คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย

ชื่อหนังสือ	คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย	
เลขมาตรฐานหนังสือ	978-616-279-861-0	
พิมพ์ครั้งแรก	กรกฎาคม 2559	
จำนวนพิมพ์	500 เล่ม	
บรรณาธิการ	รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี	ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
ผู้เขียน	พญ.แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ	นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์
	ผศ.ดร.บัญญัติยงย่วน	ดร.พัชรินทร์ เสรี
	รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ	ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
	รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี	รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์
บริหารจัดการ	ดร.นุชนาฎ รักษี	พรรณนิภา หริมเทพาธิป
รูปเล่ม	สลิลทิพย์ เชียงทอง	ลัดดาวัลย์ สุทธิชี
ผู้จัดพิมพ์	โครงการหน่วยสนับสนุนการวิจัยเชิงวิชาการเพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนศักยภาพเด็กเยาวชนและครอบครัว สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล	
สนับสนุนการจัดพิมพ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	
พิมพ์ที่	บริษัท บีเคเคโปร จำกัด	

สารบัญ

9 ธรรมชาติของเด็ก

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ

บทบาทของครอบครัวในการเลี้ยงดูลูก ในศตวรรษที่ 21 35

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

ปัญหาโภชนาการเด็ก 53

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

การบาดเจ็บและการได้รับสารพิษในเด็กปฐมวัย และแนวทางพัฒนาความปลอดภัยในเด็กอย่างยั่งยืน 77

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์

โรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก

103

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ
ครูมาริสา สังขาร

ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในเด็กปฐมวัย (Information and Communications Technology; ICT)

125

นายแพทย์คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ปฐมวัย : ช่วงวัยทองของการสร้างความเท่าเทียม

151

ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
ผศ.ดร.บัญญัติ ยงย่วน
อ.ดร.พัชรินทร์ เสรี

เด็กเจเนอเรชั่น อัลฟา กับการเรียนรู้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

165

สังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็ก

171

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

คำนำ

ถึงแม้ว่าสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่การพัฒนาพลเมืองเด็กให้มีคุณภาพและศักยภาพ เป็นสิ่งสำคัญอย่างมากต่อการรับมือสังคมผู้สูงวัย ดังนั้น การพัฒนาเด็กปฐมวัย (อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี) รวมทั้งความพร้อมของสังคมที่เด็กอาศัยและใช้ชีวิตอยู่ จึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญต่ออนาคตประเทศชาติ ดังคำกล่าวที่ว่า

"Early childhood is the most important golden period
to build up blueprint for a life long humanity"

Suriyadeo Tripathi;

หนังสือคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ที่นำเสนอ 5 กรณีที่น่าห่วงใยและทางออก เป็นหนังสือคุณภาพชีวิตฉบับที่ 2 ที่เกิดขึ้นมา เพื่อสนองตอบต่อภารกิจหลักของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเป็นสถาบันหลักทางวิชาการ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนอย่างเป็นระบบ โดยสถาบันมีฐานข้อมูลทั้งงานวิจัยและงานวิชาการ ภายใต้ความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง โดยประเด็นหลักของหนังสือฉบับนี้ อยู่บนฐานของการเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญในการที่จะปูรากฐานที่มั่นคงให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กเติบโตขึ้นเป็นพลเมืองที่ดีในสังคม โดยผู้เขียนได้หยิบยกเอากรณีเด็กปฐมวัยที่น่าห่วงใย มาเรียบเรียงทั้งในเรื่องของสถานการณ์ปัญหา กรณีศึกษา รวมถึงข้อเสนอในการแก้ปัญหาในระดับต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาเด็กไทยอย่างยั่งยืน หนังสือคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยนับเป็นอีกภารกิจที่สำคัญที่จะทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน มีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ฐานข้อมูลที่มาตรฐาน โดยหนังสือเล่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อย่างต่อเนื่อง มาเป็นปีที่ 2 แล้ว

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี

ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์

บรรณาธิการ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

มหาวิทยาลัยมหิดล

ธรรมชาติของเด็ก

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ
กุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

ธรรมชาติของเด็ก

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ

เด็กแจ่มใส

น้องแป้งกลับมาจากโรงเรียน วิ่งลงจากรถ วางกระเป๋าที่พื้นบ้าน วิ่งผ่านคุณตาที่นั่งอ่านหนังสือพิมพ์ในห้องนั่งเล่น แป้งวิ่งเข้าไปในครัว เปิดดูอาหารในตู้เย็นที่แม่เตรียมไว้ให้ วันนี้มีผลไม้และซาลาเปา แป้งเอาขนมมานั่งกินใกล้ๆ คุณตา แป้งเป็นเด็กช่างพูด ช่างคุย ช่างซักช่างถาม ระหว่างกินขนม แป้งหยิบเอาสมุดวาดรูปที่คุณครูให้ดาว 2 ดวง มาอวดคุณตา “นี่ สวยไหมค่ะคุณตา แป้งวาดเองค่ะ ได้ดาวด้วย” แล้วแป้งก็เล่าเรื่องที่โรงเรียนให้คุณตาฟัง วันนี้คุณครูอ่านนิทานเรื่อง คุณตาหนวดยาว ให้หนูและเพื่อนๆ ในห้องฟังค่ะ “ทำไมคุณตาของแป้งถึงไม่มีหนวดค่ะ แล้วโตขึ้นแป้งจะมีหนวดไหมค่ะคุณตา” คุณตายิ้ม เอามือลูบหัวแป้งเบาๆ แล้วย้อนกลับไปเล่าเรื่องสมัยอดีตที่คุณตาเคยไว้หนวดให้แป้งฟัง

แป้งนอนฟังคุณตาเล่าเรื่องสมัยอดีตจนแทบจะหลับไป สะดุ้งตื่นขึ้นมาอีกตอนได้ยินเสียงเพื่อนๆ มาเรียกให้ลงไปเล่นด้วยกัน วันนี้เด็กๆ 3 คนตกลงกันว่าจะเล่นครูนักเรียน ทุกคนแย่งกันอยากเป็นคุณครู ไม่มีใครยอมเป็นนักเรียน แป้งเลยเสนอความคิดใหม่ “เอาแบบนี้แล้วกัน พวกเรา

เป็นครูกันทุกคนเลย เอาก้อนหินและใบไม้พวกนี้เป็นนักเรียน นี่เป็นโรงเรียนที่มี 3 ชั้น มีคุณครู 3 คนนะ" แป้งค่อยๆ เอาก้อนหินและใบไม้มาวางเรียงเป็นแถวสมมุติเป็นเด็กๆ ในห้องเรียน แป้งเลือกเล่นเป็นคุณครูใจดี เด็กๆ ทุกคนรักครูแป้ง

สักพักเสียงคุณแม่ตะโกนเรียก "แป้ง...มาช่วยแม่กรอกน้ำใส่ตู้เย็นหน่อยลูก" แป้งลังเลสักพักแล้วหันมาพูดกับก้อนหินและใบไม้ "วันนี้เด็กๆ ทุกคนเป็นเด็กดีมากค่ะ ครูแป้งให้เด็กๆ ไปเล่นข้างนอกได้" แล้วแป้งก็รีบวิ่งกลับขึ้นไปบนบ้าน ค่อยๆ กรอกน้ำทีละขวด แป้งต้องกรอกน้ำทั้งหมด 4 ขวดใส่ตู้เย็น แป้งสามารถจดจ่อทำงานได้จนเสร็จแม้จะมีหกบ้างเล็กน้อย เสร็จงานแป้งกลับลงไปใต้ถุนบ้าน เพื่อนๆ หายไปหมดแล้ว แป้งได้ยินเสียงเด็กผู้หญิงผู้ชายเล่นกันอยู่ที่สนามหน้าหมู่บ้าน แป้งรีบวิ่งตามไป เห็นพี่ๆ เด็กผู้หญิงผู้ชาย 5 คนกำลังเล่นกระต่ายขาเดียว แป้งยืนดูสักพักพยายามลองกระโดดแบบที่พี่ๆ เขาทำ แต่สุดท้ายแป้งก็เลือกที่จะนั่งดูพี่ๆ เล่นมากกว่า

เด็กแจ่มใส (Easy Child) – ประมาณ 40 % ของเด็ก

- อารมณ์แจ่มใส ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้ง่าย
- ชอบเล่นกับเพื่อน ช่างคิด ช่างจินตนาการ ชอบพูดคุย
- มักมีพัฒนาการสมวัย โดยเฉพาะด้านอารมณ์ สังคม

แป้งเป็นเด็กผู้หญิงอายุ 4 ปี มีลักษณะของเด็กที่แจ่มใส หรือตามลักษณะพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่าย มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ คล่องแคล่ว มีทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองเหมาะสมกับวัย ช่วยรับผิดชอบงานบ้านง่ายๆ ได้ พัฒนาการด้านอารมณ์ สังคมและภาษา พูดคุยเล่าเรื่องได้ช่างซักถาม เล่นสมมุติกับเพื่อนได้เป็นเรื่องราว มีความคิดริเริ่ม นอกจากนั้นยังมีความสามารถทางสติปัญญาที่ยืดหยุ่น สามารถแก้ปัญหา กำกับตัวเอง สลับเปลี่ยนการเล่นบทบาทสมมุติในโลกแห่งจินตนาการ กลับมาอยู่ในชีวิตจริงได้อย่างรวดเร็ว

เด็กคล่องแคล่ว

น้องนนท์ เด็กชายอายุ 5 ปี น้องนนท์อยู่ชั้นอนุบาล 2 ในห้องมีคุณครู 2 คน เด็กๆ ในห้องมี 20 คน ในชั่วโมงกลางแจ้ง คุณครูให้เด็กๆ เล่นในสนามเด็กเล่น น้องนนท์วิ่งไปที่ชิงช้าก่อนเพื่อนๆ นนท์สนุกกับการแกว่งชิงช้าแรงๆ และแกว่งได้สูงกว่าเพื่อนๆ สักพักน้องนนท์เปลี่ยนไปเล่นปีนเชือก กล้ามเนื้อที่แข็งแรง การเคลื่อนไหวร่างกายที่คล่องแคล่ว ทำให้นนท์เรียนรู้ที่จะปีนป่ายได้อย่างรวดเร็วกว่าเพื่อนๆ เมื่อนนท์ปีนเชือกได้ถึงข้างบน นนท์หันมายิ้มและมองเพื่อนๆ ทุกคนที่อยู่ด้านล่างด้วยความภาคภูมิใจ

ในห้องเรียนนนท์สนใจ กระตือรือร้น สนุกกับการเรียน วันนี้คุณครูเอานิทานมาเล่าให้เด็กๆ ฟัง คุณครูเล่าด้วยน้ำเสียงและท่าทางประกอบ เมื่อครูถามคำถาม นนท์รีบโพล่งตอบด้วยความตื่นเต้น และอยากเป็นที่หนึ่งโดยไม่ได้ยกมือให้คุณครูเรียกตามกฎกติกาของห้อง คุณครูต้องคอยเตือนให้นนท์ช้าลง และรอให้คุณครูเรียกก่อน นนท์ชอบเป็นที่หนึ่ง ถ้าคุณครูสั่งงานอะไร นนท์จะรีบทำให้เสร็จเพื่อจะได้ไปส่งคุณครูเป็นคนแรก หลายครั้งที่งานของนนท์ขาดความเป็นระเบียบ หรือทำงานได้ไม่ครบตามที่คุณครูกำหนด

วิชาดนตรี คุณครูใช้กิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบจังหวะดนตรี น้องนนท์สนุกกับการเล่นเคลื่อนไหวตามเพลง คุณครูชวนเด็กๆ ทำท่าเป็นท่าสัตว์ต่างๆ แล้วเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี น้องนนท์เลือกเป็นกระต่าย น้องนนท์คล่องแคล่ว ว่องไว ปราดเปรียว สนุกกับการเคลื่อนไหวตามจังหวะของกระต่าย เมื่อถึงตอนสลับเปลี่ยนเป็นตัวกิ้งกือที่ต้องนอนขดตัวนิ่งๆ และคืบคลานช้าๆ น้องนนท์รู้สึกอึดอัดมาก และรู้สึกมีความยากลำบากในการกำกับตัวเองให้เป็นไปตามจังหวะที่ช้าๆ ของคุณครู

นนท์โชคดีที่ได้คุณครูประจำชั้นที่เข้าใจความแตกต่างของเด็ก คุณครูมองเห็นว่านนท์มีจุดเด่น คือ มีสติปัญญาและภาษาดี มีร่างกายแข็งแรง มีความกระตือรือร้น แต่นนท์มีสิ่งที่ต้องฝึกฝน

เพิ่มเติม คือ เรื่องการกำกับตัวเอง โดยเฉพาะเวลาที่มีอารมณ์ เช่น เวลาสนุกมากๆ ตื่นเต้นมาก นนท์อาจจะเผลอวิ่งกระแทกใส่เพื่อน หรืออาจจะตะโกนเสียงดัง เวลาน้องนนท์เบื่อ หรือต้องทำงานที่ไม่ถนัด เช่น การเขียน การระบายสี นนท์มักจะเปลี่ยนไปแกล้งเพื่อนบ้าง ชวนเพื่อนเล่นบ้าง

คุณครูพยายามหากิจกรรมการเคลื่อนไหวในห้องเรียนให้นนท์มากขึ้น เช่น ถ้าเป็นกิจกรรมในห้องที่ต้องนั่งทำนานๆ คุณครูก็จะให้นนท์เป็นผู้ช่วยคุณครู ช่วยแจกสีเทียนให้เพื่อนๆ บ้าง ช่วยลบกระดานบ้าง บางทีก็ให้ช่วยเอาของไปให้คุณครูที่ห้องข้างๆ

คุณครูพบว่าการหากิจกรรมเคลื่อนไหวให้นนท์เพิ่มขึ้น ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในห้องเรียนได้มาก เมื่อเวลาผ่านไปถึงสิ้นปี นนท์มีพัฒนาการดีขึ้นมาก นนท์สามารถควบคุมอารมณ์และกำกับตัวเองได้มากขึ้น นนท์เป็นที่รักของเพื่อนๆ เป็นผู้นำเพื่อนโดยเฉพาะเวลาอยู่ในสนามเด็กเล่น

เด็กคล่องแคล่ว (Difficult Child) – ประมาณ 10% ของเด็ก

- กล้ามเนื้อแข็งแรง ปีนป่าย วิ่งเล่นได้คล่องแคล่ว
- ชอบผจญภัย ไม่ค่อยกลัวอะไร กล้า ชอบความท้าทาย
- มีความคิดเป็นของตนเอง มีความเป็นต้นแบบ
- ชอบทำตามแนวทางของตัวเอง ชอบโต้เถียง ต่อรอง แข่งขัน ใครจะชนะ ใครจะเหนือกว่าใคร (power struggle)
- เลินเล่อ ไม่ระมัดระวัง ทำงานเสร็จเร็ว ไม่ค่อยละเอียดถี่ถ้วน
- มีความยากลำบากในการควบคุมร่างกายตัวเอง อารมณ์ขึ้นลงเร็ว มักเผลอใช้กำลังเวลาโกรธ
- มีความยากลำบากในการจดจ่อ ทำงานตั้งแต่ต้นจนเสร็จ โดยเฉพาะงานที่มีขั้นตอนรายละเอียด มีความซับซ้อน (ยกเว้นว่ามีแรงจูงใจมากๆ)
- ไม่ค่อยถนัดในการวางแผน การจัดระบบ ชอบทำทุกอย่างพร้อมๆ กัน เช่น เล่น ทำการบ้าน ดูทีวี อยู่กับพี่น้อง

เด็กอ่อนไหว

น้องแก้ม อายุ 3 ปี น้องแก้มเป็นเด็กค่อนข้างเงียบๆ ชอบนั่งเล่นของเล่นเงียบๆ บางทีก็ระบายสี บางทีก็วาดรูป บางทีก็เล่นทราย เล่นของเล่นสมมุติ เล่นขายของ ในชั่วโมงเลือกเล่นอิสระที่โรงเรียน น้องแก้มจะชอบไปนั่งเล่นอ่านหนังสือ น้องแก้มชอบนั่งเปิดหนังสือดูรูปต่างๆ ถ้าต้องออกไปเล่นกลางแจ้ง น้องแก้มจะเลือกนั่งเล่นที่บ่อทราย ตักทรายเทใส่ขวด เล่นทำขนมครก หรือขนมเค้ก เอากิ่งไม้เล็กๆ มาตกแต่งเป็นเทียนวันเกิด

น้องแก้มเป็นเด็กรูปร่างเล็ก การเคลื่อนไหวยังไม่ค่อยคล่องแคล่ว กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงทนทานน้อย ในชั่วโมงเล่นอิสระน้องแก้มจะเลือกเล่นกิจกรรมที่เหมาะสมกับร่างกายของตัวเอง น้องแก้มไม่ชอบกิจกรรมที่โลดโผน หรือต้องปีนป่ายมากๆ น้องแก้มไม่ชอบเด็กผู้ชายที่เล่นแรงๆ บางทีเมื่อโดนเพื่อนกระแทก น้องแก้มจะร้องไห้ ตกใจ ต้องให้คุณครูเข้ามาช่วยปลอบ

ตอนเริ่มเข้าโรงเรียนใหม่ๆ น้องแก้มมีปัญหาในการปรับตัวค่อนข้างมาก ไม่ยอมใส่ชุดนักเรียน ร้องไห้งอแงตั้งแต่ลงจากรถ กว่าจะแยกจากคุณแม่ได้ คุณครูต้องค่อยๆ พาอุ้มไป โชคดีที่ทุกเย็นคุณแม่มารับจะเห็นน้องแก้มเล่นยิ้มอยู่ในกลุ่มเพื่อน ทำให้คุณแม่สบายใจขึ้น คุณแม่เล่าถึงน้องแก้มสมัยเด็กๆ น้องแก้มเป็นเด็กค่อนข้างเลี้ยงยาก กินนอนยาก กว่าคุณแม่จะเอาน้องแก้มนอน ต้องอุ้มกล่อม โยกตัวอยู่นาน บางทีก็ต้องพาไปขับรถเล่นข้างนอกจึงจะหลับได้ น้องแก้มเป็นเด็กกินยาก ไม่ชอบกินของแข็งๆ คุณยายต้องช่วยปั่นผัก หมูสับใส่ในข้าวต้ม จึงจะยอมกิน การสระผม ก็ดูจะเป็นเรื่องใหญ่ น้องแก้มไม่ชอบให้หน้าเปียกน้ำ เวลาสระผมจะร้องไห้เสียงดังจนคนแถวบ้านแตกตื่นนึกว่าเกิดอะไรขึ้น ตอนแรกๆ คุณแม่เข้าใจว่าน้องแก้มเป็นเด็กเอาแต่ใจ ดื้อ แต่เมื่อไปพบคุณหมอจึงได้เข้าใจว่าเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน น้องแก้มเป็นเด็กที่ค่อนข้างไวต่อสิ่งรอบตัว ปรับตัวกับสิ่งใหม่ๆ ค่อนข้างยาก คุณแม่ต้องเข้าใจน้องแก้มและใช้วิธีปลอบโยนให้น้องแก้มค่อยๆ กล้าเผชิญกับสิ่งใหม่ๆ

น้องแก้มเป็นเด็กขี้กลัว เวลาไปเจอคนแปลกหน้าใหม่ๆ ที่เข้ามาทักทาย น้องแก้มจะหลบหลังคุณแม่ ไม่พูดคุยกับใคร แต่ก่อนคุณแม่รู้สึกอาย เวลาพาไปเจอญาติผู้ใหญ่น้องแก้มก็จะไม่ยกมือไหว้ใคร คุณแม่เคยดุลูก พยายามบังคับ น้องแก้มก็ยิ่งร้องไห้งอแง เมื่อคุณแม่เข้าใจลูกมากขึ้นและเปลี่ยนวิธีการจากดุ บังคับ มาเป็นปลอบโยน ค่อยๆ พาน้องแก้มเผชิญสิ่งรอบตัวเมื่อพร้อม คุณแม่พบว่าน้องแก้มดูจะมั่นใจขึ้น และกล้าที่จะทำสิ่งต่างๆ มากขึ้นโดยมีคุณแม่อยู่ด้วย

เด็กอ่อนไหว (Slow to Warm up Child) – ประมาณ 15% ของเด็ก

- อ่อนไหวง่ายต่อสิ่งเร้ารอบตัว (เช่น แสงจ้า อากาศร้อน หนาว การเคลื่อนไหวเร็วๆ ป้ายที่คอเสื้อ กลิ่น) ไม่ชอบไปที่เสียงดัง คนแน่นๆ เวลาเห็นคนทะเลาะกัน จะตกใจ ไม่ชอบ
- ขี้อาย ระมัดระวังตัว กลัวกับการต้องเจอประสบการณ์ใหม่ๆ
- มีความสุขได้กับการทำกิจกรรมคนเดียว เช่น เล่นสมมุติคนเดียว หรือในเด็กโตอาจจะอยู่ในโลกส่วนตัวกับการอ่านหนังสือ
- ไม่ค่อยกระฉับกระเฉง ตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวช้าๆ เบาๆ
- อารมณ์นิ่งๆ หรือ แสดงอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัว กังวล
- ชอบใช้เวลากับกิจกรรมที่ทำคนเดียว เพื่อหลีกหนีจากปัญหา งานยาก งานท้าทาย (เช่น งานที่ต้องใช้สติปัญญามากๆ หรือ ต้องใช้ร่างกาย การออกแรงมาก) หรือหลีกหนีจากอารมณ์ที่ไม่กล้าเผชิญ (เช่น ความรู้สึกผิดหวัง ความหงุดหงิด ไม่พอใจ ความโกรธ)

แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตามธรรมชาติของเด็ก

แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้*	
• สัมพันธภาพจากพ่อแม่ คนใกล้ชิดที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจ เข้าใจและยอมรับความแตกต่างของเด็ก • กิจกรรม หรือ การเรียนรู้ที่เด็กสนใจ มีแรงจูงใจ มีความอยากมากๆ • เปิดโอกาสให้เด็กได้สะท้อนความคิด บอกเล่าความอยาก ความต้องการ อารมณ์ความรู้สึกตัวเอง	
เด็กแจ่มใส **(Easy Child)**	1. ความรัก ความอบอุ่นจากผู้เลี้ยงดู คำพูดที่ให้กำลังใจ 2. กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะกับวัย เน้นการลงมือทำ และการใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด การเคลื่อนไหว 3. การทำกิจกรรมกลุ่ม การได้เล่นกับเพื่อน การพูดคุย
เด็กคล่องแคล่ว **(Difficult Child)**	1. ให้เด็กมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียน การจัดกิจกรรม ให้เด็กได้รับการแบ่งปันอำนาจ การตัดสินใจ ให้เด็กมีทางเลือก 2. เด็กพร้อมที่จะสู้งานยาก งานท้าทาย แต่ต้องประสบชัยชนะบ่อยๆ “ฉันทำได้ ฉันทำสำเร็จ” 3. ให้เด็กได้ยืนยัน ดื้อ ได้เป็นตัวของตัวเองในบางสถานการณ์ เพราะ เด็กจะมีแรงจูงใจที่จะทำงานนั้นๆ จนเสร็จ 4. สิ่งแวดล้อมที่ช่วยกำกับเด็ก ให้สงบตัวเองลงได้ เช่น ห้องเรียนที่ไม่วุ่นวายเกินไป จำนวนนักเรียนไม่มากไป สถานที่ธรรมชาติ 5. ฝึกให้เด็กค่อยๆ วางแผน ค่อยๆ ลงมือทำ หาพื้นที่ให้เด็กได้มีโอกาสเป็นผู้นำ เป็นผู้สอนคนอื่น

แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้*	
เด็กอ่อนไหว (Slow to warm up Child)	1. เรียนรู้ในบรรยากาศผ่อนคลาย เป็นระเบียบ มีตารางชัดเจน ไม่คาดคั้น 2. กิจกรรมและงานต่างๆ ค่อยๆ เพิ่มความยาก ให้เด็กรู้สึกมีกำลังใจ รู้สึกประสบความสำเร็จ (ถ้างานยาก เด็กจะท้อถอยไปก่อน ไม่สู้) 3. ให้เด็กได้เป็นผู้นำเสนอ เป็นผู้ริเริ่มในเรื่องที่เด็กสนใจ อาจต้องคอยดึงความสนใจเด็ก เพื่อให้เด็กสนใจสิ่งรอบตัวมากขึ้น ให้เด็กได้ริเริ่ม 4. อาจต้องใช้การบังคับ โน้มน้าว หรือตั้งกฎเกณฑ์ในครั้งแรกๆ เพื่อให้เด็กยอมออกมาทำกิจกรรม โดยกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมควรมีความน่าสนใจ ดึงดูดให้อยากทำ 5. กิจกรรมเคลื่อนไหว เรียนรู้ผ่านการลงมือทำ (Active learning > passive learning)

* ดัดแปลงจาก Emotional Learning Styles, Greenspan. 2012

เข้าใจโลกภายในเด็กปฐมวัย

การเจริญเติบโตของโลกภายในที่เป็นก้าวสำคัญตามธรรมชาติเด็กปฐมวัย คือ การเริ่มเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy/Self) และความสามารถในการคิดจินตนาการ (Imagination and Fantasy)

การเริ่มเป็นตัวของตัวเอง หรือการแสดงออกของพลังตัวตน

ช่วงอายุก่อน 1 ปี การเลี้ยงดูเด็กเล็กๆ เป็นเรื่องไม่ยากนัก จะให้ไปอาบน้ำก็อุ้มเข้าไปในห้องน้ำ จะเปลี่ยนผ้าอ้อมก็จับนอนแล้วเปลี่ยนได้เลย จะพาออกไปข้างนอก ก็อุ้มขึ้นรถไป ถ้าเด็กไม่อยากทำก็อาจจะร้องส่งเสียงแสดงความไม่พอใจเล็กน้อยแล้วก็ยอมจำนนทำตาม หรือเมื่อเอาของเล่นมาเบี่ยงเบนสักพักก็หายโกรธหยุดร้องได้ง่าย

ช่วงวัย 15-18 เดือน เราจะเริ่มเห็นการแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเอง การแสดงพลังตัวตน เด็กบอกความต้องการ โดยการชี้บอก แสดงท่าทาง หรือ พูดเป็นคำ หรือเดินไปทำเอง เด็กแสดงความไม่พอใจ ไม่ชอบใจ ด้วยสีหน้า แววตา น้ำเสียง ท่าทาง ที่ชัดเจน หรือแสดงออกเป็นพฤติกรรม เช่น กระทืบเท้า ร้องโวยวาย หรือบางคน ลงไปร้องนอนดิ้นกับพื้น ตีแม่ ดึงผม ข้างของ

เมื่ออายุ 3-6 ปี การแสดงออกของพลังตัวตนก็พัฒนามากขึ้น เด็กสามารถใช้ภาษาพูดได้ซับซ้อนขึ้น พูดต่อรอง ดื้อ ขอร้อง เถียง หรือใช้เหตุผลที่ยังเป็นแบบเด็กๆ เอาแต่ใจตัวเอง เด็กสามารถใช้ร่างกายและความคิดเพื่อแก้ปัญหาได้ซับซ้อนขึ้น หลากหลายวิธีการมากขึ้น เช่น พยายามทำเอง แอบเอาของเล่นไปซ่อนจะได้เก็บไว้เล่นคนเดียว หรือแสดงอารมณ์โกรธ โมโห กลัว กังวล ด้วยการตี แย่ง ผลักเตะ ที่ชัดเจนขึ้นตามวัย

พลังตัวตน การแสดงออกความต้องการ อารมณ์ ความรู้สึกที่ชัดเจน เป็นพลังที่มีค่า เป็นพลังในการพัฒนาเด็ก เด็กที่มีพลังตัวตนมากจะอยากทำสิ่งต่างๆ อยากเรียนรู้ อยากลองทำ อยากเลียนแบบ อยากเล่นกับเพื่อน อยากพูดคุย อยากให้พ่อแม่พาไปเที่ยว อยากได้ของเล่น เด็กจะสนใจสิ่งรอบตัว เห็นใครทำอะไร อยากทำบ้าง พยายามทำ

เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีพลังตัวตน เราจะเห็นเด็กนั่งเงียบๆ ไม่ได้สนใจอะไร ไม่ได้อยากทำอะไร สิ่งรอบตัวไม่มีอะไรน่าสนใจ ไม่ได้อยากเล่นกับเพื่อน ไม่อยากคุยกับใคร เด็กอาจนั่งนิ่งๆ เล่นอะไรซ้ำๆ ไปมา ไถรถของเล่นไปมาซ้ำๆ ไม่ได้มีความคิดต่อยอด ไม่มีแรงจูงใจ

สิ่งที่เป็นปัญหาเมื่อเด็กมีพลังตัวตนชัดเจนขึ้น คือ สิ่งที่อาจใช้คำรวมๆ ว่า ปัญหาพฤติกรรม เช่น เด็กอยากได้ของเล่นมาก ลงไปร้องนอนดิ้นกับพื้นเพื่อเรียกร้องเอาของเล่น เด็กข้างปาสิ่งของเมื่อหงุดหงิดขัดใจที่ของเล่นพัง เด็กหยิก ตี ดึงผมแม่ เพราะแม่ไม่ทำตามใจ หรือเด็กผลัก เตะ กัดเพื่อน เพราะกำลังง่วงนอนและเพื่อนวิ่งมาชน

การพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืนจำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก จะต้องมองเด็กทั้งสองด้าน ทั้งด้านพลังภายใน พลังตัวตน ที่ต้องหล่อเลี้ยงรักษาไว้ กับพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกที่เด็กยังต้องการการเรียนรู้ หล่อหลอม ขัดเกลา เพื่อ ให้สามารถแสดงออกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

“น้องดาวอายุ 2 ขวบครึ่ง นั่งเล่นของเล่นไดโนเสาร์ ค่อยๆ ไขลานให้ไดโนเสาร์เดิน ไดโนเสาร์ไม่ยอมเดิน น้องดาวไขลานอีก ค่อยๆ ผลัก ไดโนเสาร์ก็ไม่ยอมเดิน น้องดาวโมโห ขว้างไดโนเสาร์ทิ้ง แล้วพาลไปเอาของในตะกร้าทั้งหมดเททิ้ง โยนของขว้างลงพื้น คุณแม่ซึ่งกำลังเตรียมอาหารในห้องข้างๆ เดินเข้ามาเห็นของเล่นกระจายเต็มห้อง รู้สึกตกใจ โมโห คุณแม่ดุน้องดาวด้วยเสียงดัง เข้ามาจับมือน้องดาวให้หยุดขว้างของ น้องดาวตกใจกับเสียงที่ดังของคุณแม่ ค่อยๆ หยุดขว้างปาสิ่งของ เมื่อน้องดาวสงบลง คุณแม่เข้าไปกอดน้องดาว คุณแม่นิ่งสักพัก กำกับตัวเองให้ค่อยๆ สงบลง คลายความโมโห แล้วค่อยๆ พูดกับน้องดาว “หนูหายโกรธหรือยังลูก” น้องดาวไม่ตอบ แต่ค่อยๆ ซุกตัวเข้ากับอกคุณแม่ คุณแม่กอดน้องดาวและลูบหัวเบาๆ ด้วยความอ่อนโยน พร้อมถามซ้ำ “หายโกรธหรือยังลูก” น้องดาวไม่ตอบ แต่หันหน้ามองคุณแม่แล้วค่อยๆ พยักหน้า เมื่อน้องดาวพร้อมที่จะรับฟัง คุณแม่ค่อยๆ สอนและพูดคุยกับน้องดาว หนูโมโหมากใช่ไหมลูก หนูโมโหได้ โกรธได้ แต่ห้ามหนูโยนของ ห้ามขว้างของ แม่ไม่ชอบ แม่เสียใจ คุณแม่ค่อยๆ พูดสอนน้องดาวต่อพร้อมลูบหัวและกอดน้องดาว เมื่อน้องดาวเริ่มแจ่มใสขึ้น คุณแม่ชวนน้องดาวไปเอาถ่านมาเปลี่ยนของเล่น ช่วยกันแกะพลาสติก ช่วยกันเอาถ่านใส่ของเล่น เมื่อเสร็จแล้วลองไขลานดูอีกที ครั้งนี้ไดโนเสาร์ยอมเดินแล้ว น้องดาวหันมายิ้มกับคุณแม่แล้วกลับไปเล่นของเล่นตามเดิม”

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเห็นว่า คุณแม่น้องดาวใช้วิธีกำกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และจับมือให้หยุด เมื่อน้องดาวสงบแล้ว คุณแม่ใช้วิธีพูดคุยกับน้องดาวใช้ภาษาที่บอกอารมณ์ เพื่อให้น้องดาวเข้าใจอารมณ์ของตัวเอง ที่สำคัญคุณแม่ได้แสดงตัวอย่างของการสงบตัวเองเมื่อมีอารมณ์โมโห น้องดาวได้เรียนรู้ทั้งจากตัวอย่างในชีวิตจริง ภาษาที่คุณแม่พูดคุย ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจที่คุณแม่ยอมรับในอารมณ์ของลูก กระบวนการทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อให้น้องดาวค่อยๆ เรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ เข้าใจพฤติกรรมของตัวเอง เรียนรู้ที่จะกำกับพฤติกรรมตัวเองได้ในครั้งต่อๆ ไป

พลังตัวตนที่ชัดเจน ความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ความรู้สึกอยากทำได้ อยากเอาชนะ เป็นพลังที่สำคัญของเด็กปฐมวัย เด็กที่มีพลังตัวตนสูง มีความเป็นตัวของตัวเองสูง จะเป็นเด็กที่มีความมุ่งมั่น มีความพยายาม อยากทำสิ่งที่ยากให้สำเร็จ พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก ที่เห็นคุณค่าและความสำคัญของพลังตัวตนของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กได้เลือก ได้ตัดสินใจ ได้แสดงออก ดูแลเด็กด้วยความรัก ความอบอุ่น ภายใต้ระเบียบวินัยที่ชัดเจน เด็กจะได้เรียนรู้สิ่งที่สำคัญ คือ การรู้จักตัวเอง เข้าใจตัวเอง รู้ความต้องการของตัวเอง เข้าใจอารมณ์ตัวเอง เด็กจะมีพลังภายใน มีพลังตัวตน เป็นเด็กที่สามารถพัฒนาต่อได้อย่างมั่นคง

ความสามารถในการคิดจินตนาการ (Imagination and Fantasy)

"เอาแบบนี้แล้วกัน พวกเราเป็นครูกันทุกคนเลย เอาก้อนหินและใบไม้พวกนี้เป็นนักเรียน นี่เป็นโรงเรียนที่มี 3 ชั้น มีคุณครู 3 คนนะ" แป้งค่อยๆ เอาก้อนหินและใบไม้มาวางเรียงเป็นแถว สมมุติว่าเป็นเด็กๆ ในห้องเรียน วันนี้แป้งเลือกเล่นเป็นคุณครูใจดี เด็กๆ ทุกคนรักครูแป้ง

ช่วงอายุประมาณ 2-4 ปี พัฒนาการก้าวกระโดดที่สำคัญ คือ ความสามารถในการคิดจินตนาการ เด็กสามารถจินตนาการให้สิ่งที่อยู่ตรงหน้าเป็นอะไรก็ได้ สมมุติดินสอเป็นแท่งไอติม สมมุติแก้วน้ำเป็นหมวก เด็กจะสนุกกับการคิด จินตนาการ ทั้งผ่านการเล่น การวาดรูป หรือการใช้ภาษาพูดคุย

ความเข้าใจเหตุและผลในวัยนี้จะยังเป็นลักษณะแบบเด็กๆ ที่เข้าข้างตัวเอง เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น ทำไมท้องฟ้าถึงมืด เพราะท้องฟ้าอยากให้หนูนอน หรือทำไมรถถึงวิ่งได้ เพราะจะพาผมไปเที่ยว เด็กๆ ยังมักจะคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีชีวิต เห็นได้จากการวาดรูปที่เด็กจะใส่หน้าตา รอยยิ้ม ให้กับวัตถุสิ่งของที่วาด

การเล่นสมมุติ จินตนาการ การอ่านนิทานซ้ำๆ เป็นสิ่งที่เด็กชอบ ซึ่งถ้าเราสังเกตการเล่นหรือความชอบนิทานบางเรื่องของเด็ก เราจะเริ่มเห็นอารมณ์ที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง เช่น เด็กเอาตุ๊กตาหิ้วไปมา แล้วเอามาทำท่ากอด หรือเอาขวดนมของเล่นมาป้อนน้อง แสดงถึงอารมณ์รักใคร่ใกล้ชิดผูกพัน ความรัก ความอบอุ่น หรือการชอบฟังนิทานบางเรื่องซ้ำๆ เช่น เรื่องลูกหมูสามตัวกับหมาป่า เพราะอารมณ์สนุก ตื่นเต้น กลัว กังวล

การเล่นสมมุติ จินตนาการ การฟังนิทาน เทพนิยาย เจ้าหญิง เจ้าชาย เหล่านี้มีประโยชน์ต่อพัฒนาการของเด็ก เด็กได้รับความสนุก ได้ภาษาที่หลากหลาย ได้ทดลองเล่นบทบาทใหม่ๆ ได้ทดลองอารมณ์ที่อาจยังไม่กล้าเผชิญในชีวิตจริง เช่น อารมณ์กลัว กังวล ที่ต้องไปหาหมอ หรือเล่นสมมุติเป็นคุณแม่ ได้ออกคำสั่ง ได้เลียนแบบคุณแม่ เด็กได้ฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็น เช่น การเล่นกับเพื่อน การต่อรอง การเข้าใจคนอื่น การรอคอย ได้ฝึกการคิด จินตนาการ การแก้ปัญหาในการเล่น

เด็กที่ได้ปลดปล่อย ได้มีโอกาสคลี่คลายอารมณ์ ความรู้สึกผ่านการเล่นสมมุติ การฟังนิทาน หรือการพูดคุยสะท้อนอารมณ์กับพ่อแม่บ่อยๆ ชีวิตจริงเด็กจะมีอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น เด็กจะรู้สึกผ่อนคลายและกล้าแสดงออก อาการโวยวาย เรียกร้อง และอยากเอาชนะต่อต้านพ่อแม่จะลดน้อยลง การกำกับควบคุมอารมณ์จะทำได้ดีขึ้น

เข้าใจสมองเด็กปฐมวัย

“อยากให้เด็กฉลาดอยากให้เด็กมีความพร้อมเข้าสู่การเรียน ให้เด็กเล่นกับเพื่อนเยอะๆ ลงมือทำเยอะๆ ฟังนิทานบ่อยๆ”

เล่นให้หลากหลาย

เล่นเคลื่อนไหว ปีนป่าย ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ทำงานศิลปะ สิ่งประดิษฐ์ เล่นไม้บล็อก สร้างเป็นประสาท เล่นทราย เล่นสมมุติจินตนาการกับเพื่อน เล่นเกมที่มีกฎ กติกา เช่น เล่นแป๊ะแข็ง ตี่จับ มอญซ่อนผ้า เกมกระดาน เช่น งูตกกระได เล่นเกมเศรษฐี หมากฮอส

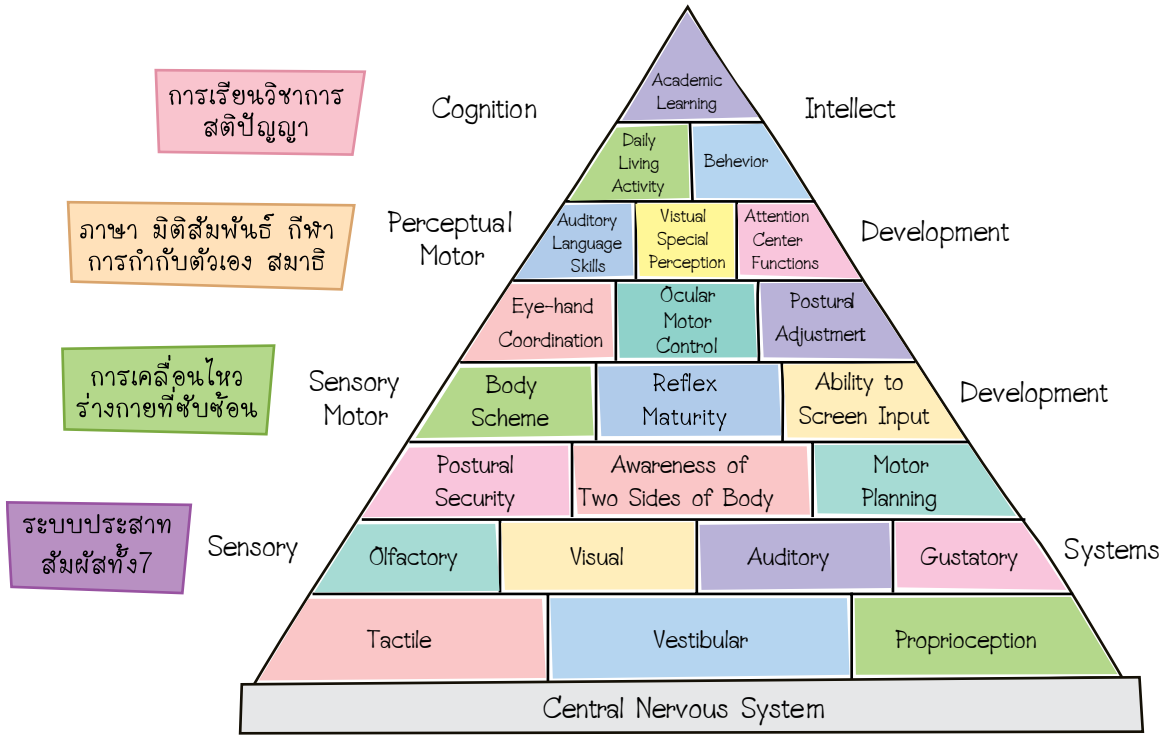
เล่นกับเพื่อนเยอะๆ

ทะเลาะกันบ้าง โต้เถียงกันบ้าง โม้อวดกันบ้าง แกล้งกันบ้าง แบ่งปันกัน ให้อภัยกัน ทั้งหมดเป็นทักษะชีวิตที่จำเป็น

ลงมือทำเยอะๆ

เด็กเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ ผ่านการใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด ลองผิดลองถูก รู้จักปรับเปลี่ยน แก้ปัญหา ให้เด็กช่วยทำงานบ้าน ช่วยทำอาหาร ช่วยรดน้ำต้นไม้ ช่วยปลูกต้นไม้ ทั้งหมดเป็นการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำในชีวิตประจำวัน

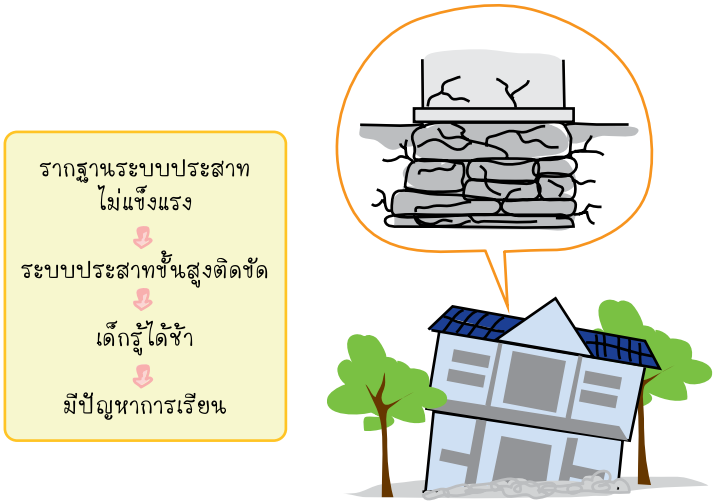
ทำไมการเรียนรู้ผ่านการเล่นจึงเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นชั้นประถม ?
ทำไมจึงไม่ควรเน้นการเรียนวิชาการในเด็กเล็ก ?



