2.17 ในประเด็นของการรับรู้ส่วนใหญ่ครอบครัวมองว่าการเลี้ยงดูเด็กเป็นงานที่ยุ่งยากในบางครั้ง ด้านอื่น ๆ ที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา คือ ด้านความเข้าใจในตัวลูก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 ครอบครัวมองว่าบางครั้ง ไม่เข้าใจว่าเด็กต้องการอะไร ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 ครอบครัวส่วนใหญ่มองว่าไม่มีปัญหาแต่มีบางส่วนที่มีการทะเลาะกันเรื่องลูก และถูกทอดทิ้งจากคู่สมรส อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็ก คือ รายได้ของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับพื้นฐานทางอารมณ์ในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.126$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) คือ เด็กในครอบครัวจะมีลูกที่เป็นเด็กเลี้ยงยาก สอดคล้องกับการรายงานของ ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการและการบริการการวิจัย (Advanced Center for Intervention and Services Research: 2009) รายงานว่า ปัญหาทางพฤติกรรม

เกิดขึ้นในเด็กปฐมวัย ประมาณร้อยละ 8 - 17 โดยพฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นและพบมากในกลุ่มเด็กที่มาจากชนบทและมีรายได้ต่ำ (Koblinsky, Kuvalanka, & Randolph, 2006) และ มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 23 ของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรม (Del’Homme, Sinclair, Kasari, & Sigman, 1994) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า ร้อยละ 20- 33 ของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมาจากครอบครัวที่มีพื้นฐาน เศรษฐฐานะต่ำ และ ปัญหาพฤติกรรมในเด็กอาจมีความรุนแรงมากอาจ ส่งผลให้เด็กมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่อไป พบว่า ร้อยละ 75 ของเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคดื้อ มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (Keenan & Wakschlag, 2002; Keenan, Wakschlag, Danis, Hill, Humphries, & Duax, 2007)

บทที่ 5

สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการและพื้นฐานทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย และปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลท่าโขลงและเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลท่าโขลง โรงเรียนจารุศรบำรุง โรงเรียนชุมชนวัดบางชัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (รัตนโกสินทร์) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 444 ครอบครัว จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 444 ครอบครัว ได้มาจากการคำนวณจากสูตรที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคาดเคลื่อนของการสุ่มเท่ากับ 0.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว แบบสอบถามภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ประวัติการคลอด น้ำหนักส่วนสูง การเจ็บป่วย แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5ปี: Developmental surveillance and promotion manual (DSPM) แบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัยปรับปรุงจาก แบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงยาก ของพินดา ศิริอำพันธ์กุล (2550) ที่สร้างแบบประเมินเพื่อง่ายต่อการประเมินคัดกรองพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กโดยให้พ่อแม่เป็นผู้ประเมิน แบบประเมินสร้างจากการศึกษาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้ประเมินเด็ก อายุ 1-3 ปี มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .847$) โดยปรับข้อคำถามเพื่อให้ประเมินในเด็กอายุ 1-5 ปี มีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัย จำนวน 30 ครอบครัว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05

จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัยและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1.1 ข้อมูลด้านเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.80 ช่วงอายุระหว่าง 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.14 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 53.60

5.1.1.2 ข้อมูลด้านครอบครัวเด็กปฐมวัย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 83.33 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.97 เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 82.43 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 92.12 จำนวนบุตรในครอบครัว 2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.41 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.62 ระดับการศึกษาพ่อและแม่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.52 และร้อยละ 46.17 ตามลำดับ อาชีพพ่อส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 48.87 แม่ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 32.88 รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) มากที่สุดอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.88 รูปแบบการเลี้ยงดูส่วนใหญ่อิสระตามใจ คิดเป็นร้อยละ 49.77

5.1.2 การศึกษาภาวะสุขภาพ พัฒนาการและพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย

5.1.2.1 ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 68.02 กลุ่มอายุที่มีภาวะโภชนาการสมส่วนมากที่สุด อายุ 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 ร้อยละ 31.53 ช่วงวัยที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ในช่วงอายุ 4 - 4 ปี 11 เดือน 29 วัน ร้อยละ 4.95 และช่วงวัยที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มากที่สุดในช่วงอายุ 3 - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน ร้อยละ 8.11

5.1.2.2 การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำแนกตามด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.08 และมีเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า (เด็กที่ประเมินพัฒนาการไม่ผ่านตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ด้าน) ร้อยละ 43.92 พัฒนาการด้านที่ไม่ผ่านมากที่สุด คือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา คิดเป็นร้อยละ 32.21 และอันดับต่อมาเป็นด้านการเข้าใจภาษา คิดเป็นร้อยละ 17.57 และเด็กที่ประเมินพัฒนาการไม่ผ่านตามเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 0.45

5.1.2.3 พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านครอบครัว 1.74 ข้อที่คะแนนสูงสุดคือ ด้านการเลี้ยงดู (คะแนนเฉลี่ย 2.17) รองมาข้อ ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร (คะแนนเฉลี่ย 1.92) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านเด็ก 2.36 ข้อที่คะแนนสูงสุดคือ ด้านลักษณะการเคลื่อนไหว (คะแนนเฉลี่ย 3.40) รองลงมาเป็นด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า (คะแนนเฉลี่ย 3.13) รวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้าน 2.36 (จากคะแนน 5) เด็กปฐมวัยมีความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบางเรื่อง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.14

5.1.3 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ได้แก่ เพศ บุตรลำดับที่ ภาวะสุขภาพเด็ก และข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ บทบาทในครอบครัว สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา การศึกษาบิดามารดา อาชีพบิดามารดา รูปแบบการเลี้ยงดู พบว่าปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย คือ รายได้รวมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.126$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพื้นฐานอารมณ์ ได้แก่ ด้านการเลี้ยงดูบุตร ($r = .561$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ($r = .577$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ($r = .506$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ($r = .423$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา ($r = .377$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย พบว่า ภาวะสุขภาพด้านภาวะโภชนาการของเด็กพบทั้งน้อยกว่าเกณฑ์และเกินกว่าเกณฑ์ ข้อมูลพัฒนาการด้านที่เด็กไม่ผ่านมากที่สุดคือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา อันดับรองมา คือ ด้านภาษา สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว และปัจจัยด้านครอบครัวได้แก่ด้านการเลี้ยงดูบุตร ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับพื้นฐานอารมณ์เด็ก อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

5.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในลักษณะโปรแกรม หรือแนวทางการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็ก การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสติปัญญาและพัฒนาการด้านภาษา

5.2.2 ส่วนพื้นฐานอารมณ์เด็กควรมีการเตรียมครอบครัวก่อนมีบุตรและในครอบครัวที่มีบุตรและมีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์ควรได้รับคำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร ให้เข้าใจพัฒนาการพฤติกรรมเด็ก การสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว บทบาทในเพื่อการตอบสนองเด็กได้อย่างเหมาะสม

5.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองพื้นฐานทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย พัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็ก การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ โดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและพัฒนาการด้านภาษา ส่วนพื้นฐานทางอารมณ์ควรมีการเตรียมครอบครัวก่อนมีบุตร สำหรับในครอบครัวที่มีบุตรและพบปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์ต้องได้รับคำแนะนำดูแล เพื่อการตอบสนองเด็กได้อย่างเหมาะสม

5.2.4 ศึกษาติดตามเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ พัฒนาการ และเด็กที่มีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย เพื่อการแก้ไขปัญหามีข้อเสนอแนะดังนี้

5.2.5 การศึกษาสะท้อนปัญหาในเด็กปฐมวัยที่รัฐต้องให้การแก้ไขปัญหาย่างเป็นรูปธรรม โดยมีนโยบายและหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ รวมทั้งการจัดสรรหาคูลากรดูแล โดยเน้นการดูแลเด็กในเชิงคุณภาพ และมีการติดตามประเมินเด็กที่มีปัญหา มีการจัดระบบการดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม

5.2.6 ให้ความรู้กับครู บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ดูแลเด็กที่รับผิดชอบดูแลเด็กปฐมวัย นอกจากดูแลเด็ก ยังต้องสามารถคัดกรองเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ พัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลเด็ก รวมถึงมีการวางแผนกับครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย

5.2.7 การเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่ายในการช่วยพัฒนาการเด็กในบุคลากรทีมสหวิชาทุกระดับอย่างจริงจัง

5.2.8 การรณรงค์ให้ทุกภาคส่วน รวมทั้งผู้ปกครองเห็นความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย เริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ จนกระทั่งก่อนวัยเรียน



โครงการ

สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
(The Survey of health of status, Health Problems of Health,
Development and Temperament of Early Childhood)



โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิดกมล สังข์ทอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ศิริอำพันธ์กุล
อาจารย์ จุไรรัตน์ กีบาง
รองศาสตราจารย์ พญ.อิสราภา ชื่นสุวรรณ

เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

สัญญาเลขที่ RDG5840037

โครงการ

สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
(The Survey of health of status, Health Problems of Health, Development
and Temperament of Early Childhood)

คณะผู้วิจัย

ผศ.ชิตกมล สังข์ทอง
ผศ.ดร.พินิตา ศิริอำพันกุล
อ.จุไรรัตน์ กีบาง
รศ.พญ. อิศราภา ชื่นสุวรรณ

สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชุดโครงการ แนวทางการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตเด็กเลี้ยงยากช่วงปฐมวัย
สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช.-สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

เอกสารอ้างอิง

- จารุณี จตุพรเพิ่ม. (2551). การศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มจังหวัดที่ 6 และ 7. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 8-18.
- นพร อึ้งอาภรณ์. (2556). *โครงการการศึกษาภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*. เข้าถึงได้จาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/handle/123456789/5444>
- พนิดา ศิริอำพันกุล. (2556). *ประสบการณ์ชีวิตของพ่อแม่ที่มีลูกเลี้ยงยากวัยเตาะแตะ*. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุวดี ทัดตินาพานิช. (2539). *การศึกษาความสัมพันธ์ของพื้นฐานอารมณ์และสถานภาพทางเศรษฐกิจกับการพัฒนาการของทารกวัย 6 เดือน และพฤติกรรมการโต้ตอบของมารดาที่มีต่อทารก*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2011). *ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (2555-2564)*. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ <http://resource.thaihealth.or.th/library/academic/13320>
- ศูนย์วิชาการ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555
- กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี กรมอนามัย 2558*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. http://www.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dohinfo/ewt_dl_link.php?nid=377.
- Allen, K., & Prior, M, (1995). Assessment of validity of easy and difficult temperament through observed mother-child behaviours. *International journal of behaviour development*, 18(4), 609-630.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 299-319.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50 275-285.
- Belsky, J., Fish, M., & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Development psychology*, 27, 421-431.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early Developing Personality Traits*. NY: Psychology Press.

- Bussing, R., Lebninger, F., & Eyberg, J. (2006). Difficult child, temperament and attention deficit/hyperactivity disorder in preschool child. *Infant & young children*, 19(2), 123-131.
- Carey, W. B. (1998). Temperament and behavior problems in the classroom. *School Psychology Review*, 27, 552.
- Caspi, A. (2002). The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 78(1), 158-172.
- Damasio, A. (1994) *Descartes's error: Emotion, Reason and the Human Brain*. NY: Avon.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J., & Hessler, D. (1997). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: a replication and extension of previous findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 179-186.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2004). *Child development its nature and course*. (5th ed.). NY : Mc Graw Hill.
- Del'Homme, M.A., Sinclair, E., Kasari, C., & Sigman, M. (1994). Preschool children with behavioral problems: Observation in instructional and free play contexts. *Behavioral Disorders*, 19, 221– 232.
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). Temperament differences, family relationships, and young children's response to change within the family. *Ciba Foundation Symposium*, 89, 87-105.
- Eysenck, H. J. (1981) *A model for personality*. New York: Springer-Verlag.
- Feldman, R. S. (1998). *Child Development*. New Jersey: Simon & Schuster.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, Theory, and practice*. (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament: Expand content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental psychology*, 33, 891-905.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health*, 17(3), 207-215.
- Kagan, J. (1988). Temperamental Contributions to Social Behavior. *American Psychologist*, 44(4), 668-674..