* ดัดแปลงมาจาก Pyramid of Learning. (Williams & Shellenberger, 1-4)

สมองมีลำดับขั้นของการพัฒนา เริ่มจากการพัฒนาระบบประสาทสัมผัสทั้ง 7 (การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การลิ้มรส การกอดสัมผัส การทรงตัว การเคลื่อนไหวง่ายๆ) ต่อมาคือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ซับซ้อนขึ้น (เช่น ปีนป่าย ตีลังกา โยนรับบอล ตีตบแปะ กระโดดเชือก) ต่อมาเป็นการทำงานของสมองขั้นสูงที่ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ การใช้ภาษา ความเข้าใจสิ่งรอบตัว การมีสมาธิจดจ่อ ความสามารถในการกำกับตัวเอง การเล่นกีฬา เมื่อเด็กมีรากฐานของการใช้ประสาทสัมผัส การใช้ร่างกาย การใช้ภาษาพูดคุยสนทนาที่คล่องแคล่วแล้ว สมองจึงจะมีโครงสร้างที่พร้อมจะต่อยอดไปสู่การเรียนรู้วิชาการและสติปัญญาขั้นสูงต่อไปได้

เด็กปฐมวัยที่ขาดโอกาสในการเรียนรู้ผ่านการเล่น การใช้ประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว การพูดคุย ฟังนิทาน เล่นสมมุติ จินตนาการกับเพื่อน ระบบประสาทจะเปราะบาง ไม่พร้อมไปสู่การคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้วิชาการขั้นสูง โดยมักพบว่าเด็กจะมีปัญหาการเรียนเมื่อเข้าสู่วัยประถม



รากฐานไม่แข็งแรง ไม่สามารถสร้างบ้านที่สูงขึ้นไปได้

ถ้ามุ่งเน้นให้เด็กเรียนแบบท่องจำ ทำซ้ำๆ ตั้งแต่ช่วงปฐมวัย จะเกิดอะไรขึ้น

การสอดแทรกการเรียน เขียน อ่าน ในเด็กเล็กไม่ใช่สิ่งผิด แต่การมุ่งเน้นจัดการเรียนการสอนในระดับชั้นปฐมวัยที่มีเป้าหมายและผลลัพธ์เพื่อให้เด็กอ่านออกเขียนได้ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ถูกต้อง ไม่ถูกหลักการพัฒนาสมอง และไม่ถูกหลักการเรียนรู้ของเด็กเล็ก

ปัญหาที่พบตามมาเมื่อโรงเรียนอนุบาลมุ่งเน้นการเรียนแบบท่องจำให้เด็กอ่านออกเขียนได้ คือ

1. สมองของเด็กได้รับการปลูกฝังที่จะไม่รักการเรียน เด็กไม่สนุกกับการเรียนรู้ เป็นการทำลายธรรมชาติของเด็กที่ช่างสงสัย อยากเรียนรู้โลก เด็กที่ถูกบังคับให้เรียนจะไม่ชอบการเรียน พ่อแม่จะพบปัญหาว่าต้องคอยสั่ง กำกับให้ลูกอ่านเขียนเรียนหนังสือไปจนโต

2. เด็กที่ถูกบังคับให้เรียน เขียนอ่านตั้งแต่เล็ก มีแนวโน้มจะเข้าหาความสุขแบบด่วนได้ ความสุขแบบไม่ต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อน ไม่ต้องใช้ความพยายาม เช่น การเล่นเกม การดูทีวี

3. เด็กที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเขียนอ่าน และขาดโอกาสในการเล่น ขาดโอกาสในการใช้ประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว โครงสร้างของสมองจะไม่พร้อมกับการเรียนรู้ขั้นสูง เด็กหลายคนจะพบปัญหาการเรียนเมื่อเข้าสู่วัยประถมปลาย

ธรรมชาติของเด็กปฐมวัยกับการพัฒนาสมองส่วน Executive Function

Executive function คือ การทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า เป็นสมองส่วนบริหารจัดการ เป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่กำกับควบคุม วางแผน สั่งการการทำงาน จึงเป็นเหมือนผู้จัดการ มีหน้าที่สำคัญ ดังนี้

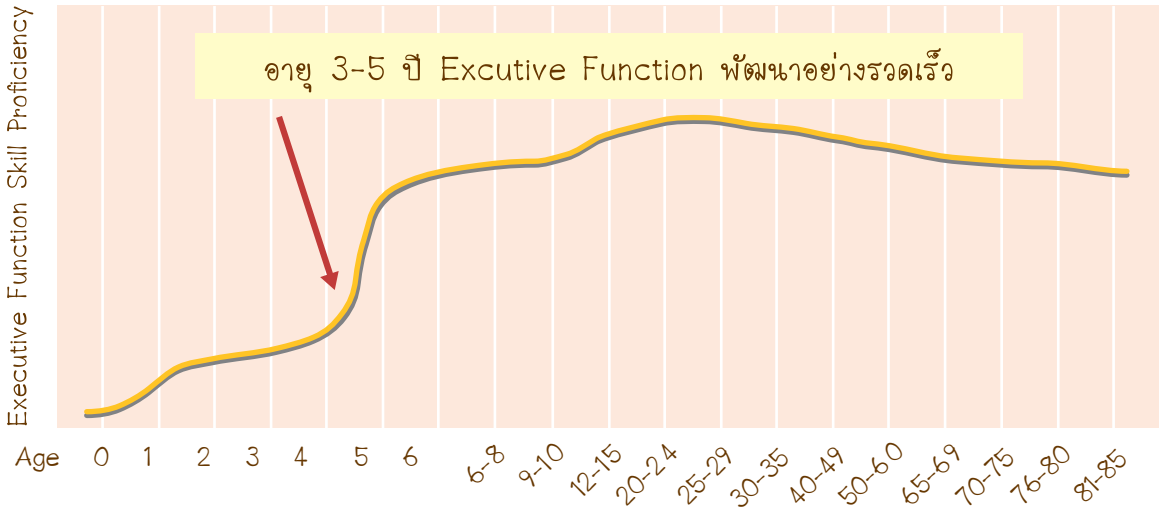
- ความจำ
- การควบคุมตัวเอง หรือการยับยั้งชั่งใจ
- การวางแผน/แก้ปัญหา/ตัดสินใจ
- ความยืดหยุ่น

เด็กปฐมวัยที่มีการพัฒนาสมองส่วน Executive function จะเป็นเด็กที่มีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยเรียน ความสามารถที่สำคัญ คือ ความสามารถในการกำกับตัวเอง กำกับตัวเองให้จดจ่ออยู่กับงานที่ทำ ไม่วอกแวกกับสิ่งเร้ารอบตัว กำกับตัวเอง ให้รอคอย ยับยั้งความอยาก สามารถจดจำ ลงมือทำงานที่มีความ ซับซ้อนหลายขั้นตอนได้ สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไข ยืดหยุ่น ตัดสินใจหาทางออกใหม่ๆ ให้กับงานที่ทำ

> *“น้องพลอย อายุ 4 ปี กำลังนั่งกินข้าวกับคุณพ่อ คุณแม่ เมื่อกินข้าวเสร็จคุณตาเปิดทีวีช่องการ์ตูนเสียงดัง น้องพลอยรีบวิ่งไปที่หน้าจอทีวี ตื่นเต้นกับการ์ตูนเรื่องโปรด แต่ก็นึกขึ้นได้ว่ายังไม่ได้เก็บจานที่โต๊ะ น้องพลอยรีบวิ่งเร็วจี๋ กลับมายกจานข้าวไปเก็บในครัว แล้วรีบล้างจานต่อให้เสร็จ เปิดก๊อกน้ำ กดสบู่ใส่ฟองน้ำ บังเอิญสบู่หมด น้องพลอยตะโกนเรียกคุณแม่ “แม่ขาสบู่หมดแล้วค่ะ” คุณแม่เดินมาหยิบเอาสบู่ล้างจานขวดใหม่ให้น้องพลอย น้องพลอยรีบทำงานต่อ กดสบู่ใส่ฟองน้ำ เอาฟองน้ำมาเช็ดที่จานให้ทั่ว เปิดก๊อกน้ำ ล้างจานทีละใบ แก้วทีละใบ ล้างฟองสบู่ออกให้หมด เอาแก้วไปคว่ำ เอาจานไปคว่ำ น้องพลอยทำอย่างรวดเร็ว แล้วรีบวิ่งกลับมานั่งดูทีวีต่อ”*

กระบวนการทั้งหมดเป็นความสามารถของสมองส่วน Executive function แบบง่ายๆ เบื้องต้น ที่เริ่มพัฒนาในตัวน้องพลอย น้องพลอยสามารถกำกับตัวเอง ยับยั้งตัวเองที่อยากดูทีวีมากๆ แต่ตัดสินใจเลือกที่จะกลับมาทำงานให้เสร็จ น้องพลอยสามารถจดจำขั้นตอนการล้างจาน และจดจ่อกับการลงมือทำงาน เป็นขั้นตอนได้จนเสร็จแม้จะมีเสียงทีวีดังอยู่ และเมื่อพบปัญหาคือสบู่หมด น้องพลอยก็ปรับเปลี่ยนแก้ปัญหาได้ แม้การแก้ปัญหาจะเป็นแบบเด็กๆ ตามวัย คือ ใช้วิธีตะโกนขอความช่วยเหลือจากแม่ แต่ก็แสดงถึงความสามารถของสมองในการพยายามแก้ปัญหาเพื่อให้งานที่ทำอยู่สำเร็จลงได้

Excutive Function Skill Build Throughout Childhood and Adolescence



Building the Brain's... Executive Function,
Center on the Developing Child, Harvaed University, 2011

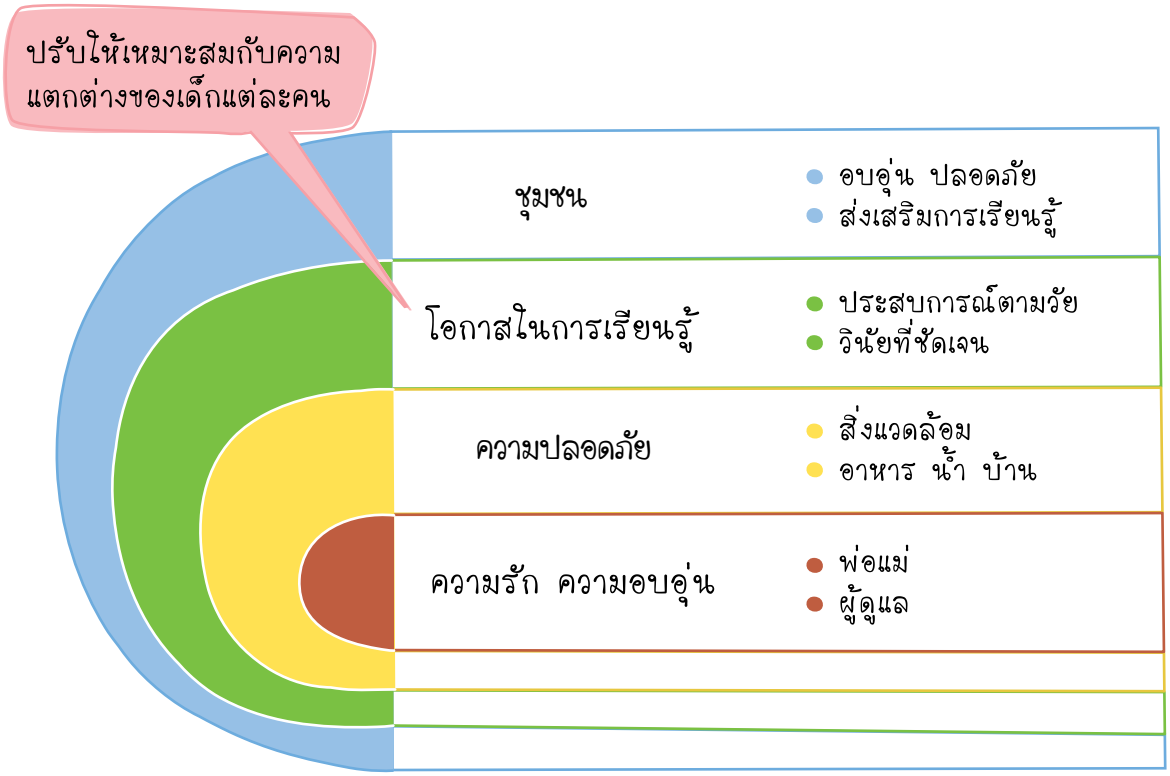
จากกราฟจะเห็นว่า สมองส่วน Executive function มีความพร้อมในการพัฒนาได้อย่างรวดเร็วมากในช่วงอายุ 3-5 ปี หมายความว่า สมองมีความพร้อมที่จะพัฒนา แต่จะพัฒนาได้มากเพียงใด ขึ้นกับโอกาส ประสบการณ์ที่เด็กแต่ละคนได้รับ

ถ้าเด็กปฐมวัยได้รับโอกาส ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมที่ฝึกฝน ท้าทาย ให้เด็กรู้จักการคิดวางแผนง่ายๆ ตามวัย ฝึกตัวเองในการจดจ่อในการทำงานจนเสร็จ ครูเปิดโอกาสให้เด็กได้คิดแก้ปัญหาจากการเล่น หรืองานที่ทำ กิจกรรมการเล่นหรือการทำงานมีขั้นตอนที่ท้าทายเหมาะสมกับวัย ก็จะเป็นโอกาสในการพัฒนาสมองส่วน Executive function เพิ่มขึ้น

ในเด็กเล็กๆ การกำกับตัวเองหรือแรงจูงใจอาจเริ่มต้นจากภายนอกก่อน เช่น ได้รับขนมเป็นรางวัล หรืออนุญาตให้ดูทีวีได้เมื่อทำงานเสร็จ เมื่อเด็กทำงานบ้านนั้นๆ ได้จนคล่องแคล่ว เป็นกิจวัตร

แล้ว พ่อแม่ ครู ก็อาจค่อยๆ เปลี่ยนจากแรงจูงใจภายนอก เป็นรางวัลจากความรู้สึกภาคภูมิใจในความรับผิดชอบ การรู้หน้าที่ด้วยตัวเอง ซึ่งพบว่าเด็กจะสามารถมีแรงจูงใจ กำกับตัวเองในการทำงานยากให้เสร็จได้ด้วยตัวเอง เมื่อเด็กเข้าสู่วัยประถมไปแล้ว

เข้าใจความต้องการของเด็ก



ความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างเหมาะสม

ภายใต้สังคมที่มีความเปลี่ยนแปลงมาก มีอุปกรณ์เทคโนโลยีใหม่ๆ องค์ความรู้ใหม่ๆ และแนวทางการพัฒนาเด็กด้วยวิธีการใหม่ๆ พ่อแม่ ครู ผู้ดูแลเด็ก อาจรู้สึกสับสนว่าควรดูแลเด็กปฐมวัยอย่างไรให้ดีที่สุด การกลับมามองที่ตัวเด็ก สิ่งที่เด็กทุกคนต้องการคืออะไร อะไรคือปัจจัยที่ทำให้เด็กเติบโตได้อย่างมีความสุข คำถามพื้นฐานนี้จะช่วยให้พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก มั่นใจในเส้นทางของการดูแลเด็กปฐมวัยมากขึ้น

Dr. Berry Brazelton และ Dr. Stanley Greenspan ได้ร่วมกันเขียนหนังสือเรื่อง The Irreducible Needs of Children ได้สรุปความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้เด็กเติบโตและพัฒนาอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ความต้องการความรัก ความอบอุ่นจากพ่อแม่ ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
2. ความต้องการความคุ้มครอง ความปลอดภัย มีอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและพอเพียง
3. ความต้องการประสบการณ์ที่เหมาะสมกับวัย
4. ความต้องการโอกาสในการเรียนรู้ที่ปรับให้เหมาะกับความแตกต่างของเด็กแต่ละคน
5. ความต้องการกรอบ วินัย และความคาดหวังที่ชัดเจน
6. ความต้องการสังคมที่อบอุ่น ปลอดภัยและส่งเสริมการเรียนรู้

ครูนุ่นเป็นพี่เลี้ยง ผู้ดูแลเด็กประจำสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าแห่งหนึ่ง ครูนุ่นรับผิดชอบดูแลเด็ก 6 คน เด็กแต่ละคนมีประวัติการถูกทอดทิ้ง การได้รับความรุนแรงที่แตกต่างกัน เด็กเกือบทุกคนมีปัญหาทั้งทางจิตใจและพัฒนาการ เมื่อครูนุ่นเข้ามาทำงานใหม่ๆ ครูนุ่นแทบจะต้องขอลาออกไปตั้งแต่สัปดาห์แรก เด็กแต่ละคนมีพฤติกรรมที่รุนแรง ชอบทะเลาะกัน แย่งของกัน ตีกันบ้าง บางคนก็ดูเงียบๆ ชอบนั่งเล่นคนเดียว หลายคนไม่ค่อยนิ่ง และเด็กเกือบทุกคนไม่ค่อยใช้ภาษาพูด มักจะแสดงออกด้วยการตี หยิก กัด หรือทะเลาะกัน

ครูนุ่นเชื่อว่าการให้ความรัก ความอบอุ่นกับเด็ก น่าจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาเด็ก ครูนุ่นเลือกที่จะทำสถานรับเลี้ยงเด็กนี้ให้เป็นเหมือนบ้านหลังที่สองของเด็กๆ เวลากินอาหารเย็น ครูนุ่นจะไม่เหมือนครูคนอื่นๆ ที่เป็นผู้คอยสั่ง ตรวจตรา ให้เด็กกิน ครูนุ่นพยายามให้เหมือนบ้าน ด้วยการร่วมโต๊ะกินข้าวกับเด็กๆ พยายามชวนเด็กๆ คุย ชวนกันเล่าว่าวันนี้ใครทำอะไร เมื่อถึงเวลาก่อนนอนครูนุ่นพยายามปลูกฝังสิ่งดีๆ ในตัวเด็ก ครูนุ่นให้เด็กๆ ผลัดกันบอกเล่าความดีของตัวเองให้เพื่อนๆ ฟัง ครูนุ่นเล่านิทานให้เด็กๆ ฟัง ครูนุ่นกอดเด็กทุกๆ คน จากนั้นก็ชวนกันสวดมนต์ เด็กๆ ทุกคนจะเวียนกันมานอนข้างๆ ครูนุ่น เด็กๆ ทุกคนอยากนอนข้างๆ ครูนุ่น การได้นอนข้างๆ ครูนุ่นถือเป็นของขวัญสำคัญที่เด็กๆ ทุกคนแย่งกัน ถ้าวันไหนเด็กคนไหนทำสิ่งที่ดีช่วยเหลือเพื่อนก็จะได้รับรางวัล คือได้นอนข้างๆ ครูนุ่น

เวลาเด็กมีปัญหาทะเลาะกัน ตีกัน ครูนุ่นจะมีกรอบและระเบียบวินัยของการอยู่ร่วมกันที่ชัดเจน เด็กที่ตีเพื่อน ทำร้ายเพื่อน จะถูกทำโทษ ไม่ว่าเหตุการณ์นั้นใครจะถูก หรือใครจะผิด

เวลาผ่านไป 1 ปี ครูนุ่นพบว่าเด็กๆ มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นมาก ไม่ค่อยทะเลาะกัน เด็กๆ ใช้ภาษาพูดต่อรอง โต้เถียงกันได้มากขึ้น การมีกรอบ กฎเกณฑ์ที่ชัดเจนก็ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ว่าอะไรควรทำอะไรไม่ควรทำ การอยู่ร่วมกันก็ง่ายขึ้น เด็กๆ ได้รับความอบอุ่น และเริ่มสัมผัสได้ถึงความปลอดภัยในการอยู่ร่วมกัน เด็กๆ มีความพร้อมที่จะเติบโตและพัฒนาต่อไป

บทสรุปธรรมชาติของเด็ก

การพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นองค์รวม เริ่มต้นจากความเข้าใจพื้นฐานเรื่อง ธรรมชาติและความต้องการของเด็ก องค์ความรู้และแนวคิดที่สำคัญ คือ

1) เด็กทุกคนแตกต่างกันตามลักษณะพื้นอารมณ์ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับพื้นอารมณ์ของเด็กแต่ละคนมีความสำคัญ

2) โลกภายในความคิด ความรู้สึกของเด็ก

- พัฒนาการที่สำคัญในช่วงปฐมวัย คือ การเริ่มเป็นตัวของตัวเอง (พลังตัวตน) และความสามารถในการคิด จินตนาการ
- พลังตัวตนเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก ที่เห็นคุณค่าและความสำคัญของพลังตัวตน จะสามารถนำพาและพัฒนาเด็กปฐมวัยได้อย่างยั่งยืน

3) ลำดับขั้นการพัฒนาสมองของเด็ก เริ่มต้นจากการพัฒนาระบบประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว เด็กที่ไม่ได้รับประสบการณ์ผ่านการเล่น การใช้ประสาทสัมผัส การลงมือทำ ระบบประสาทจะเปราะบาง ไม่พร้อมต่อการเรียนรู้ขั้นสูง

4) ความต้องการพื้นฐานของเด็ก การกลับมามองความต้องการของเด็ก กลับมาย้อนถามตัวเองอีกครั้งว่า อะไรคือสิ่งที่เด็กต้องการ จะช่วยให้พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก มั่นใจในเส้นทางการดูแลเด็กปฐมวัยมากขึ้น

การมีความรู้พื้นฐานทั้งหมดเหล่านี้ช่วยให้พ่อแม่ ครู/ผู้ดูแลเด็ก เข้าใจเด็กปฐมวัยในหลากหลายมิติ สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนการสอน เพื่อการพัฒนาเด็กอย่างยั่งยืน โดยมุ่งหวังให้ครู/ผู้ดูแลเด็ก สามารถทำงานกับเด็กได้อย่างมีความสุข

อ้างอิง

1. Brazelton T, Greeenspan S. The Irreducible Needs of Children: What Every Child Must Have to Grow Learn and Flourish. New York: Harper Collins Publishers; 2000.

2. Brazelton T, Sparrow J. Mastering Anger & Aggression, The Brazelton Way. Massachusetts: DA Capo Press; 2005.

3. Brazelton T, Sparrow J. Touchpoints Birth to Three, Your child's Emotional and Behavioral Development, 2nd edi. Massachusetts: DA Capo Press; 2006.