- Keenan, K., & Wakschlag, L.S. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *American Journal of Psychiatry*, 159, 351-358.
- Keenan, K., Wakschlag, L., Danis, B., Hill, C., Humphries, M., & Duax, J., (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSMIV ODD and CD in preschool children. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 457-468.
- Koblinsky, S. A., Kuvalanka, K. A. & Randolph, S. M. (2006). Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers: Role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 554-563.
- Kochanska, G., Friesenborg, A. E., Lange, L. A., & Martel, M. M. (2004). Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship. *Journal of personality and social psychology*, 86, 744-759.
- Komsi, N., Räikkönen, K., Heinonen, K., Pesonen, Anu-Kateiina., Keskivaara, P., Järvenpää, Anna-Liisa., & Strandberg, T. E. (2008). Continuity of father-related temperament from infancy to middle childhood. *Infant behavior & development*. 31, 239-254.
- Lahey, B. B. (2004). Commentary: Role of temperament in developmental models of psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(1), 88-93.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McIntosh, D. E., & Love, A.S. (1996). Profile comparisons between ADHD and no ADHD children on the temperament assessment battery for children. *Journal of psychoeducational assessment*, 14, 362-372.
- Neitzel, C., & Stright, A. D. (2004). Parenting behaviors during child problem solving: The role of child temperament, mother education and personality, and the problem-solving context. *International Journal of Behavioral Development*, 28(2), 166-179.
- Oakland, T. & Joyce, D. (2007). Temperament-based learning styles and school based application. *Canadian journal of school psychology*, 19, 59-74.
- Oakland, T., Stafford, M. E., Horton, C. B. & Glutting, J. J. (2001). Temperament and vocational preferences: Age, gender, and racial-ethnic comparisons using the Student Styles Questionnaire. *Journal of Career Assessment*, 9, 297-314.

- Oates, J., & Stevenson, J. (2005). *Temperament and development*. In Oates, J.; Wood, C. & Grayson, A. *Psychological development and early childhood*. Milton Keynes, UK: Blackwell.
- Oates, J., Wood, C., & Grayson, A. (2005). *Psychological development and early childhood*. Oxford: Blackwell.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2002). *A child's world: Infancy through adolescence*. (9th ed.). NY: McGraw-Hill.
- Plomin, R., Emde, R., Braungart, J., Campos, J., Corley, R., Fulker, D., Kagan, J., Reznick, J. S., Robinsob, J., Zahn-Waxler, C., & DeFries, J. (1993). Genetic change and continuity from fourteen to twenty months: The MacArthur longitudinal twin study. *Child development*, 64, 1354-1376.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (2000). *Pathways from infancy to adolescence: Australian temperament project 1983-2000*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Reese, E., & Tripp, G. (2006). Parent-child talk about past emotional events: Associations with child temperament and goodness-fit. *Journal of cognition and development*. 7(2), 189-210.
- Rettew, D. C., & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard review of psychiatry*, 13(1), 14-27.
- Rothbart, M. K. (1982). The concept of difficult temperament: A critical analysis of Thomas, Chess & Korn. *Merrill-Palmer Quarterly*, 28, 35-40.
- Rothbart, M. K. (2004) Commentary: Differentiated Measures of Temperament and Multiple Pathways to Childhood Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 82-87.
- Sadeh, A., Lavie, P., & Scher, A. (1994). Sleep and temperament: Maternal perception of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early education & Development*, 5(4), 311-322.
- Schaffer, H. R. (2004). *Introducing child psychology*. UK: Blackwell.
- Schmitz, S., Fulker, D. W., Plomin, R., Zahn-Waxler, C., Emde R. N., & DeFries, J. C. (1999). Temperament and problem behaviour during early childhood. *International journal of behaviour development*, 23(2), 333-355.

- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B. & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups of childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British medical journal*, 323,194-198.
- Shaffer, D. R. (2002). *Developmental psychology childhood and adolescence*. (6th ed). CA: Wadsworth.
- Sheeber, L. B., & Johnson, J. H. (1994). Evaluation of a temperament-focused, parent-training program. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 23(3), 249-259.
- Szabó, N., Dekovic, M., van Aken, C. V., Verhoeven, M., van Aken, M. A.G., & Junger, M. (2008). The relations among child negative interactive behavior, child temperament, and maternal behavior. *Early childhood research quarterly*, 23, 366-377.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/Mazel, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Temperament>
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 22(2), 102-109.
- Turecki, S. (2000). *The difficult child*. (2nd rev. ed.). Auckland: Bantam Books.
- Vaughn, B. E., Bradley, C. F., Joffe, L. S., Seifer, R., & Barglow, P. (1987). Maternal characteristics measured prenatally are predictive of ratings of temperamental “difficulty” on the Carey Infant Temperament Questionnaire, *Developmental psychology*, 23, 152-161.
- Walker, H. M., & Sprague, J. R. (1999). The Path to School Failure, Delinquency and Violence: Causal Factors and some Potential Solutions. *Intervention in School and Clinic*, 35 (2), 67-73.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

และ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยที่ 1

ชื่อเรื่อง (ไทย) สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) The Survey of health of status, Health Problems of Health, Development and Temperament of Early Childhood.