4. Brazelton T, Sparrow J. Touchpoints Three to Six, Your child's Emotional and Behavioral Development, 2nd edi. Massachusetts: DA Capo Press; 2002.

5. Trozzi M, Dixon S. Eight to Nine Months: Exploring and Clinging. In: Dixon SD, Stein MT editors: Encounters with Children: Pediatric Behavioral and Development, 4th ed. St Louise: Mosby Year Boo; 2006. P. 293-301.

6. Wieder SK, B. Educational Guidelines for Preschool Children with Disorders in Relating and Communicating. Clinical Practice Guidelines: Redefining the standard of care for infants, children, and families with special needs: ICDL; 2000.

7. Greenspan SW, S. The Challenging Child, Understanding, Raising, and Enjoying the Five "Difficult" Types of Children. Massachusetts: DA Capo Press; 1995.

8. Greenspan J, Greenspan S. Emotional learning styles: A Guide for Parents, Clinician, Educators, and Mentors. The Floortime Center. 2012

9. Greenspan SW, S. The Secure Child: Helping our Children Feel Safe and Confident in a Changing World. Massachusetts: DA Capo Press; 2003.

10. Greenspan SW, S. Playground Politics, Understanding the Emotional Life of Your School-Age Child. Massachusetts: DA Capo Press; 1993.

11. Dacey J. Travers J. Fiore L. Psychosocial Development in Early Childhood. In: Human Development across Lifespan, 7th edi. Singapore. 2009
12. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ. การฝึกกระตุ้นพัฒนาการตามแนวคิด DIR/ฟลอร์ไทม์. ใน : ทิพวรรณ หรรษะคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ชาคริยา ธีรเนตร, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 2554
13. กุลยา ตันติผลาชีวะ. ใจลูกสุขที่สร้างได้. กรุงเทพ: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮาส์; 2552.
14. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. ออกแบบสมองลูกให้เป็นเลิศ. กรุงเทพ. Than Books: 2551
15. จอห์น บี.ทอมสัน, ทิม คาน และคณะ. วิศิษฐ์ วังวิญญู แปล. เด็กตามธรรมชาติ คู่มือดูแลและส่งเสริมศักยภาพเด็กในเจ็ดปีแรก. กรุงเทพ. สวนเงินมีนา. 2551
16. Center on the Developing Child at Harvard University. Building th Brain's "Air Traffic Control" system: How Early Experiences Shape the Development of the Executive Function: Working Paper No. 11. www.developingchild.harvard.edu. 2011
17. National Scientific Council on the Developing Child. Young children develop in an environment of relationships. Working Paper No. 1. www.developingchild.net. 2004
18. National Scientific Council on the Developing Child. Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains: Working Paper No. 2. www.developingchild.net. 2004
19. National Scientific Council on the Developing Child. The Science of Early Childhood Development. www.developingchild.net. 2007.
20. Williams, S.M., & Shellenberger, S. How does your engine run? Leader's guide to the alert program for self regulation. TherapyWorks Inc. Albuquerque.1996.

บทบาทของครอบครัวในการเลี้ยงดูลูกในศตวรรษที่ 21

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

บทบาทของครอบครัวในการเลี้ยงดูลูกในศตวรรษที่ 21

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

สถานการณ์ของครอบครัว

ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวมีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยในขณะนี้ร้อยละ 10 ของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เป็นครอบครัวเดี่ยวประเภทที่แม่เป็นผู้ปกครองเพียงคนเดียว และอีกร้อยละ 30 เด็กวัยรุ่นต้องใช้ชีวิตตามลำพัง สภาพครอบครัวของเด็ก 0-5 ปีที่พ่อแม่ยังอยู่ด้วยกัน มีร้อยละ 85.5 แยกกันอยู่ หย่าร้าง หรือเป็นหม้าย ร้อยละ 14.0 แนวโน้มพ่อแม่วัยรุ่นที่หย่าร้างมีเพิ่มมากขึ้น และพ่อแม่มีการหย่าร้างมากขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น ปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในครอบครัว คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทะเลาะหย่าร้างหรือแยกทางกัน และปัญหาการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี แม่เป็นผู้ดูแลเป็นหลัก ร้อยละ 66.0 การสำรวจสภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ในปี 2542 รายงานว่าเด็กปฐมวัยได้รับการดูแลโดยแม่หรือพ่อในตอนกลางวัน ร้อยละ 54.8 ปู่ย่าตายายเลี้ยงแทนพ่อแม่ร้อยละ 23.4 ถูกนำไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นการดูแลโดยญาติหรือคนอื่นๆ รายงานของกรมประชาสงเคราะห์ในปี 2538 พบว่าพ่อแม่ต้องแยกกันอยู่นานมากกว่า 3 เดือนถึงร้อยละ 16.8 ทำให้แม่หรือปู่ย่าตายายต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กตามลำพังมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าเด็กอยู่กับญาติหรืออยู่กันเองพี่น้องไม่มีญาติอยู่ด้วยร้อยละ 8.2 รายงานการสำรวจสุขภาพองค์รวมของเด็กในปี 2546 กล่าวว่าถ้าผู้เลี้ยงเป็นย่ายาย มักไม่เข้มงวดกับเด็ก นอกจากนี้วิธีการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กเน้นการเลี้ยงดูด้านกายเป็นหลัก และส่วนใหญ่

เปิดทีวีให้เด็กดู เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.7) ได้ดูทีวี โดยเฉลี่ยเด็กดูทีวีวันละ 1.9 ชั่วโมง เด็กเมืองดูทีวีมากกว่าเด็กชนบท และเด็ก กทม. ใช้เวลาดูทีวีมากที่สุด เฉลี่ยถึงวันละ 2.1 ชั่วโมง

นอกจากครอบครัวซึ่งมีปัญหาและโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมของเยาวชน แม้แต่ครอบครัวปกติก็กำลังประสบปัญหามากพอควร มีการแก่งแย่งแข่งขันกันสูงขึ้นโดยเฉพาะในชุมชนเมือง ต่างคนต่างสร้างกำแพงทางจิตใจสูงขึ้น ครอบครัวต่างรู้จักกันน้อยลง เด็กและเยาวชนก็ตกอยู่ในสภาพเดียวกัน ถูกเร่งรัดทางการเรียนสูงขึ้น สารพัดกวดวิชาติวเข้ม จนหมดความเป็นเด็ก เรียนเหมือนหุ่นยนต์ วิถีชีวิตความเป็นธรรมชาติกำลังหายไปเพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ผลของการเรียน เด็กเกิดความเครียดตั้งแต่เล็ก และถูกหล่อหลอมให้เรียนรู้ให้เอาชนะผู้อื่นให้มากที่สุด เด็กและเยาวชนจึงถูกแบ่งเป็นสองขั้ว ที่อันตรายอย่างยิ่งกล่าวคือ เด็กและเยาวชนที่ประสบความสำเร็จทางการเรียนถูกกำหนดโดยสังคมว่า **“เป็นเด็กดี”** ในขณะที่เด็กและเยาวชนที่ไม่ประสบความสำเร็จทางการเรียนถูกกำหนดโดยสังคมว่า **“เป็นเด็กมีปัญหา”**

การเลี้ยงลูกของครอบครัวเพื่อให้ประสบความสำเร็จเติบโตมาเป็นคนดี ฉลาด รู้เท่าทัน มีทักษะชีวิตและจิตสำนึกที่ดีนั้น หากวิเคราะห์ตามกระบวนการและโอกาสในการเลี้ยงดู มีประเด็นท้าทายตามสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ 3 ประเด็น คือ โครงสร้างครอบครัว คุณลักษณะของพ่อแม่ และวิธีการในการเลี้ยงดูที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ

ประเด็นที่ 1 ความท้าทายอันเนื่องมาจาก โครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนไป

ครอบครัวโครงสร้างตามสภาวะปกติ และครอบครัวมีปัญหาเชิงโครงสร้าง

1. ครอบครัวโครงสร้างสภาวะปกติซึ่งรวมถึงครอบครัวขยาย และครอบครัวขนาดเล็ก สังคมที่มีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวขนาดเล็กลงเรื่อยๆ

2. ครอบครัวที่มีปัญหาเชิงโครงสร้างผิดปกติ เช่น พ่อแม่หย่าร้าง พ่อหรือแม่เลี้ยงคนเดียว อยู่คนเดียว หรือครอบครัวแหว่งกลางที่เกิดจากปู่ย่าตายาย เลี้ยงหลานแทนพ่อแม่ เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 ความท้าทายอันเนื่องมาจาก คุณลักษณะของพ่อแม่ในการดูแลเด็กและเยาวชนของพ่อแม่ที่ไม่สมบูรณ์

คุณลักษณะทั้งหมด 5 แบบ ดังนี้

1. พ่อแม่ที่ขาดความรู้ (Parent lack of knowledge) โดยเฉพาะจิตวิทยาพัฒนาการที่ไม่ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก

2. พ่อแม่ที่แม้มีความรู้แต่ขาดทักษะในการเลี้ยงลูก (Parent lack of skill) มีความรู้แต่ปฏิบัติไม่ถูก มักพบเห็นในครอบครัวขนาดเล็ก ลูกคนเดียวและอยู่ในตัวเมืองโดยส่วนใหญ่

3. พ่อแม่ที่ขาดโอกาสในการเลี้ยงลูกเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ (Parent Contextual constraints) ทำให้มีเวลาเลี้ยงลดลงหรือแทบไม่มีเลย เช่น พ่อแม่หย่าร้าง เสียชีวิต หรือสภาวะยากลำบากอย่างรุนแรง

4. พ่อแม่ที่ไม่สนใจในการเลี้ยงลูก (Parent lack of concern) ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม หรือหนีปัญหา รักความสบาย ฝากผู้อื่นหรือคนในสังคมช่วยเลี้ยงลูกโดยที่ขาดแม้กระทั่งการติดตามเป็นต้น

5. พ่อแม่ขาดความสามารถในการเลี้ยงลูกอย่างสิ้นเชิง (Parents lack of capacity) เช่น พ่อแม่ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เจ็บป่วยหรือติดยาเสพติดใช้ความรุนแรงหรือแม้แต่ติดคุก ทำให้มีปัญหาในการเลี้ยงดู

ประเด็นที่ 3 ความท้าทายอันเนื่องมาจาก
วิธีการเลี้ยงลูกที่ไม่ทันยุคทันสมัยแห่งการเปลี่ยนแปลง

มี 3 รูปแบบ ดังนี้

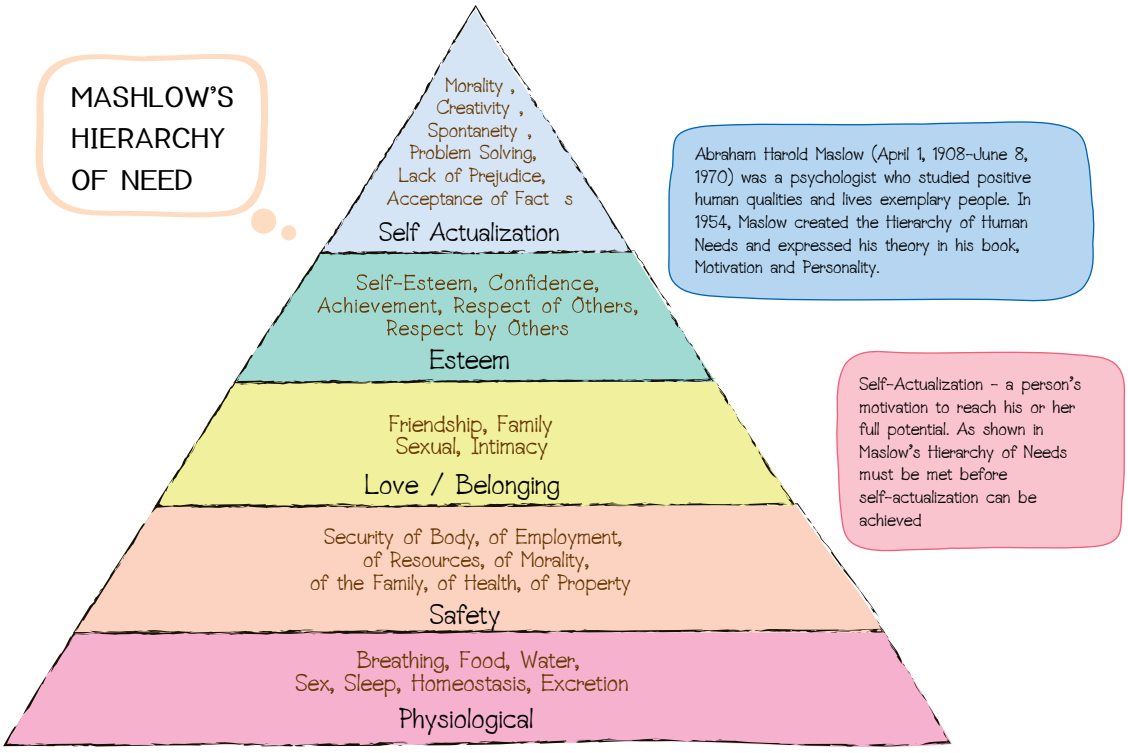
1. ครอบครัวที่เลี้ยงลูกโดยรูปแบบการมีส่วนร่วม (Authoritative) ครอบครัวมีกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพ่อแม่ลูก มีกฎเกณฑ์กติกาที่เหมาะสมปฏิบัติได้และการติดตาม

2. ครอบครัวที่เลี้ยงลูกโดยที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ (Authoritarian) ในประเด็นที่สำคัญทั้งหมด กฎเกณฑ์กติกาที่ผู้ใหญ่วางไว้โดยเฉพาะจากหัวหน้าครอบครัวที่สมาชิกต้องเคร่งครัดและปฏิบัติตาม

3. ครอบครัวที่เลี้ยงลูกแบบอิสระเสรี (Permissiveness) ไม่มีกฎเกณฑ์กติกาใดๆ อยู่กันแบบสบายๆ ติดตามห่างๆ หรือบางทีไม่ได้ติดตามเลย

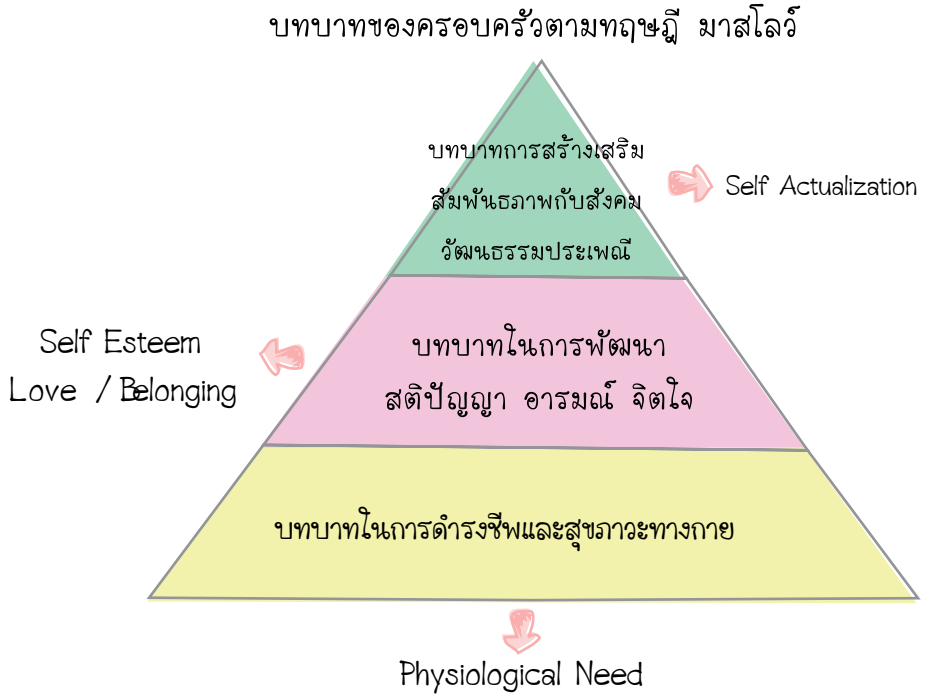
ผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนต่อสถานการณ์ครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง

ครอบครัวจัดเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด และมีผลกระทบต่อลูกมากที่สุด ฉะนั้นทั้งโครงสร้างของครอบครัว คุณลักษณะของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และวิธีการในการเลี้ยงลูกย่อมมีความหมายในการพัฒนาลูกหลานทั้งสิ้น หากวิเคราะห์โดยยึดเอาหลักความต้องการของมนุษย์ ตามทฤษฎีมาสโลว์มาเป็นตัวตั้ง จะทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนเป็นผู้ใหญ่ได้เป็นรูปธรรม



รูปภาพที่ 1 *แสดงทฤษฎีพัฒนาการมนุษย์ของ Abraham Maslow ว่าด้วยพัฒนาการความต้องการของมนุษย์จากบันไดขั้นแรก ขั้นพื้นฐานกล่าวคือความจำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ขั้นต่อไปคือความอบอุ่นและปลอดภัย ที่ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต สู่ขั้นต่อไปคือความรัก สัมพันธภาพ และขั้นต่อไปคือการพัฒนาตนเองจนประสบความสำเร็จและภาคภูมิใจ สู่บันไดขั้นสุดท้ายในวงจรชีวิตคือการเป็นที่ยอมรับในสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่*

บทบาทหลักของครอบครัวตามทฤษฎีพัฒนาการมนุษย์ของมาสโลว์ ทำให้แบ่งหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวเพื่อตอบสนองตามความต้องการของมนุษย์โดยสรุป ดังนี้



รูปภาพที่ 2 *แสดงบทบาทของครอบครัวตามทฤษฎีพัฒนาการมนุษย์ของมาสโลว์ โดยเปรียบเทียบขั้นแรกและขั้นที่ 2 ของความต้องการด้านกายภาพและความปลอดภัย (Physiological and safety) เป็นบทบาทเสริมสร้างด้านกายภาพของครอบครัว ส่วนขั้นที่ 3, 4 ของความต้องการด้านความมั่นคงทางจิตใจ (Love/ Belonging and Self esteem) เป็นบทบาทของครอบครัวในขั้นที่สองคือ บทบาทในขั้นการพัฒนาสติปัญญา อารมณ์และจิตใจของสมาชิก สำหรับขั้นสุดท้ายตามทฤษฎีมาสโลว์ คือ เป็นบทบาทในการสร้างเสริมสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมในสังคม (Self Actualization)*

โดยสรุป บทบาทที่สำคัญของครอบครัวเพื่อพัฒนาลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวตามทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ แบ่งลำดับสำคัญๆ ไว้ 3 บทบาทดังนี้

(1) บทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดในการดำรงชีวิตด้วยปัจจัย 4 (อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการรักษาสุขภาพ)

(2) บทบาทในการพัฒนาสติปัญญา อารมณ์ และจิตวิญญาณของสมาชิก ให้สมาชิกมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมเพื่อนำมาใช้ประกอบสัมมาชีพ

(3) บทบาทในการสร้างเสริมสัมพันธภาพ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีที่ดีงามเพื่ออยู่ร่วมในสังคม

ครอบครัวที่ละเลย หรือละทิ้งไม่สนใจดูแล หรือแม้แต่ครอบครัวที่ดูแลเข้มงวดมากเกินไป หรือมีให้มากเกินไป ย่อมมีผลกระทบต่อเด็กที่เป็นสมาชิกในบ้าน โดยจำแนกตามบทบาทหน้าที่ทั้ง 3 บทบาทที่มีปัญหาไว้ในตาราง ดังนี้

หน้าที่	ครอบครัวบกพร่องต่อหน้าที่	ครอบครัวเข้มงวดเกินไป
1. บทบาทในการเสริมสร้างตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต (Physical and safety needs)		
การปกป้องคุ้มครองสมาชิกในครอบครัว (Protection)	ครอบครัวขาดการปกป้อง (Violence or abuse) ละทิ้งหรือละเลย ทำให้เด็กและเยาวชนโดนทารุณกรรม หรือโดนทำร้ายร่างกายและสุขภาพจิตใจ	ครอบครัวปกป้องมากเกินเหตุ (Parental overprotection) ติดตามหรือปกป้องมากเกินไปจนขาดพื้นที่ส่วนตัว หรือแม้แต่การปกป้องจากการผิดพลาดหรือกระทำผิด
จัดการเรื่องโภชนาการ (Nutrition)	ครอบครัวไม่มีจะกิน (Underfeeding) ละทิ้งด้านโภชนาการ อาหารที่มีประโยชน์ ทำให้เด็กเกิดสภาวะขาดสารอาหาร ทุพโภชนาการ	ครอบครัวกินจนล้นเกิน (Overfeeding) ให้โภชนาการมากเกิน ไปโดยเน้นอาหารหวานมันเค็ม ไม่มีวินัยในการกิน ตามใจกันทั้งบ้าน กินเลี้ยงบ่อย
จัดหาที่อยู่อาศัย (Housing)	ครอบครัวร่อนเร่พเนจร (Homelessness) ยากจนไม่มีบ้านหรือที่พัก เร่ร่อนตามที่ต่างๆ รวมทั้งกลุ่มที่หัวหน้าครอบครัวเปลี่ยนที่ทำงาน โยกย้ายตามไปเรื่อยๆ ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	ครอบครัวหลายบ้าน (Multiple homes) มีบ้านหรือที่พักมากจนเกินไป ไม่ให้ความสนใจหรือความรักในถิ่นฐานรากเหง้า และวัฒนธรรมภูมิปัญญา
การดูแลรักษาสุขภาพ (Health and Medical care)	ครอบครัวขาดการดูแลสุขภาพ (Medical Neglect) ปล่อยปละละเลย ไม่ดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายเวลาเจ็บป่วย หรือจิตใจ	ครอบครัวดูแลสุขภาพเข้มงวดเกิน (Parental over use of Medical care) ย้ำคิดย้ำทำมาก เข้มงวดมากจนบ่อยครั้งที่ต้องลงเอยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการณ์เกินความจำเป็นเพียงเพื่อความสบายใจ