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชิตกมล สังข์ทอง ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-986-9213 ต่อ 7334

โทรศัพท์มือถือ 081-847-2041 E-mail: chidkamol@yahoo.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ต้องการส่งเสริมให้พ่อ แม่ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะในเด็กช่วงปฐมวัย และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ไปพัฒนาวิธีการส่งเสริมคุณภาพในการสร้างพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยคน ที่แนบมาพร้อมนี้

เหตุที่ต้องทำวิจัย

เด็กเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ โดยเฉพาะเด็กในช่วงปฐมวัย (1-5 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลายด้าน พัฒนาการส่วนใหญ่ขึ้นกับการปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม และที่สำคัญเด็กที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการทุกด้านเหมาะสม ต้องได้รับการอบรม เลี้ยงดู ตอบสนองอย่างเหมาะสมจากครอบครัว และเด็กปฐมวัยนั้นมีครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู ลักษณะการเป็นพ่อแม่ และความเครียดของพ่อแม่ มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการองค์รวมของเด็กปฐมวัย ในทางกลับกันพื้นฐานอารมณ์ของเด็กเองก็มีผลต่อผู้ดูแลเช่นกันและด้วยภาวะสภาพสังคมในปัจจุบันเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นและครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว บิดา และมารดา นิยมนำลูกของตนในช่วงปฐมวัย เข้ารับการดูแลจากศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ในพื้นที่ใกล้เคียงของตน และมีความคาดหวังว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กนั้น จะสามารถทำหน้าที่แทนตนเองได้สมบูรณ์และสามารถดูแลลูกของตนได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ในการวิจัยจึงต้องการข้อมูลจากบิดา มารดา ของเด็กช่วงปฐมวัย และข้อมูลของเด็กเอง รวมทั้งต้องการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการพัฒนาการของเด็กช่วงปฐมวัย ให้แก่บิดา และมารดา ในการเลี้ยงดูบุตรช่วงปฐมวัยของตน เพื่อนำความรู้และข้อมูลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพัฒนาการ และอารมณ์ของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพื้นฐานอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นฐานข้อมูล ซึ่งนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายการดูแลเด็กปฐมวัยและครอบครัว
2. นักวิจัย ทีมวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพื้นฐานอารมณ์และครอบครัว
3. องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาเด็กและครอบครัวที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายการดูแลเด็กปฐมวัย และครอบครัว ทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรและบริบทที่มีลักษณะคล้ายกัน

ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือท่านในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยจะขอข้อมูลและการประเมิน 1 ครั้ง ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยและครอบครัว ได้แก่ อายุและเพศของเด็ก อายุของพ่อแม่ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของพ่อแม่ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพพ่อแม่ และรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว
2. ภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย และแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กปฐมวัย
3. การให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก พฤติกรรมของเด็ก ลักษณะการเลี้ยงดูและการตอบสนองของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย
4. การช่วยเหลือในการประเมินเด็กโดยใช้แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกกังวลหรือรู้สึกไม่มั่นใจแต่ผู้วิจัยจะคอยให้ความช่วยเหลือให้ข้อมูลรายละเอียด และคำปรึกษาท่านจนกว่าท่านจะมั่นใจ ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยหากท่านมีปัญหาหรือไม่สุขสบายจากการให้ข้อมูล ตอบแบบสอบถาม และการประเมินเด็ก ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวชิตกมล สังข์ทอง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และเมื่อผู้วิจัยตรวจพบข้อมูลหรือปัญหาสุขภาพของท่านหรือของเด็กที่ผลเกี่ยวเนื่องมาจากการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งต่อปัญหาต่างๆของท่านหรือของเด็กยังผู้เชี่ยวชาญในเพื่อให้การดูแลต่ออย่างเหมาะสมโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัย แล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการดูแลเด็กในปกครองของท่านแต่อย่างใดทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในระหว่างการวิจัยหากพบว่า มีข้อมูลอื่นที่เป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัครผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยทันทีและถ้ามีโอกาสเกิดผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัครผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยทันทีเพื่อให้อาสาสมัครได้ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปอีกหรือไม่

ค่าตอบแทน

ผู้วิจัยจะให้ค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครในการให้ข้อมูลวิจัย จำนวน 100 บาท เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการเสียสละเวลาและการอำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูล

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน ผู้วิจัยจะทำการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณะชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน อย่างไรก็ตามจะมีบุคคลบางกลุ่มเช่น ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลโดยตรงจากเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยและ/หรือข้อมูลในการวิจัยโดยไม่ละเมิดการรักษาความลับของท่าน ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายบัญญัติและกฎระเบียบ ตามที่ท่านหรือตัวแทน (ที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย) ได้ลงนามในใบยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวชิตกมล สังข์ทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 99 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย Informed Consent Form

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชิดกมล สังข์ทอง ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการวิจัย
ที่อยู่ (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-986-9213 ต่อ 7334

โทรศัพท์มือถือ 081-847-2041 E-mail: chidkamol@yahoo.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติในการให้ข้อมูล ความเสี่ยงหรืออันตราย รวมทั้งประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจาก
ผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดย
ข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาครั้งละ 30-45 นาที เพื่อให้ข้อมูลในรายวิจัยจำนวน 1 ครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย
แล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่ง
การถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อตัวข้าพเจ้า ครอบครัว และการดูแลเด็กของข้าพเจ้า
ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า
หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา
ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-
9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับ
 อาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย สำหรับผู้ปกครอง

ทำที่.....
วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชิตกมล สังข์ทอง ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการ
ที่อยู่(ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-986-9213 ต่อ 7334

โทรศัพท์มือถือ 081-847-2041 E-mail: chidkamol@yahoo.com

ข้าพเจ้าและบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติในการให้ข้อมูล และได้รับการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**ให้บุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย โดยเด็กจะได้รับการเด็กจะได้รับการประเมินโดยใช้คู่มือแฟร้งและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การสังเกตพัฒนาการและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ข้อมูลที่ได้ยินดีให้นำมาวิเคราะห์ในงานวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวม

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้บุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า และตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น โดยการขอถอนตัวออกจากงานวิจัยไม่ผลต่อการได้รับการดูแลเด็กของโรงพยาบาลหรือสถานศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากบุตรผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครองเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

ตารางภาคผนวกที่ 1

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบประเมินพัฒนาการ DSPM

ด้าน	พัฒนาการ									
	ด้านการเคลื่อนไหว		ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา		ด้านการเข้าใจภาษา		ด้านการใช้ภาษา		ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม	
อายุ (เดือน)	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
13-15	22	2	24	0	21	3	21	3	23	1
16-17	6	0	4	2	5	1	2	4	5	1
18	4	0	1	3	2	2	1	3	2	2
19-24	24	0	20	4	22	2	18	6	23	1
25-29	14	2	15	1	14	2	16	0	15	1
30	8	0	6	2	5	3	8	0	8	0
31-36	47	0	46	1	46	1	45	2	43	4
37-41	94	1	62	33	86	9	88	7	92	3
42	14	2	6	10	12	4	16	0	16	0
43-48	79	8	51	36	66	21	85	2	77	10
49-54	73	3	29	47	47	29	66	10	68	8
55-60	39	2	38	3	39	2	41	0	40	1
รวม (จำนวน)	424	20	301	143	366	78	407	37	412	32
(ร้อยละ)	(95.50)	(4.50)	(67.79)	(32.21)	(82.43)	(17.57)	(91.67)	(8.33)	(92.79)	(7.21)

ตารางภาคผนวกที่ 2

แสดงผลจำแนกตามความถี่และร้อยละของแบบประเมินพื้นฐานอารมณ์เด็กรายข้อ จำแนกตามข้อมูล
ด้านครอบครัว และข้อมูลเด็ก

ข้อมูล	จำนวนความถี่ (ร้อยละ)				
	แทบจะไม่เลย	นานครั้ง	บางครั้ง	ส่วนมาก	เป็นประจำ
ข้อมูลด้านครอบครัว					
ด้านการเลี้ยงดู					
1. การดูแลลูกเป็นงานที่ยุ่งยาก	158 (35.40)	79 (17.80)	175 (39.40)	19 (4.30)	13 (2.90)
2. การจัดการลูกในแต่ละวันทำให้เหนื่อยจนหมดแรง	153 (34.50)	113 (25.50)	147 (33.10)	25 (5.60)	6 (1.40)
ด้านความเข้าใจในพฤติกรรมบุตร					
3. เมื่อลูกร้องไห้ บางที่ไม่เข้าใจว่าต้องการอะไร	135 (30.40)	143 (32.20)	143 (32.20)	17 (3.80)	6 (1.40)
4. กังวลเมื่อต้องพาลูกไปในที่สาธารณะเพราะกลัวจัดการกับอารมณ์หรือพฤติกรรมลูกไม่ได้	250 (56.30)	94 (21.20)	80 (18.0)	17 (3.80)	3 (0.70)
ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุตร					
5. การอยู่กับลูกทำให้คุณรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด	317 (71.40)	77 (17.3)	47 (10.60)	1 (0.20)	2 (5.0)
6. ไม่พอใจในตัวลูก	322 (72.50)	83 (18.70)	38 (8.60)	1 (0.20)	-
ด้านการรับรู้บทบาทบิดามารดา					
7. การทำหน้าที่พ่อ/แม่ได้ไม่ดี	230 (51.80)	118 (26.60)	84 (18.90)	7 (1.60)	5 (1.10)
8. ไม่ภูมิใจในการเป็นพ่อ/แม่	376 (84.70)	34 (7.70)	26 (5.90)	1 (0.20)	7 (1.60)
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา					
9. ถูกทอดทิ้งหรือละเลยจากคู่สมรส	352 (79.30)	34 (7.70)	21 (4.70)	21 (4.70)	16 (3.60)
10. ขัดแย้งและทะเลาะกันบ่อยเกี่ยวกับเรื่องลูก	256 (57.70)	114 (25.70)	51 (11.50)	16 (3.60)	7 (1.60)
ข้อมูลด้านตัวเด็ก					
ด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน					
1. เมื่อถึงเวลานอนไม่ยอมนอน	59 (13.30)	139 (31.30)	166 (37.40)	49 (11)	31 (7)
2. กินอาหารไม่เป็นเวลา	63 (14.20)	124 (27.90)	191 (43)	48 (10.80)	18 (4.10)
3. ขี้บ่นอยู่จจะไม่ใช่เป็นเวลา	77 (17.30)	146 (32.90)	144 (32.40)	50 (11.30)	27 (6.10)
4. ตื่นขึ้นมาร้องไห้ตอนกลางคืน	232 (52.30)	120 (27.0)	73 (16.40)	15 (3.40)	4 (0.90)
5. ไม่สามารถคาดเดาเวลาตื่นนอน	151 (34)	125 (28.20)	116 (26.10)	31 (7.0)	21 (4.70)

ข้อมูล	จำนวนความถี่ (ร้อยละ)				
	แทบจะไม่เลย	นานครั้ง	บางครั้ง	ส่วนมาก	เป็นประจำ
จับถ่ายได้ชัดเจน					
6. ร้องแงง โยเย ระหว่างวัน	215 (48.40)	116 (26.10)	96 (21.60)	15 (3.40)	2 (0.40)
ด้านลักษณะการเคลื่อนไหว					
7. ชอบเล่นโดยการวิ่ง กระโดด หรือ ปีนป่าย	25 (5.60)	45 (10.10)	89 (20)	133 (30)	152 (34.20)
8. สน ไม่อยู่นิ่ง ไม่นั่งคอยเงียบๆ	26 (5.90)	56 (12.60)	106 (23.90)	134 (30.20)	122 (27.50)
9. เล่นหรือมีกิจกรรมตลอดวันแทบจะไม่หยุดพัก	37 (8.30)	60 (13.50)	121 (27.30)	135 (30.40)	91 (20.50)
10. เวลาออกนอกบ้านจะวิ่งนำหน้าเสมอ	57 (12.80)	78 (17.60)	128 (28.80)	90 (20.30)	91 (20.50)
11. นั่งกินอาหารได้ไม่นาน จะลุกไปเดินหรือเล่น	75 (16.90)	77 (17.30)	128 (28.80)	89 (19.60)	77 (17.30)
ด้านความสามารถในการปรับตัว					
12. เวลาหงุดหงิด หรือไม่พอใจใช้เวลา นานกว่าจะปรับอารมณ์กลับมาเหมือนปกติได้	141 (31.80)	156 (35.10)	117 (26.40)	20 (4.50)	10 (2.30)
13. แสดงความไม่พอใจหรือใช้เวลา หลายวันที่จะยอมเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่	324 (73.00)	70 (15.80)	48 (10.80)	1 (0.20)	1 (0.20)
14. ใช้เวลานานกว่าจะยอมรับพี่เลี้ยงใหม่หรือคนที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน	199 (44.80)	101 (22.70)	91 (20.50)	42 (9.50)	10 (2.30)
15. ต้องพยายามให้ลองอาหารชนิดใหม่หลายครั้งจึงจะยอมรับ	170 (38.30)	106 (23.90)	123 (27.70)	26 (5.90)	19 (4.30)
16. ปรับตัวยากเมื่อต้องมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันหรือสถานที่ใหม่	192 (43.20)	121 (27.30)	109 (24.50)	16 (3.60)	6 (1.40)