หน้าที่	ครอบครัวบกพร่องต่อหน้าที่	ครอบครัวเข้มงวดเกินไป
2. บทบาทในการพัฒนาสติปัญญา อารมณ์ และจิตวิญญาณของสมาชิก ให้สมาชิกมีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม เพื่อนำมาใช้ประกอบสัมมาชีพ (Psychological Development and Behavioral needs)		
ส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้นพัฒนาการ สมาชิก (Stimulation and support)	ครอบครัวขาดการส่งเสริมหรือกระตุ้น (Under stimulation) เพิกเฉย ไม่ยินดียินร้าย ขาดความสนใจในรายละเอียด รวมทั้งการกระตุ้นพัฒนาการของลูก ทั้งด้านสติปัญญา และอารมณ์ ขาดการให้กำลังใจ และมักเลี้ยงลูกด้วยทีวี อินเตอร์เน็ต	ครอบครัวเร่งรัดบังคับ (Overstimulation) มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หรือผลสัมฤทธิ์ด้านอื่นทุกรูปแบบที่มักจะวางกรอบให้เด็กก้าวเดินในแต่ละวัย โดยขาดการสื่อสารระหว่างกัน ระหว่างพ่อ แม่ ลูก ในเป้าหมายชีวิต
ความรัก ความอบอุ่น (Tender Loving,Warm and safe)	ครอบครัวขาดความรัก ความอบอุ่น (Over criticism Psychological abuse) ทะเลาะเบาะแว้งกันตลอดเวลา พูดจาเสียดสี เหน็บแนม จับผิด โต้เถียง ปล่อยปละละเลย ไม่แคร์ความรู้สึกที่ดีต่อกัน มักจะมีประวัติการใช้สารเสพติด	ครอบครัวสำลักความรัก (Overindulgence “spoiled child”) รักตามใจไม่อยากให้ลูกผิดหวังใดๆ ไม่อยากให้ลูกแสดงอารมณ์ความไม่พอใจใดๆ ไม่กล้าวางกรอบกติกา มักพบเห็นในครอบครัวที่ต่างวัยกับลูกมาก มีฐานะดี
การสร้างการยอมรับ บทบาท ไม่รุกล้ำ (Boundary and affection)	ครอบครัวไม่ให้การยอมรับในบทบาทและศักดิ์ศรีกัน (Inadequate affection) ถูกเลี้ยงดูมาแบบปล่อยปละละเลย ไม่สนใจซึ่งกันและกัน อยู่แบบตัวใครตัวมัน และมองลูกด้วยความอิจฉา ที่ไม่ต้องรับผิดชอบ หรือแบกรับภาระใดๆ	ครอบครัวรุกล้ำศักดิ์ศรี รักฉันท์ชู้สาว (Sexual abuse Incest) รุกล้ำจนเกิดรักข้ามรุ่น จะเกิดปรากฏการณ์รักกันฉันท์ชู้สาว ระหว่างพ่อกับลูกสาว หรือพี่ น้า อา ลุง กับหลาน หรือแม้แต่ระหว่างพี่กับน้อง

หน้าที่	ครอบครัวบกพร่องต่อหน้าที่	ครอบครัวเข้มงวดเกินไป
3. บทบาทในการสร้างเสริมสัมพันธภาพ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีที่ดีงาม เพื่ออยู่ร่วมในสังคม (Socialization)		
การอยู่ร่วมกันในบ้านและกำหนด วินัย กติกาในการอยู่ร่วมกัน (Intra familial socialization)	ครอบครัวไม่ให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมกันในบ้าน (Attenuated family relationships) พบในครอบครัวขนาดเล็ก ยากจน ที่ทุกคนทำงานอย่างเดียว ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือครอบครัวที่อยู่ห่างไกล ไร้ญาติขาดมิตร หรือปล่อยให้เด็กอยู่คนเดียว	ครอบครัวรุกล้ำพื้นที่ส่วนตัว (Parenting enmeshment) พ่อแม่กำหนดกฎเกณฑ์เอง เข้มงวดกับกติกาไม่ยืดหยุ่นและยุ่งกับทุกเรื่อง ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องไม่ส่วนตัว รุกล้ำสิทธิของลูกอยู่ตลอดเวลา
การอยู่ร่วมกันนอกบ้านและกำหนด วินัย กติกาในการเข้าหาเพื่อนชุมชนสังคม (Extra familial, community relationships)	ครอบครัวอิสระเสรีในสังคม (Boundary less families) ไร้กฎเกณฑ์ กติกาในการออกสังคม ให้อิสระเสรีที่จะเข้าออกสังคมได้ ไร้ขีดจำกัด ไร้ขอบเขต เมื่อไรอย่างไรก็ได้ ไม่มีการติดตาม สอบถามใดๆ	ครอบครัวเข้มงวดกับสังคม (Insular families) กฎเกณฑ์ กติกา เข้มงวดในการออกสังคม หวาดระแวงสังคมภายนอก อยากให้ลูกหลานอยู่แต่ในบ้าน ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ ของสังคม ชุมชน โรงเรียน หรือแม้แต่การพบปะระหว่างเพื่อนๆ ไม่ว่าจะมีเหตุผลใดๆ ก็ตาม

จากตารางดังกล่าวแสดงให้เห็นบริบทของครอบครัวในแต่ละรูปแบบตามบทบาทที่กล่าวถึง การบกพร่อง ละเลยหรือเข้มงวด ให้มากจนเกินไปย่อมส่งผลกระทบอันเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 3 บทบาท ต่อบุตรหลานแตกต่างกันไป ดังนี้

1. ผลกระทบที่เกิดจากบทบาทในการเสริมสร้างตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต (อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค)

1.1 ครอบครัวขาดการปกป้อง (Violence or abuse) ละทิ้งหรือรุนแรง โดยการละทิ้งหรือละเลย ทำให้เด็กและเยาวชนโดนทารุณ โดนทำร้ายร่างกาย และสุขภาพจิตใจ เช่น การใช้ความรุนแรงต่อร่างกาย ทารุณกรรมทางเพศ การทารุณกรรมด้วยอารมณ์ และจิตใจ ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน ปัญหาการอยู่ร่วมในสังคม มีอาการเก็บกด เครียด ซึมเศร้า แก้ปัญหาด้วยความรุนแรง เคยชินกับความรุนแรง บุคลิกภาพแปรปรวน

1.2 ครอบครัวปกป้องเกินเหตุ (Parental Overprotection) โดยการจี้ติดต่อพฤติกรรมหรือปกป้องมากเกินไปของพ่อ แม่ จะทำให้ลูกขาดความมั่นใจ ขาดความเป็นผู้นำ ขาดโอกาสในการแสดงออก เกิดความหวาดระแวง เครียด ซึมเศร้า

1.3 ครอบครัวไม่มีกิน (Underfeeding) โดยละทิ้งด้านโภชนาการ ทำให้เด็กเกิดสภาวะขาดสารอาหาร ทุพโภชนาการอย่างที่เรียกว่า Failure to thrive ร่างกายแคระแกร็น ผอมบาง ขาดสารอาหารจนเหลือแต่กระดูก หรือพุงป่องจากขาดสารอาหารประเภทโปรตีน สมองเฉื่อยชา ซึม ไม่มีชีวิตชีวา

1.4 ครอบครัวกินจนล้น (Overfeeding) โดยให้โภชนาการมากเกินไป ทำให้เด็กและเยาวชนพบอุบัติการณ์โรคอ้วนมากขึ้น ขาดวินัย ขาดความรับผิดชอบ ตามใจ หงุดหงิดง่าย

1.5 ครอบครัวร่อนเร่พเนจร (Homelessness) โดยมีการละทิ้ง หรือละเลยด้านที่อยู่อาศัย เด็กและเยาวชนเป็นเด็กเร่ร่อน ขาดความหวัง สับสน ขาดความมั่นคงในชีวิต ไม่มีเป้าหมายชีวิต เครียด ซึมเศร้า เสี่ยงต่อยาเสพติด รุนแรง มองโลกแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจ หวาดระแวงตลอดเวลา

1.6 ครอบครัวหลายบ้าน (Multiple homes or Yo-Yo, Vagabond children) คือ มีที่อยู่อาศัยมากเกินไป ทำให้เด็กและเยาวชนขาดความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมทั้งบุคคลและสถานที่ ไว้ใจคนง่ายเกินไป ขาดระเบียบในการจัดการ เด็กอาจรู้สึกบ้านเป็นกรงนกที่บินเปลี่ยนกรงไปเรื่อยๆ เกิดความวิตกกังวล ขาดแหล่งที่พึ่งทางจิตใจ ขาดความรักในถิ่นกำเนิด รากเหง้า วัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น

1.7 ครอบครัวขาดการดูแลสุขภาพ (Medical Neglect) คือ ละทิ้งหรือละเลยด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้เด็กและเยาวชนป่วยทางกายบ่อย ขาดทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง ขาดการฉีดวัคซีน หรือเมื่อป่วย เจ็บไข้ก็ขาดการดูแล จนส่งผลให้เสียชีวิตได้

1.8 ครอบครัวดูแลสุขภาพเข้มงวดเกิน (Parental over use of Medical care) เคร่งเครียดกับการดูแลสุขภาพมากจนเกิดการย้ำคิดย้ำทำ ทำให้เกิดสภาวะที่เรียกว่า Munchausen Syndrome by Proxy ซึ่งมักพบในพ่อหรือแม่ที่มีการศึกษาศึกษาค้นคว้าเอง และหวาดระแวงสงสัย ไม่ไว้วางใจ ทำให้เด็กได้รับการดูแลรักษามากเกินความจำเป็น เช่น การให้ยาแก้อักเสบ ฆ่าเชื้อพร่ำเพรื่อ การได้รับวัคซีนทุกชุดทุกแบบ การได้รับการเจาะเลือดหรือเอ็กซเรย์รูปแบบต่างๆ มากมายอย่างไม่จำเป็น ไม่มีเหตุผล เพียงเพื่อให้ผู้ปกครองสบายใจ

จากตารางดังกล่าว แสดงให้เห็นบริบทของครอบครัวในแต่ละรูปแบบตามบทบาทที่กล่าวถึง การบกพร่อง ละเลย หรือเข้มงวดให้มากจนเกินไป ย่อมส่งผลกระทบอันเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 3 บทบาท ต่อบุตรหลานแตกต่างกันไป ดังนี้

2. ผลกระทบที่เกิดจากการส่งเสริมบทบาทในการดำรงชีพด้านสติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม

2.1 ครอบครัวขาดการส่งเสริมหรือกระตุ้น (Under stimulation) เพิกเฉย ไม่ยินดียินร้าย ครอบครัวในลักษณะนี้มักมีประสบการณ์การถูกเลี้ยงดูมาในลักษณะเดียวกับขาดความสนใจในรายละเอียด รวมทั้งการกระตุ้นพัฒนาการของลูกทั้งด้านสติปัญญาและอารมณ์ มักขาดความรัก ความอบอุ่น และการให้กำลังใจ และมักเลี้ยงลูกด้วยทีวี อินเตอร์เน็ต ลูกที่เกิดมาในครอบครัวแบบนี้จะขาดความรัก ความอบอุ่นและกำลังใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกทั้งระยะสั้น และระยะยาว โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่มีภาวะซึมเศร้า หวาดระแวง ขาดความยับยั้งชั่งใจ หน้าตาไม่มีชีวิตชีวา ไม่อยากสบตา เลี้ยงไม่ค่อยโต มีปัญหาในการเรียน

2.2 ครอบครัวเร่งรัดบังคับ (Overstimulation) ครอบครัวในลักษณะนี้ออกแบบชีวิตไว้เคร่งครัดมาก (Hot-housing) มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หรือผลสัมฤทธิ์ด้านอื่นทุกรูปแบบที่มักจะวางกรอบให้เด็กก้าวเดินในแต่ละวัย โดยขาดการสื่อสารกันระหว่างพ่อ แม่ ลูก ในเป้าหมายชีวิตและพัฒนาการที่เหมาะสมแก่วัย เด็กเหล่านี้มักจะอ่อนล้าจากกรอบที่วางไว้ คิดนอกกรอบไม่เป็น แข่งขันตลอดเวลา อยากชิงดีชิงเด่น เรียนตลอดเวลา แพ้หรือผิดหวังไม่เป็น เก็บกดในอารมณ์ มองความรักผ่านความสัมฤทธิ์ผลในด้านการเรียนหรืออื่นๆ ขาดการพักผ่อนสมอง ฉะนั้นหากผิดหวังแล้วจะระเบิดอารมณ์ได้ง่ายมาก

2.3 ครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น (Over criticism Psychological abuse) ครอบครัวลักษณะนี้ทะเลาะเบาะแว้งกันตลอดเวลา พูดจาเสียดสี เหน็บแนม จับผิด โต้เถียงตลอดเวลา มักจะปล่อยปละละเลย ไม่แคร์ความรู้สึกที่ดีต่อกัน และมักมีประวัติการใช้สารเสพติด เด็กในครอบครัวแบบนี้แสดงออกได้ 2 แบบคือ เก็บกด ซึมเศร้า หวาดระแวง เรียบร้อย ขี้อาย เกาะแข้งเกาะขา ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่แสดงออก อีกแบบคือ ปล่อยอารมณ์ กรี๊ดกร๊าด อาละวาด

โต้เถียง โมโหร้าย ชอบแหกกฎระเบียบของสังคม ขาดความรับผิดชอบ และไม่พอใจในการวิพากษ์วิจารณ์ใดๆ เด็กดื้อเรียกร้องความสนใจ เด็กทั้ง 2 แบบในกลุ่มนี้ ขาดความรัก และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลพวกเขา ขาดคุณค่าในตนเอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และโรคจิต ทำงานด้วยยาก ขาดทักษะการจัดการอารมณ์

2.4 ครอบครัวสำลักความรัก (Overindulgence “spoiled child”) ครอบครัวจะเต็มไปด้วยความรักและการตามใจ ไม่อยากให้ลูกผิดหวังใดๆ ไม่อยากให้ลูกแสดงอารมณ์ความไม่พอใจใดๆ ทำให้ทุกอย่างตามความต้องการ ไม่กล้าวางกรอบกติกาใดๆ มักพบเห็นในครอบครัวที่พ่อแม่ต่างวัยกับลูกมาก มีฐานะ ทั้งด้านการเงิน สังคม เด็กในครอบครัวนี้เด็กจะถูกเลี้ยงแบบตามใจ คบกับเพื่อนยาก เพราะมักคิดว่า ตัวเองดีกว่า รวยกว่า เลิศกว่า ไร้ระเบียบ สามารถข่มขู่พ่อแม่ได้ โดยเฉพาะในที่สาธารณะ ให้พ่อแม่อาย โดยเฉพาะในเวลาที่ต้องการแล้วไม่ได้ เด็กเหล่านี้จะเห็นแก่ตัว เบื่อง่าย ไร้ระเบียบ ท้อแท้ ขาดความอดทนต่อความยากลำบาก ผิดหวังไม่เป็น ระเบิดอารมณ์ได้ง่าย

2.5 ครอบครัวไม่ให้การยอมรับในบทบาทและศักดิ์ศรีกัน (Inadequate affection) ครอบครัว ในลักษณะนี้มักถูกเลี้ยงดูมาแบบปล่อยปละละเลย ไม่สนใจซึ่งกันและกัน อยู่แบบตัวใครตัวมัน และมองลูกด้วยความอิจฉาที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือแบกรับภาระใดๆ มีผู้หาให้ในสิ่งที่ต้องการ เด็กในครอบครัวเหล่านี้มักจะขาดการกระตุ้นพัฒนาการ หงุดหงิด ขี้โมโห ขาดคุณค่าในตนเอง หนีออกจากบ้าน เร่ร่อน ติดยาเสพติด เรียกร้องความสนใจ แยกตัวเอง ขาดทักษะในการผูกมิตรกับผู้อื่น

2.6 ครอบครัวรุกล้ำศักดิ์ศรีและรักฉันท์ชู้สาว (Sexual abuse Incest) โดยปรกติครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างรุ่น ไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ และลูก หรือ พี่ ป้า น้า อา ลุง และหลาน แต่ในครอบครัวที่สำลักความผูกพัน รักข้ามรุ่น จะเกิดปรากฏการณ์รักกันฉันท์ชู้สาว ระหว่างพ่อกับลูกสาว หรือ พี่ น้า อา ลุง กับหลาน หรือแม้แต่ระหว่างพี่กับน้อง ทำให้เด็กมีลักษณะแก่แดด พูดจาหยาบคาย แสดงอาการท่าทางยั่วยวน หรือถูไถไปมากับคนหรือสิ่งของ ไม่กล้ากล่าวโทษพ่อแม่หรือญาติตนเอง ไม่อยากไปโรงเรียน อยากหนีออกจากบ้าน หวาดระแวง ขาดความไว้ใจครอบครัว

3. ผลกระทบที่เกิดจากการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัว

3.1 ครอบครัวไม่ให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมกันในบ้าน (Attenuated family relationships) แม้แต่การพบปะในหมู่ญาติพี่น้องกันเอง ซึ่งพบได้ในครอบครัวขนาดเล็ก มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวหรือครอบครัวที่อยู่ห่างไกล ไร้ญาติขาดมิตร หรือปล่อยให้เด็กอยู่คนเดียว หากอยู่ด้วยกันก็ไม่มีแม้กระทั่งพื้นที่ส่วนตัว เด็กในครอบครัวนี้จะขาดทักษะชีวิตบางด้าน เช่น ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะ การปรับตัวเข้ากับผู้อื่น เกิดความเครียด ซึมเศร้า และขาดการจัดการที่ดีกับความเครียด มองโลกในแง่ร้าย ขาดความรักความอบอุ่นและไว้วางใจ

3.2 ครอบครัวรุกล้ำพื้นที่ส่วนตัวในบ้าน (Parenting Enmeshment) ครอบครัวในลักษณะนี้จะยุ่งยากกับทุกเรื่อง ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องไม่ส่วนตัว รุกล้ำสิทธิของของลูกอยู่ตลอดเวลา เด็กจะไม่มีอิสระ คิดนอกกรอบไม่ได้ โดยทั่วไปในเด็กเล็กยังไม่แสดงอาการชัด เมื่อเด็กโตขึ้นจะเริ่มรู้สึกอึดอัด ขาดความเป็นอิสระ ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นต่อกัน หวาดระแวง

3.3 ครอบครัวอิสระเสรีในสังคม (Boundary less families) ครอบครัวลักษณะนี้ให้อิสระเสรีที่จะเข้าออกสังคมได้ ไร้ขีดจำกัด ไร้กฎกติกาใดๆ ไม่สนใจดูแลและติดตาม เด็กจะมีภาวะวัตถุนิยม ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เรียกร้องความสนใจ ขาดความผูกพันหรือสนิทสนมกับคนในบ้าน ขาดความอดทนที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรคใดๆ ตามใจตนเอง เสี่ยงต่อปัญหายาเสพติด เพศสัมพันธ์รุนแรงตั้งแต่อายุน้อยๆ

3.4 ครอบครัวเข้มงวดกับสังคม (Insular families) ครอบครัวนี้มีเพื่อนน้อย ไม่ค่อยชอบคบค้าสมาคม มุ่งทำมาหากิน หวาดระแวงสังคมภายนอก อยากให้ลูกหลานอยู่แต่ในบ้าน เน้นเรื่องการเรียนอย่างเดียว เด็กจะขี้อาย ขาดทักษะการอยู่ร่วมกับคนในสังคม พัฒนาการทางด้านสังคมไม่สมกับวัย ขาดสัมพันธภาพ เครียด วิตกกังวล ป่วยทางจิต มีอาการแสดงออกทางร่างกาย เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

1. การแก้ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง 5 ประการ

1.1 การพัฒนาท้องถิ่นให้เกิดระบบพี่เลี้ยงในชุมชน ที่มีนักพัฒนาการมนุษย์ท้องถิ่นที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพของผู้นำหรือผู้ใหญ่ใจรักเด็ก

1.2 ชุมชนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาให้เกิดสมัชชาครอบครัวประจำท้องถิ่น

1.3 ภาครัฐควรจัดสวัสดิการด้านสังคมเพื่อเกื้อหนุนให้ครอบครัวได้ทำหน้าที่ในการเลี้ยงลูก

1.4 ชุมชนท้องถิ่นควรพัฒนาศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือห้องเรียนพ่อแม่ประจำท้องถิ่น

1.5 นักพัฒนาการมนุษย์ท้องถิ่นควรได้รับการพัฒนาการสนทนาแบบสุนทรียสนทนา การสร้างการมีส่วนร่วม และทักษะในการสรุปสุดท้าย

2. คุณลักษณะที่ดี 5 ประการของพ่อแม่ที่ไม่มีปัญหากับลูกหลานยุคปัจจุบัน

2.1 ความรัก ความอบอุ่นและความไว้วางใจที่ต้องฝึกฝน ความรักสายกลางที่ลูกหลานต้องเรียนรู้จักการเผชิญปัญหา และอุปสรรคหรือความลำบากขั้นพื้นฐานในชีวิต

2.2 การสื่อสารที่ดีต่อกัน รวมทั้งการให้เกียรติและศักดิ์ศรีที่ดีของสมาชิก โดยที่ผู้ใหญ่จะเป็นผู้ฟังที่ดีมากกว่าเป็นผู้พูด

1) การเป็นผู้ฟังที่ดี มีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

- ฟังอย่างเดียว ทั้งนี้ต้องเป็นการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ดูถูกเหยียดหยาม หรือใช้อารมณ์
- ฟังแล้วสะท้อนความรู้สึกให้ผู้เล่ามีความรู้สึกที่ดีอยากเล่าต่อ เช่น “สมัยแม่เป็นวัยรุ่นคิดเหมือนตั้มเลย ไหนลองเล่าต่อสิว่าเกิดอะไรขึ้น” เป็นต้น
- ฟังแล้วค่อยๆ เสนอปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อเสนอวิธีฝึกแก้ปัญหานั้น เช่น “สมัยแม่เป็นวัยรุ่นคิดเหมือนตั้ม และแม่เคยทำ แต่ตอนนั้น แม่เคยเจอปัญหา ..... ลูกคิดว่าจะมีโอกาสพบปัญหา.....แบบที่แม่เจอไหม หากมี ลองคิดวิธีอื่นบ้างดีไหม” เป็นต้น

2) ฝึกกติกาการเป็นผู้พูดผู้ฟังที่ดีต่อกัน เช่น การพูดที่ไม่ใช้อารมณ์ หากประเมินว่าเสี่ยงด้านอารมณ์ ขอให้หยุดพัก หรือการพูดทีละคน หรือการมีสิทธิ์ มีเสียงเท่าๆ กัน เป็นต้น

2.3 การรู้จักกำหนดกฎกติกาของครอบครัว โดยยึดหลักประชาธิปไตยที่เกิดจากการฟังความเห็นและตกลงร่วมกันมากกว่าการใช้อำนาจ และมีหลักยึดว่า จุดยืนชัดเจน มาตรฐานเดียวกัน แต่อยู่บนหลักเมตตาธรรม (Kindly but firmness) ไม่ผิดกฎหมาย ไม่รุกล้ำสิทธิใคร เคารพศักดิ์ศรีที่ดีต่อกัน

2.4 สมาชิกต้องได้รับการฝึกการควบคุมอารมณ์ของตนเอง และวิธีระบายความเครียดที่เหมาะสม

2.5 สร้างการยอมรับความสามารถที่หลากหลายของเพื่อนสมาชิกที่อาจมีความแตกต่างทั้งเพศ อายุ และความรู้สึกนึกคิด

3. ใช้กลไกท้องถิ่นในการพัฒนาครอบครัวให้มีความรู้ มีทักษะและปฏิบัติได้ พร้อมทั้งติดตามการประเมินผล และแก้ไขทันทีในการเลี้ยงลูก (Parental monitoring and connectedness)

อ้างอิง

1. Stephen L., Anthony R. Family function and dysfunction. In Levin MD., Carey WB., Crocker AC (ed.): Development-Behavior Pediatrics 2nd ed. Philadelphia, W.B.Saunders,1992.

2. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. Research Perspectives. Dev Psychol 12:723-42,1986.

3. Rew Lynn. Adolescent health: A Multidisciplinary approach to theory research and intervention. California, Sage Publications, 2005.

4. สุริยเดว ทรีปาตี. รู้จักเด็กทั้งตัวและหัวใจ : พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น. โรงพิมพ์แอ๊ปป้า พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด; 2558.

5. สุริยเดว ทรีปาตี วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. คุณภาพชีวิตเด็ก 2556. โรงพิมพ์แอ๊ปป้า พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด; 2556.

ปัญหาโภชนาการเด็ก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปัญหาโภชนาการเด็ก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

ความสำคัญของโภชนาการต่อทารกและเด็กปฐมวัย

โภชนาการในช่วงแรกของชีวิตเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดี มีเชาวน์ปัญญาพร้อมเรียนรู้ เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาทุพโภชนาการ จนได้รับการยกย่องให้เป็นตัวอย่างในเวทีโลก แต่มีแนวโน้มว่าอาจกลับมาเป็นปัญหาอีกครั้ง ซ้ำเติมด้วยปัญหาฟันผุทำให้เสี่ยงต่อทุพโภชนาการมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมากขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคต

การเติบโตของเด็กปฐมวัย

ในขวบปีแรกทารกมีการเติบโตเร็ว ความยาวเพิ่มขึ้น 23-25 ซม. น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 6-7 กก. ในขวบปีที่ 2 เด็กมีความยาวเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 ซม. และน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 กก. ในขวบปีที่ 3 ส่วนสูงเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 8-9 ซม. และน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 2-3 กก. หลังจากนั้นในช่วงอายุ 4-5 ปี เด็กจะมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 5 ซม. และน้ำหนักเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 2 กก. ความยาวรอบศีรษะเพิ่มขึ้นจาก 35 ซม. ที่แรกเกิด เป็น 50 ซม. ที่อายุ 5 ปี แสดงถึงการเติบโตอย่างมากของสมองในช่วงปฐมวัยนี้ ทารกและเด็กปฐมวัยจึงต้องได้อาหารที่มีคุณค่าโภชนาการสูงและเพียงพอ

รู้ได้อย่างไรว่าเด็กเติบโตสมวัย

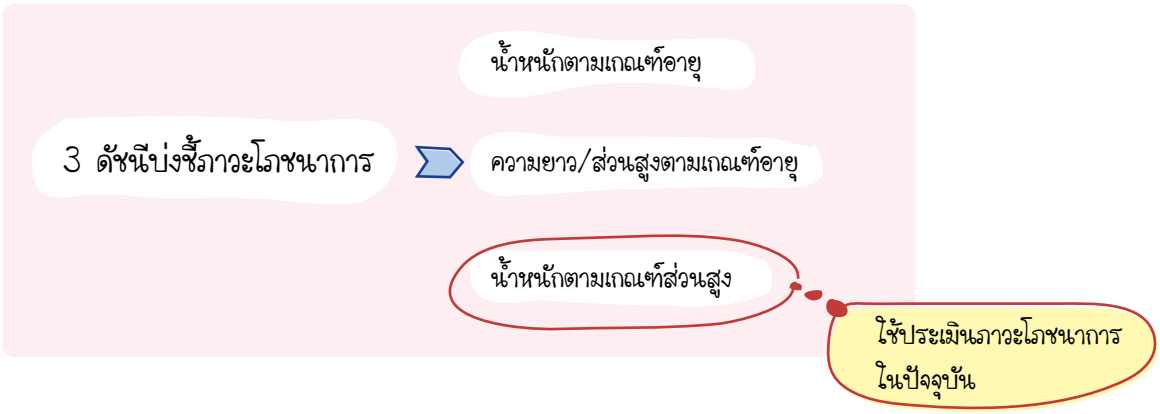
ดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการที่ใช้ในเด็กมีอยู่ 3 ดัชนี คือ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age) ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (length/height-for-age) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight-for-height)[1]

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สะท้อนภาวะโภชนาการระยะยาว เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานานและหรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ มีผลให้การเจริญเติบโตของกระดูกชะงักงัน ทำให้เด็กตัวเตี้ยกว่าเด็กเพศเดียวกันที่มีอายุเท่ากัน ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุจึงเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง โดยแบ่งการประเมินเป็น 5 ระดับ คือ สูง ค่อนข้างสูง สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างเตี้ย และเตี้ย

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักเป็นผลรวมของกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูก เมื่อมีการขาดสารอาหารในระยะแรก น้ำหนักจะลดลงก่อนที่จะมีการชะงักงันของความยาวหรือส่วนสูง ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุใช้ประเมินภาวะโภชนาการปัจจุบันในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีได้ดี โดยแบ่งผลการประเมินเป็น 5 ระดับ คือ น้ำหนักมาก น้ำหนักค่อนข้างมาก น้ำหนักตามเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างน้อย และน้ำหนักน้อย แต่ดัชนีนี้มีข้อจำกัดในเด็กอายุมากกว่านั้น เนื่องจากเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันไม่ควรมีน้ำหนักเท่ากัน จึงแนะนำให้ใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการในปัจจุบัน ภาวะอ้วน-ผอม และการขาดอาหารชนิดฉับพลัน โดยแบ่งการประเมินเป็น

6 ระดับ คือ อ้วน เริ่มอ้วน ท้วม สมส่วน ค่อนข้างผอม และผอม

สำหรับเกณฑ์อ้างอิง ให้ใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 1 วัน - 19 ปี พ.ศ.2542 ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในอนาคตสำนักโภชนาการจะใช้มาตรฐานการเติบโตขององค์การอนามัยโลก (WHO Growth Standard 2006) เพื่อยกระดับการเติบโตของเด็กไทยให้ได้มาตรฐานสากล



ปัญหาทุพโภชนาการ : เตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม

ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ภาวะโภชนาการของเด็กไทยดีขึ้น ปัญหาน้ำหนักน้อยลดลงเกือบ 3 เท่า ส่วนปัญหาเด็กเตี้ย แม้ว่าจะลดได้เป็นลำดับ แต่ก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในช่วง 10 ปีหลังและพบแนวโน้มกลับสูงขึ้นอีก การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พบเด็กปฐมวัยร้อยละ 6.3 เตี้ย ร้อยละ 4.8 มีน้ำหนักน้อยและร้อยละ 2.7 ผอม[1] ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey) เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานสากลจากปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2555 ร้อยละของเด็กปฐมวัยไทยที่มีน้ำหนักน้อยใกล้เคียงเดิมที่ 9.2 มีเด็กผอมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 เป็นร้อยละ 6.7 และมีเด็กเตี้ยเพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 11.9 เป็นร้อยละ 16.32[2]

เด็กที่ขาดสารอาหารจะมีน้ำหนักน้อย ผอม และหรือเตี้ย ทำให้เติบโตไม่สมบูรณ์ตามวัย กระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และเจ็บป่วยง่าย เด็กที่เป็นรุนแรงจะมีอาการเฉื่อยชา ซึม ผมแห้ง

สีอ่อนและหลุดร่วงง่าย ผิวหนังเป็นแผล เจ็บป่วยบ่อย ติดเชื้อง่าย อาจบวมหรือผอมแห้งเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก[3]

สมองของเด็กมีน้ำหนักเพิ่มสูงมากในช่วงขวบปีแรก อัตราการเติบโตของสมองในช่วงปฐมวัยสูงกว่าช่วงวัยอื่น เมื่อขาดสารอาหารจึงมีผลเสียชัดเจนต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา เด็กไม่มีแรงเฉื่อยชา เคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้ขัดขวางการเรียนรู้ของเด็ก ส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาระดับสติปัญญาได้เต็มศักยภาพของตนเอง เด็กเหล่านี้มักอยู่ในครอบครัวที่ยากจน ทำให้ภาวะพร่องทางพัฒนาการนี้ไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลกระทบต่อเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก[4]

เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงจนเตี้ยแคระแกร็นในช่วงอายุ 2 ปีแรก จะส่งผลต่อระดับไอคิวเมื่อโตขึ้น เด็กกลุ่มนี้มีคะแนนไอคิวในวัยเรียนต่ำกว่าเด็กที่ไม่เคยเตี้ยแคระแกร็นในช่วง 2 ปีแรกมากกว่า 10 ทำให้ผลสัมฤทธิ์การเรียนต่ำ โตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการหารายได้ต่ำ[5]

นอกจากการเติบโตชะงักงัน พัฒนาการของสมองและสติปัญญาล่าช้าแล้ว การขาดสารอาหารยังทำให้ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง จำนวนเม็ดเลือดขาวและระดับภูมิต้านทานโรคในเลือดลดลง เม็ดเลือดขาวจับกินเชื้อโรคได้น้อยลง เยื่อบุผนังทางเดินอาหารกับทางเดินหายใจฝ่อ และสร้างเมือกเคลือบผนังได้ไม่ดี ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น จึงติดเชื้อโรคได้ง่าย เจ็บป่วยบ่อย เป็นนาน และรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ทั้งที่เป็นเชื้อที่ไม่รุนแรง[6]

การขาดสารอาหารในช่วงแรกของชีวิตนับจากปฏิสนธิในครรภ์มารดาถึงอายุ 2 ปีแรก มีผลเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เมื่อได้สารอาหารไม่เพียงพอขณะอยู่ในครรภ์มารดา สมองได้รับการปกป้อง อวัยวะอื่นๆ เช่น ตับอ่อน ไต เป็นต้น ได้รับสารอาหารน้อยและพัฒนาไม่สมบูรณ์ เมื่อเด็กโตขึ้นแล้วได้รับอาหารมากเกินไปจนเป็นโรคอ้วน ระบบเมตาบอลิซึ่มในร่างกายจะไม่สามารถจัดการกับภาวะโภชนาการเกินได้ ผู้ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยเนื่องจากขาดอาหารขณะอยู่ในครรภ์ และขาดอาหารในช่วงปีแรกแล้วอ้วนเร็วก่อนอายุ 5 ปี จึงเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น สูงกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า[7] ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2012) ล่าสุด พ.ศ. 2555 พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 7.62[2] ชี้ว่ามีเด็กไทยประมาณ 60,000 คนที่เสี่ยงต่อปัญหานี้ นอกจากนี้ โภชนาการของมารดาและบิดายังมีผลต่อการควบคุมการทำงานของยีนที่ก่อโรคและถ่ายทอดไปยังลูก ทำให้ลูกเป็นโรคได้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของรหัสพันธุกรรมเลย[7]

โรคอ้วนในเด็ก

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีเด็กปฐมวัย 42 ล้านคนทั่วโลกมีปัญหาน้ำหนักเกิน ในจำนวนนี้ 35 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[8] ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พบเด็กปฐมวัยไทยร้อยละ 8.5 มีน้ำหนักเกินและอ้วน[1] ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey) เปรียบเทียบกับมาตรฐานสากลจากปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2555 พบเด็กมีน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 10.92

โรคอ้วนเป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับการใช้พลังงาน พลังงานส่วนเกินถูกสะสมเป็นมวลไขมัน พันธุกรรมของมนุษย์ไม่น่าเปลี่ยนไปมากมายในเวลาเพียงไม่ถึงครึ่งศตวรรษ การที่โรคอ้วนในเด็กอุบัติสูงขึ้นมากในเวลาอันสั้น จึงน่าจะมาจากปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการกินมากกว่าการใช้พลังงาน มีการโหมโฆษณาและทำกิจกรรมการตลาดของน้ำอัดลม น้ำผลไม้ ขนมและอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงอย่างเข้มข้น กระตุ้นให้เกิดการบริโภค ประกอบกับการเลี้ยงดูเด็กที่ตามใจเด็กในด้านการกิน ผู้ปกครองเน้นให้เด็กเรียนจนไม่มีเวลาสำหรับการเล่นออกกำลังกาย เด็กส่วนใหญ่เฝ้าหน้าจอดูโทรทัศน์ เล่นเกม และนอนน้อย พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วน[9-10]

เด็กอ้วนมีปัญหาสุขภาพทุกระบบ ทั้งเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบในเด็กอายุน้อยลงและป่วยหนักจนต้องรักษาด้วยยาฉีด ปัญหากระดูกและข้อผิดรูป พิกลพิการ เดินไม่ได้ ต้องผ่าตัดแก้ไขในเด็กปฐมวัย นอนกรน บางรายหยุดหายใจ (obstructive sleep apnea) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเวลานอน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ และความดันเลือดสูง ร้อยละ 30-80 ของเด็กอ้วนเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วนและป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันเลือดสูง[10] ทำให้โรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรไทย[11]

เด็กอ้วนไม่ได้มีโภชนาการดีดังที่คนส่วนใหญ่เข้าใจ โรคอ้วนก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง คนอ้วนมีการดูดซึมของธาตุเหล็กลดลง เสี่ยงต่อปัญหาโลหิตจาง[12] อาหารที่ทำให้อ้วนเป็นอาหารที่อุดมด้วยพลังงานแต่มีคุณค่าโภชนาการต่ำ เด็กอ้วนจึงเสี่ยงต่อการขาดวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ ซ้ำเติมสุขภาพของเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอ้วนมักถูกเพื่อนล้อ เหนื่อยง่าย ช้ากว่าเด็กอื่น เพื่อนจึงมักไม่ให้รวมกลุ่มเล่นด้วย ทำให้มีปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง มีผลสัมฤทธิ์การเรียนต่ำ[10]

ปัจจัยที่ช่วยป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็ก คือ การมีกิจกรรมทางกาย ลดพฤติกรรมที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะเวลาหน้าจอ เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีใยอาหารสูง และการเลี้ยงด้วยนมมารดา[10] การรักษาโรคอ้วนในเด็กประสบผลสำเร็จน้อย เช่นเดียวกับการลดน้ำหนักในวัยผู้ใหญ่ แม้สามารถลดน้ำหนักได้ แต่ยากจะควบคุมไว้ไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นมาในระยะยาวได้ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด

ปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

ฟันทำหน้าที่ กัด บด เคี้ยวอาหารให้ละเอียด เพื่อให้อาหารถูกย่อยในกระเพาะและลำไส้ได้ง่ายขึ้น แต่ด้วยพฤติกรรมการให้อาหารและการบริโภคของเด็ก ทำให้เด็กไทยในปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพช่องปากและมีฟันผุ ส่งผลให้เด็กมีปัญหาการสบฟันมากขึ้น หากฟันผุรุนแรง อาจทำให้เด็กติดเชื้อและขาดสารอาหารได้

งานวิจัยในเด็กไทยพบว่า ฟันขึ้นซี่แรกก็ผุแล้ว เด็กอายุ 9 เดือนร้อยละ 2 มีฟันผุ และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 22 และ 67 เมื่อเด็กอายุครบ 12 และ 18 เดือนตามลำดับ หนึ่งในสามของฟันผุในเด็ก อายุ 18 เดือนนั้น ผุลุกลามถึงชั้นเนื้อฟัน และร้อยละ 2 ที่มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันไปแล้ว[13] สาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ แม่ (ร้อยละ 44.7) ปรุงอาหารหวานให้ลูกรับประทานแล้วเมื่อลูกอายุได้เพียง 5 เดือน จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี พบว่า ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 3 ปีลดลงจากร้อยละ 61.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 56.7 ในปี พ.ศ. 2555 ค่าเฉลี่ยฟัน ถอน อุด เท่ากับ 3.2 ซี่ต่อคน ลดเป็น 2.7 ซี่ต่อคน ในขณะที่ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 5 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.4 เป็นร้อยละ 21.5 และค่าเฉลี่ยฟัน ถอน อุด เท่ากับ 5.4 ซี่ต่อคน ในปี พ.ศ. 2550 และลดเป็น 4.4 ซี่ต่อคนในปี พ.ศ. 2555[14] ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าห่วงมาก เนื่องจากการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง เด็กได้รับสารอาหารไม่เต็มที่ และยังทำให้เกิดปัญหาการสบฟันตามมาด้วย

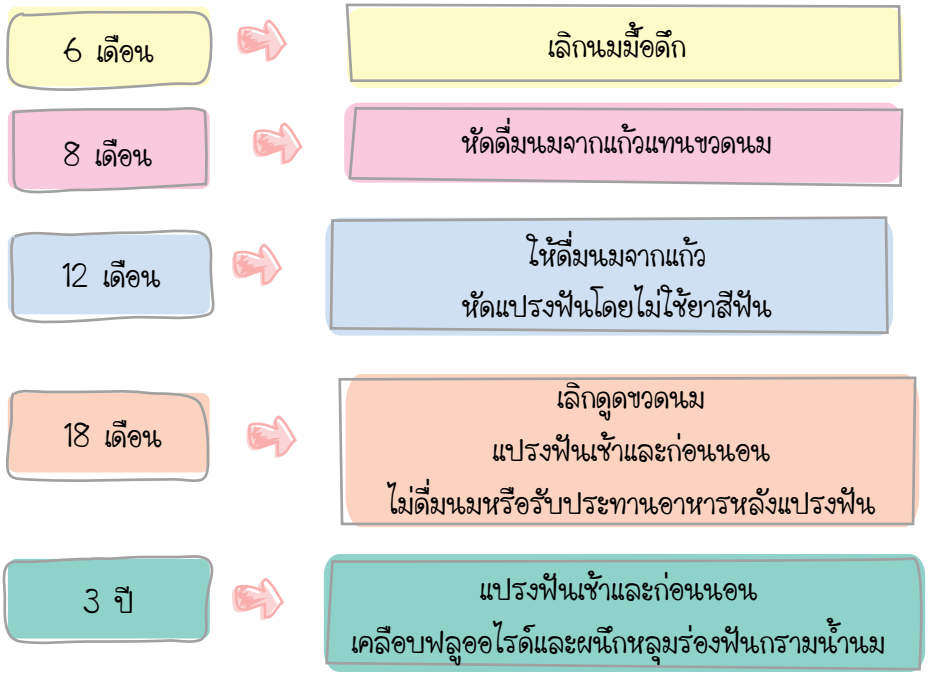
ฟันผุเป็นผลจากการเสียสมดุลระหว่างการสูญเสียแร่ธาตุ (Demineralization) และกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุในฟัน (Remineralization) โดยฟันผุจะเกิดการสูญเสียแร่ธาตุมากกว่าการคืนกลับ ในคราบจุลินทรีย์ที่เกาะผิวฟันมีแบคทีเรียชนิดที่ทำให้เกิดฟันผุ สามารถย่อยสลายอาหารคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลที่รับประทานเข้าไป เกิดกรดได้ภายใน 2–3 นาที ถ้ากรดสัมผัสตัวฟันบ่อยและนานพอ จะเกิดการสูญเสียแร่ธาตุในฟันมากกว่าการคืนกลับ เนื้อฟันจึงถูกทำลาย เกิดรอยผุเป็นรู

ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน เกิดอาการปวด อาจบวม และกระจายไปสู่อวัยวะข้างเคียง มีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองใต้คางหรือโพรงไซนัส และอาจเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังอวัยวะส่วนอื่นได้[15]

สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุเร็วมาจากการกินนมที่ไม่เหมาะสม เช่น นมรสหวาน การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง เช่น การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม การไม่ดูดน้ำตามหลังดูดนม การแปรงฟันน้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง หรือไม่แปรงฟันเลย และการที่เด็กไม่เคยพบตรวจสุขภาพช่องปากเลย[16] นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการทำให้เนื้อฟันไม่แข็งแรง มีผลต่อการเกิดฟันผุของเด็ก[15] การกินอาหารมีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก สามารถช่วยทำความสะอาดฟันไปในตัวขณะบดเคี้ยวอาหาร

การป้องกันโรคฟันผุในเด็กควรเริ่มตั้งแต่ในครรภ์มารดา ที่ฟันน้ำนมของเด็กเริ่มก่อตัวและมีการสะสมแร่ธาตุ โรคปริทันต์ในมารดาอาจมีผลต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย มารดาที่มีฟันผุจะมีเชื้อจุลินทรีย์ในปากจำนวนมาก ซึ่งเชื้อนี้สามารถถ่ายทอดสู่ลูกได้ทางน้ำลาย โดยเฉพาะในมารดาที่เป่าอาหารหรืออมอาหารก่อนป้อนเด็ก[17]