ข้อมูล	จำนวนความถี่ (ร้อยละ)				
	แทบจะไม่เลย	นานครั้ง	บางครั้ง	ส่วนมาก	เป็นประจำ
ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า					
17. เมื่อพบกับคนแปลกหน้าจะแสดงความวิตกกังวล กลัว อายหรือหลีกเลี่ยง	90 (20.30)	112 (25.20)	126 (28.40)	74 (16.70)	42 (9.50)
18. ตื่นเต้นหรือกังวลอย่างมากเมื่อไปสถานที่ใหม่ๆ	99 (8.60)	92 (13.30)	147 (28.80)	71 (30.40)	35 (7.90)
19. ไม่ว่าจะชอบใจหรือไม่ชอบใจจะแสดงอาการให้เห็นชัดเจนอย่างสุดๆ	38 (8.60)	59 (13.30)	128 (28.80)	135 (30.40)	84 (18.90)
20. แสดงออกอาการดีใจสุดๆ เมื่อได้ของเล่นใหม่	18 (4.10)	24 (5.40)	57 (12.80)	150 (33.80)	195 (43.90)
21. แสดงออกของอารมณ์อย่างรุนแรงเมื่อถูกตำหนิหรือดู	73 (16.40)	89 (20)	165 (37.20)	69 (15.50)	48 (10.80)
ด้านลักษณะอารมณ์					
22. เวลาไม่พอใจอาจจะตะโกน กรีดร้อง นอนด้นกับพื้น หรือขว้างของ	133 (30)	91 (20.50)	127 (28.60)	51 (11.50)	42 (9.50)
23. หงุดหงิด งอแง อารมณ์เสีย	106 (23.90)	150 (33.80)	159 (35.80)	15 (3.40)	14 (3.20)
24. เวลาล้ม หรือเจ็บตัวจะร้องไห้โวยวายนาน	178 (40.10)	131 (29.50)	109 (24.50)	18 (4.10)	8 (1.80)
25. เมื่อถูกแหย่เพียงเล็กน้อยก็โกรธมาก	178 (40.10)	117 (26.40)	112 (25.20)	26 (5.90)	11 (2.50)
26. ร้องไห้ งอแง หงุดหงิดได้ง่าย ต่อสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศร้อน-เย็น เสียงดัง	226 (50.90)	113 (25.50)	84 (18.90)	15 (3.40)	6 (1.40)
ด้านความสนใจ					
27. ได้ยินเสียงแปลก หรือเสียงอื่นจะหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีและหันไปสนใจในสิ่งอื่น	50 (11.30)	107 (24.10)	171 (38.50)	72 (16.20)	44 (9.90)
28. มีความเพียรพยายามที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ เช่น ถอดหรือใส่กางเกง เล่นของเล่น เล่นตัวต่อ	98 (22.10)	143 (32.20)	128 (28.80)	48 (10.80)	27 (6.10)
29. สนใจเล่นของเล่นแต่ละชิ้นไม่ถึงนาที แล้วเปลี่ยนเล่นชิ้นใหม่	58 (22.10)	116 (26.10)	176 (10.60)	47 (10.60)	47 (10.60)
30. ทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความตั้งใจ หรือความระมัดระวัง	74 (16.70)	119 (26.80)	183 (41.20)	45 (10.10)	23 (5.20)

ภาคผนวก ค
ประวัติที่ปรึกษาและทีมนักวิจัย

รายนามที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Boonchai Srisatidnarakul
2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมู่ 18
ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-986-9213 โทรสาร 02-516-5381 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-032-8835
4. ประวัติการศึกษาต้องระบุสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปีที่จบ	วุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร	ชื่อสถาบัน
2524	ครุศาสตรบัณฑิต (ค.บ.) สาขาพยาบาลศึกษา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2530	ครุศาสตรมหาบัณฑิต (ค.ม.) สาขาการบริหารการพยาบาล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2543	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (กศ.ด.) สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิจัยทางการพยาบาล
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ (โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

ปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพของคณาจารย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒบางแสน.
(2533).

ผู้ร่วมวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย

ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในวิธีการดำเนินงานวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน
ในระดับหมู่บ้าน (2532)

ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูก
พรุนในสตรีกลุ่มเสี่ยง (2544)

กษาการปฏิบัติจริงในวิธีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ) ใน
ระดับหมู่บ้าน (2531)

รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กก่อนวัยเรียนในชนบทภาคอีสาน. (2534).

การเสริมรายได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, (2535).

การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร. (2535).

การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมภาคตะวันออก. (2535)
 ปัญหาสังคม และสาธารณสุข ของคนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร (2538)
 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ในสถานที่ทำงาน (2539)
 ผลของการใช้วิธีการเพื่อนบ้านสอนเพื่อนบ้านที่มีต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประชาชนในชุมชนลุ่มพิน (2541)
 การประเมินโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส” (2546)

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : (ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)
 เทียมจิต จันทภูมิ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). ตัวชี้วัดธรรมาภิบาลในองค์การพยาบาล.

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 25(3), 32-42.

ธิญารัตน์ ช่วยรักษ์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะ แวดล้อมการทำงาน ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับผลผลิตของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคใต้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17 (2), 8-22.

พนมมาล สมิตานนท์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความ ฉลาดทางอารมณ์ คุณภาพชีวิตการทำงาน กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(3), 28-40.