การทำความสะอาดช่องปากต้องเริ่มในวัยทารก โดยเช็ดทำความสะอาดในช่องปากก่อนนอน อายุ 6 เดือนให้เลิกนมมื้อดึก ควรพบทันตแพทย์เพื่อรับฟลูออไรด์เสริม เมื่อเด็กนั่งได้เองที่อายุ 8 เดือน ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้วแทนขวดนม อายุ 12 เดือน ให้ดื่มนมจากแก้ว และให้เลิกใช้ขวดนมที่อายุขวบครึ่ง หัดให้แปรงฟันโดยไม่ใช้ยาสีฟัน อายุ 18 เดือน ให้เลิกดูดนมขวด แปรงฟันเช้าและก่อนนอน หลังแปรงฟันไม่ดื่มนมหรือกินอาหารอีก อายุ 3 ปี ให้แปรงฟันเช้าและก่อนนอน เคลือบฟลูออไรด์และผนึกหลุมร่องฟันกรามน้ำนม[18] ควรฝึกเด็กให้แปรงฟัน โดยมารดาตรวจดูความสะอาดและแปรงซ้ำ



การแปรงฟันเป็นวิธีทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนเนื้อฟัน และป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การแปรงฟันให้ถูกวิธี ต้องวางขนแปรงให้ตั้งฉากกับแกนยาวของฟัน ขนแปรงวางบนตัวฟันครอบคลุมไปถึงบริเวณขอบเหงือก ขยับแปรงถูไปมาตามแนวราบ เคลื่อนที่แปรงไปเป็นระยะสั้นๆ ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้งแล้วปัดแปรงตามร่องฟัน ทำเช่นนี้ทุกด้านของฟัน เพื่อให้ขนแปรงได้สัมผัสกับเหงือกและฟันทุกซี่ โดยเฉพาะบริเวณคอฟัน ซอกฟัน และหลุมร่องฟัน[19] ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สำหรับเด็กปริมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียว

การใช้ไหมขัดฟัน เพื่อทำความสะอาดซอกฟัน ใช้เมื่อฟันน้ำนมขึ้นชิดติดกัน เมื่ออายุได้ 3-4 ปี ควรใช้ไหมขัดฟันหลังจากการแปรงฟันก่อนเข้านอนวันละครั้ง จะช่วยลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นตัวการสำคัญทำให้ฟันผุ[20]

เด็กควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อรับการดูแลป้องกันโรคฟันผุ เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ ผนึกหลุมร่องฟันกรามน้ำนม ครอบครัวควรควบคุมการรับประทานอาหารหวาน เครื่อง ดื่มที่มีน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม รวมทั้งอาหารหรือขนมที่เป็นแป้งเหนียวหนืด ติดฟัน เพื่อลดการเกิดกรดที่เป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดการย่อยสลายผิวฟันทีละเล็กทีละน้อย จนทำให้เกิดโรคฟันผุ

ครอบครัว : สถาบันแรกที่ปกป้องเด็กจากปัญหาโภชนาการ

อาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกคือนมมารดา ซึ่งมีคุณค่าสารอาหารครบถ้วน ทั้งยังให้ภูมิต้านทานการติดเชื้อ และมีผลดีด้านจิตใจต่อทารกและมารดา ทารกควรได้รับนมมารดาอย่างเดียว โดยไม่ต้องให้น้ำหรืออาหารอื่นอย่างน้อย 6 เดือน ในช่วง 6 เดือนหลังทารกต้องได้อาหารตามวัยที่เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะให้สารอาหารเพื่อการเติบโตทางกายและสมองของทารกแล้ว ยังเป็นการเตรียมทารกให้คุ้นชินกับอาหารที่จะต้องรับประทานในวัยต่อไป ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ได้จัดทำข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก และบุคลากรด้านสุขภาพได้ใช้เป็นแนวทางในการให้อาหารทารกและเด็ก

ข้อปฏิบัติการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของทารกและเด็กเล็ก

ของชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย[21]

ทารก (อายุ 0-12 เดือน)	เด็กเล็ก (อายุ 1- 5 ปี)
1. ให้นมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ไม่ต้องให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำ	1. ให้อาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างไม่เกิน 2 มื้อต่อวัน
2. เริ่มให้อาหารตามวัยเมื่ออายุ 6 เดือน ควบคู่ไปกับนมแม่*	2. ให้อาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย เป็นประจำทุกวัน
3. เพิ่มจำนวนมื้ออาหารตามวัยเมื่ออายุลูกเพิ่มขึ้น จนครบ 3 มื้อเมื่อลูกอายุ 10-12 เดือน	3. ให้นมแม่ต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปี เสริมนมรสจืด วันละ 2-3 แก้ว
4. ให้อาหารตามวัยที่มีคุณภาพและครบ 5 หมู่ ทุกวัน	4. ฝึกให้กินผักผลไม้จนเป็นนิสัย
5. ค่อยๆ เพิ่มปริมาณ และความหยาบของอาหารขึ้นตามอายุ	5. ให้อาหารว่างที่มีคุณภาพ
6. ให้อาหารรสธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการปรุงแต่งรส	6. ฝึกให้กินอาหารรสธรรมชาติ ไม่หวานจัด มันจัด และเค็มจัด
7. ให้อาหารสะอาดและปลอดภัย	7. ให้อาหารสะอาดและปลอดภัย
8. ให้ดื่มน้ำสะอาด งดเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม	8. ให้ดื่มน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มปรุงแต่งรสหวานและน้ำอัดลม
9. ฝึกวิธีดื่มกินให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย	9. ฝึกวินัยการกินอย่างเหมาะสมตามวัยจนเป็นนิสัย
10. เล่นกับลูก สร้างความผูกพัน หมั่นติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	10. เล่นกับลูก สร้างความผูกพัน หมั่นติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

* ถ้าการเจริญเติบโตมีแนวโน้มลดลง หรือไม่สามารถให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ อาจเริ่มให้ก่อนได้ แต่ไม่ก่อนอายุครบ 4 เดือน

สารอาหารที่มักไม่เพียงพอในอาหารตามวัยที่ให้กับทารก ได้แก่ ธาตุเหล็ก (เลือดสัตว์ ตับ ไข่แดง) สังกะสี (เนื้อสัตว์ ตับ ไข่แดง) และแคลเซียม (นม ผลิตภัณฑ์จากนม เต้าหู้ ผักใบเขียว)

เนื่องจากภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กมีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของทารก ที่หากรักษาช้าอาจไม่สามารถแก้ไขกลับมาเป็นปกติได้[22] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ของ International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG)[23] โดยแนะนำให้เสริมธาตุเหล็กโดยให้ยาน้ำธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะซีดที่ช่วงอายุ 6-12 เดือน และช่วงอายุ 3-5 ปี[24] เพื่อให้การรักษาเด็กที่ซีดจากการขาดธาตุเหล็ก มารดา/ผู้ดูแลเด็กจึงควรให้ความร่วมมือให้ยาน้ำธาตุเหล็กเสริมกับเด็ก และพาเด็กไปรับการตรวจคัดกรองดังกล่าว จุลโภชนา (micronutrients) เหล่านี้ อันได้แก่ ธาตุเหล็ก สังกะสี ไอโอดีนและวิตามินต่างๆ ยังมีความสำคัญต่อความยาวและความสูงของเด็ก

อาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่สำคัญที่สุดของวัน เด็กที่ไม่กินอาหารมื้อเช้าจะมีผลเสียต่อการเรียนรู้ การคิดคำนวณ ความจำระยะสั้น ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการแก้ปัญหาและกระทบต่อสมรรถภาพทางกาย[25] เด็กจึงควรได้รับอาหารเช้าที่มีคุณค่าโภชนาการก่อนไปโรงเรียน

เคล็ดลับ : เลี้ยงลูกอย่างไร ให้ห่างไกลโรคอ้วน[26]

1. เริ่มด้วยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวัยทารก เด็กเกิน 1 ขวบควรให้เลิกนมมื้อกลางคืน ให้ดื่มนมแต่พอดี เด็กอนุบาลได้รับนมวันละ 2-3 มื้อก็เพียงพอ เด็กโตควรได้รับนมวันละ 2 มื้อ นมที่ให้เด็กควรเป็นนมจืด

2. ให้เด็กบริโภคผักและผลไม้เป็นนิสัยแทนขนมและของว่างที่ทำให้อ้วน

3. ไม่สอนให้เด็กกินอาหารรสจัด ผู้ใหญ่บางคนชอบปรุงรสอาหาร ก๋วยเตี๋ยว 1 ชาม ต้องใส่น้ำตาลทราย เหยาะน้ำปลา ใส่พริกป่น ทำให้เด็กอยากทำตาม และติดอาหารรสจัดซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ

4. ไม่สอนให้เด็กกินจุบจิบ พ่อแม่บางคนกังวลว่าเด็กจะหิว จึงหาขนม ของว่างปรนเปรอเด็ก และคะยั้นคะยอให้เด็กกินทั้งที่เด็กไม่ได้ขอ ทำให้เด็กได้อาหารเกินความต้องการ และยังติดเป็นนิสัยอีกด้วย

5. ไม่ซื้อขนม นม และอาหาร สะสมไว้ในบ้าน ในยุคที่มีห้างซุปเปอร์สโตร์ที่ขายเป็นห่อใหญ่หรือขายยกลัง แถมลดราคาสินค้าเป็นประจำ เชิญชวนให้ซื้อของเหล่านั้นตุนเอาไว้ เด็กยังไม่สามารถยับยั้งความอยากได้ เมื่อมีของอยู่ในบ้านมากก็จะหยิบกินครั้งละมากๆ จนหมดในเวลาอันสั้น และมีน้ำหนักเกินในที่สุด หากจำเป็นต้องซื้อตุนไว้ในบ้าน ให้เก็บไว้ในตู้ให้พ้นสายตาเด็ก

6. สอนเด็กให้มีวินัยในการกิน ให้กินอาหารเป็นเวลา ตักอาหารให้พอดีกิน ไม่กินทิ้งกินขว้าง การจัดอาหารของครอบครัวมีส่วนช่วยในการฝึกวินัย บางครอบครัวจัดอาหารมากเกินถึง 2-3 เท่า กระตุ้นให้เกิดการกินแบบไม่ยั้ง การสอนให้เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและกินพอดีอิ่ม จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

7. ลดกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการดูโทรทัศน์ซึ่งมักสัมพันธ์กับการกินขนมจุบจิบ มีข้อแนะนำให้เด็กดูโทรทัศน์ (ซึ่งอาจรวมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์) ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน

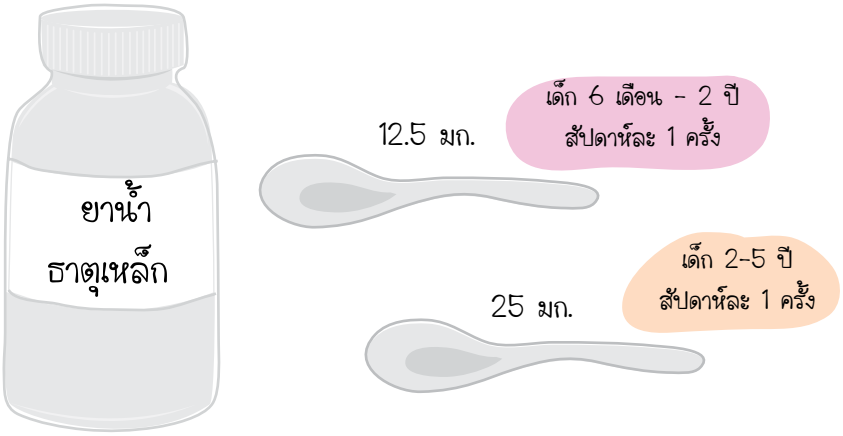
8. สร้างนิสัยการออกกำลังกาย ทั้งที่เป็นการเล่นกีฬา เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้กฎกติกา และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และที่เป็นกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจกรรมงานบ้านร่วมกันทั้งครอบครัว เดินหรือขี่จักรยานแทนการนั่งรถ เดินแทนการขึ้นลิฟต์หรือบันไดเลื่อน เป็นต้น โดยให้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีทุกวัน เพิ่มเวลามากขึ้นในวันเสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุด โดยสอนให้เด็กสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการได้รับบาดเจ็บหากเกิดอุบัติเหตุ เช่น หมวกกันน็อค แผ่นรองหุ้มข้อมือและหัวเข่า

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสูงในการส่งเสริมให้เด็กเติบโตสมวัย ไม่เตี้ย ไม่ผอม ไม่อ้วน และไม่มีฟันผุ เพราะมีโอกาสได้พบมารดาเมื่อแรกฝากครรภ์ และเมื่อนำเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ควรใช้ช่วงเวลาเหล่านี้ในการให้ความรู้การรับประทานอาหารแก่มารดา ให้ได้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และให้วิตามินและยาเม็ดไตรเฟอร์ดีน เพื่อให้ทารกเติบโตสมบูรณ์ในครรภ์และมีน้ำหนักปกติที่แรกเกิด

มารดาควรได้รับคำแนะนำการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ แนะนำอาหารสำหรับมารดาที่ให้นมลูก เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมมารดาที่มีสารอาหารครบถ้วน เสริมยาเม็ดไตรเฟอร์ดีนตลอด 6 เดือนของการให้นมมารดา เมื่อมารดาพาเด็กมาตรวจสุขภาพ ควรให้คำแนะนำการเลี้ยงดูให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณค่าโภชนาการครบถ้วน และปริมาณเหมาะสมตามวัย ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กทุกครั้ง เพื่อประเมินการเติบโตและภาวะโภชนาการ รวมทั้งการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กอย่างรอบด้านผ่านการเล่นกับเด็ก การเล่านิทาน การอ่านหนังสือให้เด็กฟัง ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การเลือกรายการโทรทัศน์ และการดูโทรทัศน์พร้อมเด็ก จำกัดเวลาหน้าจอเพื่อให้เด็กได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจนติดเป็นนิสัยตั้งแต่ปฐมวัย เพื่อให้มีพื้นฐานทางชีวภาพที่ดี พร้อมที่จะได้รับการพัฒนาขั้นต่อไป หรือเมื่อเริ่มพบปัญหา บุคลากรด้านสาธารณสุขจะได้ให้คำแนะนำได้ทันท่วงที

ดังกล่าวแล้วว่า ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กมีผลเสียต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของทารก สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของ International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG)[23] โดยแนะนำให้เสริมธาตุเหล็กโดยให้ยาน้ำธาตุเหล็กขนาด 12.5 มก. ของธาตุเหล็ก (elemental iron) สัปดาห์ละครั้งแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี และขนาด 25 มก. ของธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งแก่เด็กอายุ 2-5 ปี เพื่อป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะซีดที่ช่วงอายุ 6-12 เดือน และช่วงอายุ 3-5 ปี[24] เพื่อให้การรักษาเด็กที่ซีดจากการขาดธาตุเหล็กได้ทันท่วงที ป้องกันการสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาอย่างถาวร



ธาตุไอโอดีนสำคัญกับสติปัญญาและส่วนสูง ไอโอดีนเป็นส่วนประกอบสำคัญของธัยรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีบทบาทสูงต่อการเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการของสมอง หากมีภาวะพร่องไอโอดีนอย่างรุนแรงจะทำให้เด็กทารกตายคลอด แท้ง หรือเกิดมาแล้วได้รับไอโอดีนแก้ไขไม่ทันก็จะเป็นโรคเอ๋อ แม้จะให้ไอโอดีนในภายหลังจะทำให้ทารกเจริญเติบโตได้ แต่จะไม่สามารถแก้ไขให้สติปัญญากลับมาอยู่ในระดับตามศักยภาพเดิมได้[4] ดังนั้นควรแนะนำให้ครอบครัวใช้เกลือไอโอดีนที่มีคุณภาพหรือซอสปรุงรสชนิดเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารให้กับเด็ก อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ปรุงรสอาหารตามวัยสำหรับทารก และไม่ปรุงรสเค็มจัดสำหรับอาหารเด็ก

บทบาทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัย

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล มีบทบาทสำคัญร่วมกับครอบครัวในการหล่อหลอมเด็กให้มีพัฒนาการรอบด้าน เด็กถูกส่งเข้าโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุได้ 2-3 ขวบ เด็กอยู่ในโรงเรียน วันละ 8–9 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ 8 เดือนต่อปี เด็กทุกคนกินอาหารมื้อเที่ยงที่โรงเรียน เด็กจำนวนอีกไม่น้อยที่กินอาหารมื้อเช้า และบางคนต้องกินมื้อเย็นที่โรงเรียน นอกจากวิชาความรู้แล้ว เด็กยังได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ อีกมากมายในเชิงสังคมและการดำรงชีวิต ทั้งทางตรงในหลักสูตร และทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งที่เป็นตัวบุคคล สถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ และกิจกรรมที่โรงเรียนจัดให้ เช่น การสอนให้เด็กรับประทานอาหารให้ครบ

ห้าหมู่ แต่อาหารมื้อกลางวันที่จัดให้กับเด็กมีผักหรือผลไม้น้อยมาก หรือการรณรงค์ให้เด็กลดบริโภคหวาน แต่อาหารว่างของโรงเรียนเป็นขนมหวาน หรือไม่มีน้ำเปล่าให้ดื่มมีแต่น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือการยอมให้มีโฆษณาขนม หรือไอศกรีม หรือน้ำอัดลมในโรงเรียน เป็นต้น ล้วนเป็นสารที่ส่งออกไปทางอ้อมแก่เด็ก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลต้องใส่ใจให้สอดคล้องกัน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้เติบโตเป็นคนที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ปัญญาและจริยธรรม รวมทั้งการก่อรูปนิสัยการกินและพฤติกรรมด้านต่างๆ ที่จะปลูกฝังเป็นนิสัยของเด็กคนนั้นต่อไปในอนาคต

บทบาทของครูต่อสุขภาพเด็ก[27-28]

มีคำเปรียบเปรยว่า **“ครูเป็นพ่อแม่คนที่สองของเด็ก”** ครอบครัวปัจจุบันนิยมส่งเด็กเข้าโรงเรียนตั้งแต่อายุยังน้อย ด้วยภาระหน้าที่การงานที่ไม่สามารถดูแลเด็กในช่วงกลางวันด้วยตนเองได้ และก็ด้วยความไว้วางใจว่าโรงเรียนและครูจะช่วยอบรมกล่อมเกลาลูกรักแทนตนเองได้ดี โรงเรียน จึงเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลามากที่สุดในแต่ละวันรองจากบ้าน นอกจากจะเป็นสถานที่ที่ให้ความรู้แล้ว โรงเรียนยังเป็นสถานที่ที่บ่มเพาะปลูกฝังการใช้ชีวิต ตลอดจนความประพฤติ การเข้าสังคม และพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

คนส่วนใหญ่มักจะหวังให้ครูสอน **“หนังสือ”** โดยลืมไปว่า แท้ที่จริงแล้วหน้าที่สำคัญของครูก็เหมือนพ่อแม่ที่ต้องดูแลเด็กทั้งคน ดังปรากฏในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ ได้จัดให้มีแผนกการสุขาภิบาลโรงเรียนขึ้น โดยคำนึงถึงว่า **“เด็กจะเล่าเรียนได้ดี** จำเป็นต้องมีสุขภาพสมบูรณ์เป็นปรกติสุขอยู่เสมอ จึงจำเป็นต้องฝึกเด็กให้เข้าใจการสุขาภิบาล การสาธารณสุขเสียตั้งแต่ยังอยู่ในโรงเรียน เพราะแม้เด็กจะได้เรียนวิชาสุขวิทยาและอนามัยอยู่ในโรงเรียนแล้วก็ดี ก็คงไม่ซึมซาบเท่าได้เห็นตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกับการเรียน”

มีครูและโรงเรียนมากมายที่เอาใจใส่เรื่องสุขภาพเด็ก ตัวอย่างเช่น ครูที่ร่วมกินผักกับเด็กเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าผักอร่อยทำให้เด็กๆ อยากกิน และช่วยกันกินจนเป็นนิสัย และได้รับคำชื่นชมถึงพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีของลูกนับแต่ครูร่วมดูแล หรือครูที่ทำ **“สมุดครอบครัวนักสำรวจ”** โดยนำปฏิทินตั้งโต๊ะที่ไม่ใช้แล้วมาดัดแปลง เพื่อใช้เป็นสื่อในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก โดยให้ผู้ปกครองกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคของเด็กได้อย่างตรงจุด หรือครูพละที่ชักชวนให้ครูทั้งโรงเรียนเห็นพ้องกับการสละเวลาช่วงเช้าให้เด็กทุกคน ทุกชั้นเรียน **“วิ่งสะสมไมล์”** รอบสนามเพื่อสุขภาพของเด็ก หรือเด็กอนุบาลตัวน้อยปฏิเสธไอศกรีมที่ผู้ใหญ่เสนอให้อีก 1 แท่งด้วยเพราะ **“ครูบอกว่ากินไอติมมากแล้วอ้วน”** หรือโรงเรียนประถมที่ยังขาดแคลนทุนทรัพย์ แต่ครูผู้บริหารตัดสินใจยกเลิกการขายน้ำอัดลม ทั้งที่เป็นผู้สนับสนุนทางการเงินรายใหญ่ให้กับโรงเรียน ด้วยยึดสุขภาพเด็กเป็นสำคัญ

เหล่านี้เป็นตัวอย่างของครูที่ได้ทำหน้าที่สมกับการเป็นพ่อแม่คนที่สองของเด็กอย่างแท้จริง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนส่งเสริมโภชนาการ[29-31]