ทัศนีย์ รอดโฉม และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(4), 54-70.

นันทวัน ดาวอุดม และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาล พี่เลี้ยง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21(1), 50-63.

รวงทอง เพิ่มจอมมงคล และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม. วารสารพยาบาลกองทัพบก, 11(1), 17-23.

ฉัตรกมล เจริญวิภาดา และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความยุติธรรมในองค์กร การได้รับการเพิ่มความสามารถแห่งตนกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21(2), 87-98.

อรชร ภาศาวิฑิต และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2554). การวิเคราะห์ปัจจัยสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารพยาบาลกองทัพบก, 12 (ฉบับพิเศษ), 21-27.

ฐิตาภรณ์ ปานชลธิ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2554). องค์ประกอบสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐในช่วงพุทธศักราช 2550-2554. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23 (มกราคม-เมษายน): 42-53.

พนิดา ขวัญพรหม และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 26-37.

ภคพร อินคำ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2554). ภาพลักษณ์พยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23 (กันยายน-ธันวาคม): 43-55.

สกุณารีย์ เวทยะเวทิน และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 41-53.

ศิริพร แสงศรีจันทร์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). คุณภาพการพยาบาลตามคุณลักษณะโรงพยาบาลตึงตุงใจ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(1): 83-95.

วัชนาภา ชติมนตร์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2556). การใช้แนวคิดสื่อนในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1): 53-64.

ฉวีรัตน์ ชื่นชมกุล และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2556). สมรรถนะผู้จัดการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1): 14-25.

ปภณวิทย์ พานูรัตน์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2556). ปัจจัยเชิงจิตของความพร้อมใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1): 29-42.

ปภณวิทย์ พานูรัตน์ และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2556). ตัวประกอบความพร้อมใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(3): 71-80.

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่า ได้ทำการวิจัยแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมโภชนาการสำหรับเยาวชนไทย. (อยู่ในระหว่างดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่)

Panurat, P., & Srisatidnarakul, B. The development and validation of an instrument to measure nurses' job satisfaction. (In the process of summiting manuscript)

Srisatidnarakul, B. osteoporosis risk factors and health of women with osteoporosis. (In the process of summiting manuscript)

Srisatidnarakul, B. Promotion healthy bone strategies for people with high risk in osteoporosis. (In the process of summiting manuscript)

Srisatidnarakul, B. Development empowerment model for women with osteoporosis (In the process of summiting manuscript)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวอุดมลักษณ์ กุลพิณิจ
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Udomluck Kulapichitr
2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์
3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-218-2550 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-428-6824

4. ประวัติการศึกษาต่อระดับสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปีที่จบ	วุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร	ชื่อสถาบัน
2523	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วทบ.) พยาบาลศาสตรสาขาศาสนาพยาบาลศึกษา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
1981	M.Ed. (Early Childhood Education)	University of Houston, USA
1984	ED.D. (Early Childhood Education)	University of Houston, USA

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระดับสาขาวิชาการ

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ(โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)ข

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย

อุดมลักษณ์ กุลพิณิจ และคณะ. (2544). รายงานโครงการติดตามประเมินผล การจัดการศึกษาระดับปฐมวัย. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

Kulapichitr, U. 2007. *Situation Analysis of Early Learning and Development in Thailand*. Bangkok: UNICEF (Thailand).

อุดมลักษณ์ กุลพิณิจ และคณะ. (2553). โครงการพัฒนารูปแบบ mobile workshop สู่ท้องถิ่นในการเผยแพร่ความรู้การจัดการเรียนการสอนอย่างสร้างสรรค์ ศูนย์วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษาเพื่อสร้างสรรค์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุดมลักษณ์ กุลพิณิจ และคณะ. (2553). แนวทางการจัดกิจกรรมเรียนรู้บูรณา การปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับปฐมวัย แหล่งทุน โครงการวิจัยเศรษฐกิจพอเพียง สำนักทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์.

อุดมลักษณ์ กุลพิณิจ และคณะ. (2556). โครงสถานการณ์ ผลกระทบ และแนวทางการส่งเสริมสวัสดิภาพ คัมครองและพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัยที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ด้วยนวัตกรรมเสริมสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อสังคมที่ปลอดภัย. ศูนย์วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษาเพื่อสร้างสรรค์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

Kulapichitr, U. (2009). Child Development centers after Decentralization in Thailand.

Paper presented at OMEP Regional Annual Assembly August 14-15,
2009, Singapore.

Kulapichitr, U. (2001/เรียนรู้พัฒนาการสมัย 11). Sufficiency Economy Philosophy: The
Best Pedagogical Approach of Early Childhood Education in Thailand. Paper
Presented at the OMEP World.

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่า ได้ทำการ
วิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

ศิริชัย กาญจนวาสี, อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร และคณะ. (2552-ปัจจุบัน). โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนา
หลักสูตรและการเรียนการสอนโรงเรียนอนุบาลศูนย์ศิลปาชีพบางไทร ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี
การศึกษา 2553. แหล่งทุน มูลนิธิทานผู้หญิงรสลิน คัดค้านางค์.1.

ประวัติทีมวิจัย

ประวัติผู้รับผิดชอบโครงการและทีมวิจัย

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว ชิดกมล สังข์ทอง
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Chidkamol Sungthong
- ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 99 หมู่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-986-9213 ต่อ 7334 โทรสาร 02-516-5381
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-847-2041 E-mail chidkamol@yahoo.com

4. ประวัติการศึกษาต้องระบุสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปีที่จบ	วุฒิปริญญา	สาขา	สถาบัน
2536	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	จิตวิทยาพัฒนาการ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2529	คหกรรมศาสตรบัณฑิต	โภชนาการชุมชน	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2524	วิทยาศาสตร์บัณฑิต	พยาบาล	มหาวิทยาลัยมหิดล

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

- การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การปรับพฤติกรรม การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ(โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลกรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (หัวหน้าโครงการวิจัย)

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : (ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

สุรศักดิ์ ตรีนัย และชิดกมล สังข์ทอง (2009). การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษา

พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก.วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2(3).77 – 89.

โครงการวิจัยเรื่องการถอดบทเรียนศูนย์เด็กเล็กต้นแบบในสถาบันการศึกษาพยาบาล. เผยแพร่ที่ศูนย์ ประชุมวิจัยจุฬารณณ์ วันที่ 14 พฤษภาคม 2555 เรื่อง ข้อเสนอแนะนโยบายพยาบาลศาสตร์ เพื่อสร้างสุขภาวะทางสังคม แหล่งทุน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาง พนิดา ศิริอำพันธ์กุล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs PANIDA SIRIUMPUNKUL

2. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 99 หมู่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-986-9213 ต่อ 7383

โทรสาร 02-516-5381 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-200-7631

E-mail Panida7631@gmail.com

4. ประวัติการศึกษาต้องระบุสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปีที่จบ	ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร	ชื่อสถาบัน
2526	ปริญญาตรี	การพยาบาลและผดุงครรภ์ Dip in Nursing Science	วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
2541	ปริญญาตรี	บริหารสาธารณสุขศาสตร์ B. Sc	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2543	ปริญญาโท	การพยาบาลครอบครัว M.N.S.	มหาวิทยาลัยบูรพา
2556	ปริญญาเอก	การพยาบาล Ph.D (Nursing)	มหาวิทยาลัยบูรพา

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

- การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ(โดยระบุสถานภาพในการทำวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2556). *ประสบการณ์ชีวิตของพ่อแม่ที่มีลูกเลี้ยงยากวัยเตาะแตะ*. ดุษฎีนิพนธ์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กนักเรียนใน

โรงเรียนประถมศึกษา (The relationship between Physical & Mental Health Status and Emotional Quotients of study in the Thai Elementary School)

การติดตามการพัฒนาด้านคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Study of Students' Moral and Ethical Development: The case of the Faculty of Nursing, Thammasat University)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์ และบุคลากรใน

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต (Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Faculties and Staffs in Thammasat University, Rangsit Campus)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของการเป็นบิดามารดา บทบาทการเป็นบิดามารดา และการรับรู้

ประสิทธิภาพของการทำงานในบิดามารดาที่มีบุตรวันก่อนเรียน (The Relationship

between Parental Stress, Parental Role and Perception of Work Competency in Preschool Children's Parents)

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางจุไรรัตน์ กีบาง

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs.Jurairat keebang

2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 99 หมู่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-986-9213 ต่อ 7384 โทรสาร 02-516-5381

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-133-3046 E-mail Jurairat.kee@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษาต้องระบุสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปีที่จบ	วุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร	ชื่อสถาบัน
2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) สาขาการพยาบาล	มหาวิทยาลัยบูรพา
2555	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

- การพยาบาลเด็ก
- การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวระบบทางเดินหายใจ
- การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ(โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)

6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้และผู้ดูแลต่อ

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็กและพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล (หัวหน้าโครงการ)

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: (ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

จุไรรัตน์ กีบาง, ปรียกมล รัชกุล, อรพรรณ โพชนุกูล. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้และผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็กและพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 51(3), กรกฎาคม-กันยายน, 199-207.

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่า ได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อโครงการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัย (ผู้บริหารโครงการ หัวหน้าโครงการ และ/หรือผู้ร่วมวิจัย) ระบุเดือน และปีที่เริ่มต้นและสิ้นสุด

ผลของโปรแกรมสร้างการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในการล้างจมูกเด็กต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (หัวหน้าโครงการ) กันยายน 2557 – สิงหาคม 2558

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) อิศราภา ชื่นสุวรรณ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Issarapa Chunsuwan

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน -

3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

4. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-9269512 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-372-5032

E-mail Address: kissarapa@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษาต้องระบุสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

ปี ที่จบ	คุณวุฒิ	ชื่อสถานศึกษาและประเทศ
2542	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ1)	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2548	วุฒิปดฏ กุมารเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2552	วุฒิปดฏ สาขากุมารเวชศาสตร์สาขา พัฒนาการและพฤติกรรม	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ - กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ(โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย)

7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

7.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : (ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุนย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

อิสราภา ชื่นสุวรรณ, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. ประสิทธิผลของการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนอนุบาลโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภค. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2552; 48(3):230-6.

ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย อิศราภา ชื่นสุวรรณ. 2550. สาเหตุของปัญหาการสื่อสารในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารกุมารเวชศาสตร์.; 46(2):107-115.

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อโครงการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัย (ผู้บริหารโครงการ หัวหน้าโครงการ และ/หรือผู้ร่วมวิจัย) ระบุเดือน และปีที่เริ่มต้นและสิ้นสุด

ความแม่นยำของการใช้แบบคัดกรองพัฒนาการ PEDS ฉบับภาษาไทย คัดกรองพัฒนาการเด็กไทยที่อายุ 9, 18 และ 30 เดือน ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 038/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 059/2558
ชื่อโครงการวิจัย : สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
: THE SURVEY OF HEALTH OF STATUS, HEALTH PROBLEMS OF HEALTH, DEVELOPMENT AND TEMPERAMENT OF EARLY CHILDHOOD.
ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิดกมล สังข์ทอง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม.....
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 18 พฤศจิกายน 2558

วันหมดอายุ : 18 พฤศจิกายน 2559

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 18 พฤษภาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

COA No. 038/2558

โครงการวิจัยที่	:	059/2558
ชื่อโครงการวิจัย	:	สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
	:	THE SURVEY OF HEALTH OF STATUS, HEALTH PROBLEMS OF HEALTH, DEVELOPMENT AND TEMPERAMENT OF EARLY CHILDHOOD.
ผู้วิจัยหลัก	:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิดกมล สังข์ทอง
หน่วยงาน	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ชื่อนาม..... Arachnida

(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วฒนิอาภา)

อนุกรมการและเลขานุการ

วันหมดอายุ : 18 พฤศจิกายน 2559

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 18 พฤษภาคม 2559

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบอนุญาตของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น