1. เด็กนักเรียนทุกคนต้องได้รับอาหารกลางวันที่ได้มาตรฐานทางโภชนาการ
2. อาหารกลางวันของเด็กต้องมีผักทุกมื้อ มื้อละ 1 ทัพพี
3. มีผลไม้เป็นอาหารว่างอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
4. น้ำเปล่าที่สะอาดให้เด็กได้ดื่มอย่างพอเพียง
5. ไม่ขายน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ/ขนมซองที่มีไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูง ในโรงเรียน
6. เครื่องดื่มในโรงเรียนต้องมีน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 5 โดยอาจใช้วิธีปรับน้ำตาลลงครึ่งหนึ่ง
7. ขนมและอาหารว่างที่ขายในโรงเรียนต้องมีประโยชน์เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเน้นอาหารว่างที่มีอาหารหลายหมู่ มีไขมัน น้ำตาลและเกลือต่ำ
8. โรงเรียนมีสภาพแวดล้อมที่ดี ปราศจากโฆษณาอาหาร ขนม และเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์ และโรงเรียนต้องไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของบริษัท ห้ามตั้งเครื่องขายอัตโนมัติในโรงเรียนระดับอนุบาลและประถม
9. บูรณาการความรู้ด้านโภชนาการเรื่องอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี ไม่ขาดไม่เกิน ไม่เป็นพิษภัย ในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ของเด็ก ผ่านการใช้สื่อต่างๆ เช่น การเล่านิทาน การเล่นต่อภาพหุ่นมือ เป็นต้น
10. เฝ้าระวังการเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นประจำ โดยต้องแจ้งผลภาวะโภชนาการของเด็กให้ผู้ปกครองทราบ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาโภชนาการ
11. มีการประสานความร่วมมือกับทุกฝ่าย ทั้งผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

ท้องถิ่นใส่ใจสุขภาพและโภชนาการเด็ก

การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ของการติดตามระยะยาว ผลของการลงทุนเพื่อสนับสนุนพัฒนาการเด็กในต่างประเทศพบว่า เมื่อคำนวณผลได้ของโครงการพัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพสูงหลายโครงการในประเทศสหรัฐอเมริกา เปรียบเทียบต้นทุนพัฒนาเด็ก จากเงินลงทุน 1 เหรียญสหรัฐ ในอีก 40 ปีต่อมา เมื่อเด็กเหล่านี้เป็นผู้ใหญ่ จะได้กำไรกลับคืนสู่สังคม 4 เหรียญสหรัฐถึง 17 เหรียญสหรัฐ[32] ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ายิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กอย่างจริงจัง โดยสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนร่วมกับครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กไทยให้เติบใหญ่แข็งแรง มีสุขภาพดี และมีเชาวน์ปัญญาที่พร้อมจะเรียนรู้

ตัวอย่าง การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในโครงการโภชนาการสมวัย พื้นที่จังหวัดสงขลาและภูเก็ต[33]

1. มีครัวกลางตามความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น เพื่อควบคุมคุณภาพอาหาร และส่งเสริมการใช้พืชผัก อาหาร ตามวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยชุมชนและผู้ปกครองมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการตัดสินใจด้านการจัดการอาหารให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานโภชนาการ
2. ใช้งบของท้องถิ่นจ้างผู้ที่มีความรู้ด้านโภชนาการประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อดูแลอาหารของเด็กให้มีคุณภาพถูกหลักโภชนาการ หรือมีการพัฒนาบุคลากรด้านอาหารและโภชนาการ
3. ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกพืชผักและผลไม้ เพื่อเป็นอาหารกลางวันแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และเพื่อการเรียนรู้ด้านอาหารและโภชนาการ
4. ส่งเสริมให้มีมาตรการทางสังคมในการจำหน่ายอาหาร ขนม เครื่องดื่มที่มีคุณภาพภายในชุมชนรอบๆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน
5. บรรจุโครงการด้านอาหารและโภชนาการในแผนงานของท้องถิ่น สนับสนุนเงินค่าอาหารกลางวันสมทบให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ทุกฝ่ายรวมใจ โภชนาการเด็กไทยสมบูรณ์

นอกจากครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนแล้ว ยังมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่มีบทบาทร่วมพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อโภชนาการเด็ก เช่น โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก (ของสำนักโภชนาการ http://hpc9.anamai.moph.go.th/share/index.php?topic= 411.0) โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับจัดการอาหารกลางวันโรงเรียน (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี Thai School Lunch http://www.sizethailand.org/lunch2/) นวัตกรรมสื่อการให้อาหารเด็กสำหรับครอบครัวในรูปของนิทาน คู่มือผู้ดูแลเด็ก และชุดเรียนรู้กลางที่บูรณาการความรู้ด้านโภชนาการสำหรับโรงเรียน (โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) www.pnic.go.th/web/adnoob/core/File/581.pdf) หรือสื่อต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนลดการบริโภคน้ำตาลป้องกันฟันผุและโรคอ้วนของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน http://www.maikinwan.com/ เป็นต้น

ในด้านนโยบาย เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2556 ครม. เห็นชอบปรับเพิ่มงบประมาณสำหรับโครงการอาหารกลางวันสำหรับเด็กตั้งแต่อนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ในปีงบประมาณ 2557 จาก 13 บาทต่อคนต่อวัน เป็น 20 บาทต่อคนต่อวัน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนสามารถจัดอาหารที่ถูกหลักโภชนาการอย่างแท้จริงให้กับเด็กทุกคน[34] นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัญหาโรคอ้วนและฟันผุในเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ (ฉบับที่ 287) พ.ศ.2547 ห้ามใช้น้ำตาล น้ำผึ้ง หรือวัตถุที่ให้ความหวานอื่นใด ยกเว้นน้ำตาลแลคโตส หรือคาร์โบไฮเดรตอื่นที่ไม่ใช่น้ำตาล ที่มีความหวานเทียบเท่าหรือต่ำกว่าน้ำตาลแลคโตส ในอาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก[35] มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2549 และประกาศบังคับแสดงฉลากโภชนาการบนซองขนม 5 ชนิด ได้แก่ มันฝรั่งทอดหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วทอดหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบหรืออาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง (Extruded snack) ขนมปังกรอบหรือแครกเกอร์หรือบิสกิต และเวเฟอร์สอดไส้[36]

เด็กที่เป็นอนาคตของชาติจึงสมควรได้รับอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องนับแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาต่อเนื่องจนเติบใหญ่ โดยเฉพาะในช่วงโอกาสทอง 3 ปีแรก เพื่อป้องกันการสูญเสียศักยภาพตามต้นทุนทางพันธุกรรมของเขา รวมทั้งดูแลให้มีสุขภาวะที่ดี พร้อมรับการพัฒนาให้เต็มศักยภาพเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

อ้างอิง

1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน: วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2: สุขภาพเด็ก. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.นนทบุรี:บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด. 2554; 105-26.

2. National Statistical Office, UNICEF, Ministry of Public Health, National Health Security Office, Thai Health Promotion Foundation, International Health Policy Program. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2012. [หนังสือบนอินเทอร์เนต]. [เข้าใช้ 26 ต.ค. 57]. จาก http://www.unicef.org/thailand/57-05-011-MICS_EN.pdf

3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ทุพโภชนาการ. ใน : สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, กมลวิช เลาประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์, นครินทร์ ตนคลัง, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2555;629-38.

4. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการและเชาวน์ปัญญาของเด็กไทย. ใน: อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, นลินี จงวิริยะพันธุ์, สุภาพรรณ ตันตราชีวธร, บรรณาธิการ. ทันยุคกับโภชนาการในเด็ก กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์, 2548: 1-19.

5. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B; International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007;369:60-70.

6. Morse CG, High KP. Nutrition, Immunity, and Infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, (ed). Mandell: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. 2009.

7. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. อาหารและโภชนาการในช่วงแรกแรกของชีวิต: ต้นกำเนิดของสุขภาพและโรคในระยะยาว. ว.กุมารเวชศาสตร์ 2551;47:180-92

8. World Health Organization. Childhood overweight and obesity. 2013. [บทความบนอินเทอร์เนต]. [เข้าใช้ 26 ต.ค. 57]. จาก http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/

9. Cappuccio F, Taggart F, Kandala N, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. Sleep 2008;31:619-26.
10. Mo-suwan L. Childhood Obesity: An Overview. Siriraj Med J 2008; 60: 37-40.
11. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, พ.ศ. 2555.
12. Aigner E, Feldman A, Datz C. Obesity as an emerging risk factor for iron deficiency. Nutrients 2014;6:3587-600.
13. Thitasomakul S, Thearmontree A, Piwat S, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Teanpaisan R, et al. A longitudinal study of early childhood caries in 9- to 18-month-old Thai infants. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34:429-36.
14. สำนักทันตสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การเปรียบเทียบผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 2-7. [บทความบนอินเทอร์เน็ต]. [เข้าใช้ 28 ต.ค. 57]. จาก http://www.anamai.ecgates.com/userfiles/file/compare.pdf
15. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr 2004;7:201–26.
16. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรคฟันผุ. 2552. [บทความบนอินเทอร์เน็ต]. [เข้าใช้ 20 ต.ค. 57]. จาก http://www.anamai.ecgates.com/news/news_detail.php?id=247
17. ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร, ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย. ใน: ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล, บรรณาธิการ. ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท เบสท์ บุ๊คส์ ออนไลน์ จำกัด, 2554:43-121.
18. วินัดดา ปิยะศิลป์, บรรณาธิการ. คู่มือการเลี้ยงลูก ตอนเด็กแรกเกิด - 3 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
19. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายการเพื่อฟันที่คุณรัก แปรงฟันไม่ถูกวิธีมีแต่ผลเสีย ตอนที่ 2. 2556. [บทความบนอินเทอร์เน็ต]. [เข้าใช้ 30 ต.ค. 57]. จาก http://www.youtube.com/watch?v=dH_owBK7Wpk

20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การใช้ไหมขัดฟัน. 2552. [บทความบนอินเทอร์เนต]. [เข้าใช้ 30 ต.ค. 57]. จาก http://www.anamai.ecgates.com/news/news_detail.php?id=435

21. ประไพศรี ศิริจักรวาล, อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, บรรณาธิการ. ข้อแนะนำการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ดี: การทบทวนและวิเคราะห์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.

22. Lozoff B, Beard J, Connor J, Felt B, Georgieff M, Schallert T. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. Nutr Rev 2006;64:S34-S91.

23. Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. USA: ILSI PRESS.

24. กมล เผือกเพ็ชร. การคัดกรองภาวะโลหิตจาง. ใน: พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสบศรี อึ้งถาวร, บรรณาธิการ. Guideline in Child Health Supervision. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สรรพสาร จำกัด, 2557: 152-60.

25. Simeon DT, Grantham-McGregor S. Effects of missing breakfast on the cognitive functions of school children of differing nutritional status. Am J Clin Nutr 1989:646-53.

26. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โรคอ้วนในเด็ก ใน : นครชัย เผื่อนปฐม, บรรณาธิการ. Clinical Practice Guideline. กรุงเทพฯ : โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์, 2545:45-78.

27. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, บรรณาธิการ. โรงเรียนส่งเสริมโภชนาการ : ความสำเร็จบนความต่าง. พิมพ์ครั้งที่1.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2553.

28. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, บรรณาธิการ. เรื่องเล่าโภชนาการ พัฒนาเด็กไทยเติบใหญ่มีคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2555.

29. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, บรรณาธิการ. เก่ง ดี มีสุข ด้วยโภชนาการ (ทางลัดสำหรับโรงเรียน). พิมพ์ครั้งที่2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2553.

30. ลัดดา เหมาะสุวรรณ และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. รายงานโครงการเพื่อป้องกันโรคอ้วน

และส่งเสริมการพัฒนาการเด็ก. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). 2551.
31. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. รายงานสรุปการดำเนินงานโครงการวิจัยเพื่อพัฒนา “โปรแกรมในโรงเรียนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมและป้องกันโรคอ้วนของเด็กก่อนวัยเรียน” เดือนกันยายน 2547 – สิงหาคม 2548. ภายใต้ชุดโครงการ “พัฒนาเด็กไทยให้เต็มศักยภาพด้วยอาหารและโภชนาการ” ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). 2548.
32. Lucas K. Investing in Infants and Toddlers: The Economics of Early Childhood. ZERO TO THREE Policy Center. [บทความบนอินเทอร์เนต]. [เข้าใช้ 18 พ.ย. 52]. จาก http://www.zerotothree.org/site/DocServer/EconomicsofEarlyChildhood.pdf?docID=5881
33. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. รายงานโครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย : ภาคใต้ ระยะที่สาม (พ.ค. 2554-พ.ค. 2555). ภายใต้โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย พ.ศ. 2552-2555ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
34. ข่าวสำนักงานรัฐมนตรี 360/2556 มติครม. 22 ตุลาคม 2556 ครม.เห็นชอบปรับเพิ่มค่าอาหารกลางวันนักเรียน http://www.moe.go.th/websm/2013/oct/360.html
35. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบบที่ 287) พ.ศ. 2547 เรื่อง อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 3). ประกาศ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547. http://newsser.fda.moph.go.th/food/file/Laws/Notification%20of%20Ministry%20of%20PublicHealth/Law03P287.pdf
36. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบบที่ 305) พ.ศ. 2550 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด. ประกาศ ณ วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ.2550. http://newsser.fda.moph.go.th/food/file/Laws/Notification%20of%20Ministry%20of%20PublicHealth/Law03P305.pdf

BEN
10

การบาดเจ็บและการได้รับสารพิษในเด็กปฐมวัย และแนวทางพัฒนาความปลอดภัยในเด็กอย่างยั่งยืน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

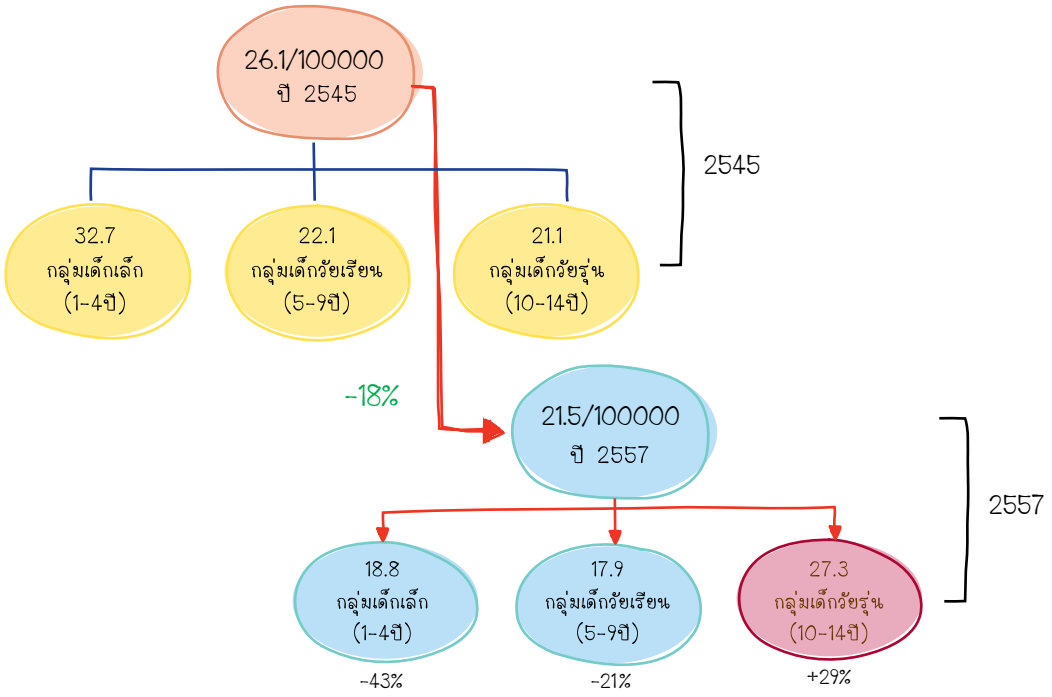
การบาดเจ็บและการได้รับสารพิษในเด็กปฐมวัย และแนวทางพัฒนาความปลอดภัยในเด็กอย่างยั่งยืน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์

สถานการณ์การบาดเจ็บและการได้รับสารพิษในเด็กปฐมวัย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปี 2557 รวม 13 ปี พบว่าอัตราการตายจากการบาดเจ็บและสารพิษในเด็กเริ่มลดลงจาก 26.1 ต่อ 100,000 คน หรือ 3,625 คนต่อปี เหลือ 21.5 ต่อ 100,000 หรือ 2,658 คนต่อปี คิดเป็นอัตราการตายลดลงร้อยละ 18 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุเด็กพบว่าอัตราการตายจากการบาดเจ็บและสารพิษในกลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปี ลดลงมากที่สุดคือร้อยละ 43 ขณะที่กลุ่มเด็ก 5-9 ปี ลดลงร้อยละ 21 และกลุ่ม 10-14 ปี กลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 29[1] (รูปที่ 1)

การเปลี่ยนแปลงอัตราการตายของการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษระหว่างปี 2545 และ 2557



ในปี พ.ศ. 2557 จมน้ำเป็นสาเหตุหลักการตายของเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี จราจรเป็นสาเหตุหลักการตายของเด็กอายุ 10-14 ปี การขาดอากาศหายใจจากเหตุต่างๆ ที่ไม่ใช่การจมน้ำเป็นเหตุนำการตายสำคัญลำดับที่ 3 ของเด็กเล็ก (เด็กปฐมวัย) รองจากจมน้ำและจราจร ขณะที่ไฟฟ้าเป็นเหตุนำการตายลำดับที่ 3 ของเด็กโต (เด็กวัยเรียน) รองจากจราจรและความรุนแรง นอกจากนั้นกลุ่มเด็กเล็กยังพบการบาดเจ็บบ่อยในอาคาร บริเวณรอบอาคารเช่น พลัดตก ความร้อน แรงกล ชนกระแทก และสารพิษ การบาดเจ็บเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์ และโครงสร้างอาคารทางกายภาพรอบตัวเด็ก ในขณะที่กลุ่มเด็กโตยังพบการบาดเจ็บบ่อยในชุมชน พื้นที่เล่นต่างๆ เช่น สนามเด็กเล่นสนามกีฬา[1]

สถานการณ์ภัยอุบัติเหตุ ความไม่ปลอดภัยในเด็กจากอุบัติเหตุ (เช่น จมน้ำ จราจร พลัดตก ความร้อน ไฟฟ้า สิ่งของชนกระแทกทิ่มแทง สัตว์ เป็นต้น) ผลิตภัณฑ์อันตรายรอบตัวเด็ก (เช่น ของเล่น ของใช้) สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มลภาวะต่างๆ (เช่น สารพิษจากโรงงาน อากาศ ขยะ) ภัยพิบัติต่างๆ (เช่น น้ำท่วม) และภัยเด็กจากการถูกกระทำความรุนแรง (เช่น การทำร้ายร่างกายเด็ก) ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของร่างกายในรูปแบบของการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษต่ออวัยวะต่างๆ (inuries and poisoning)

เด็กทารก (น้อยกว่า 1 ปี) เสียชีวิตจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษปีละ 15 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นแล้ว การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความรุนแรงยังเป็นปัญหาไม่มาก แต่ในทางตรงกันข้ามการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มเด็กปฐมวัยที่อายุมากกว่า 1 ปี โดยมีอัตราการตายในปี 2557 ในกลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปีเท่ากับ 18.5 ต่อ 100,000 คน[1]

จมน้ำ จมน้ำเป็นเหตุนำการตายอันดับหนึ่งของเด็กปฐมวัย แต่มีแนวโน้มการตายลดลงอย่างชัดเจน เด็กวัยนี้มักจมน้ำตายในอาคาร ขณะผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่เผลอเรอชั่วขณะ ในปี 2557 เด็กเล็กอายุ 1-4 ปี ตาย จากการจมน้ำร้อยละ 59 ของการตายจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษทั้งหมด เป็นจำนวนการตาย 295 คน อัตราการตาย 8.6 ต่อ 100,000 คน

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ในปี 2557 เด็กเล็กอายุ 1-4 ปี ตายจากการจราจรร้อยละ 32 ของการตายจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษทั้งหมด เป็นจำนวนการตาย 203 คน อัตราการตาย 5.9 ต่อ 100,000 คน การโดยสารรถจักรยานยนต์เป็นเหตุนำการตายจากความไม่ปลอดภัยทางถนนคิดเป็นร้อยละ 60-70 อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มการตายจากการเดินถนน ถูกรถชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองมากขึ้น นอกจากนั้นพบว่ามีสัดส่วนการตายจากรถยนต์เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่สัดส่วนของการตายจากรถจักรยานยนต์ลดลงปีต่อปี ตัวอย่างการสำรวจในช่วงเทศกาล 7 วันอันตรายของวันสงกรานต์ปี 2554 พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของการตายจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มอายุนี้เกิดจากการโดยสารรถยนต์ประเภทต่างๆ อีกร้อยละ 50 เกิดจากรถจักรยานยนต์ ศูนย์วิจัยความปลอดภัยในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้สำรวจความปลอดภัยในเด็กในพื้นที่ 9 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า ผู้โดยสารเด็กไม่ใช้หมวกนิรภัยถึงร้อยละ 93.2 เป็นวิถีชีวิตที่เคยชินกับความเสี่ยงของผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ผู้นำท้องถิ่น หรือแม้แต่ตำรวจเอง ทั้งๆ ที่เข้าข่ายความผิดตามพระราชบัญญัติจราจร รวมทั้งการละเลยต่อการคุ้มครองเด็กให้ปลอดภัยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ร้อยละ 72 ของผู้ดูแลเด็กที่เป็นผู้ขับขี่รู้ว่าในตลาดมีหมวกนิรภัยสำหรับเด็กแล้ว แต่ร้อยละ 36 เท่านั้นที่ได้จัดหาหมวกนิรภัยไว้ให้เด็กแล้ว อย่างไรก็ตามร้อยละ 6.8 เท่านั้นที่สวมหมวกนิรภัย

การขาดอากาศหายใจจากเหตุต่างๆ นอกจากการจมน้ำ นอกจากสองสาเหตุหลักนี้พบว่าการขาดอากาศหายใจจากเหตุต่างๆ นอกจากการจมน้ำ เช่น สำลักสิ่งต่างๆ เข้าหลอดลม เส้นสายรัดคอ ใบหน้าหรือทางเดินหายใจถูกกดทับ เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของกลุ่มเด็กปฐมวัย มีการตายปีละ 35-50 ราย ส่วนใหญ่เกิดจากการเผอเรอหรือปล่อยปละละเลยของผู้ดูแล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กอันตราย เด็กเล่นสิ่งของ ของเล่นที่ไม่เหมาะสม หรือเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ รอบตัวเด็กที่ออกแบบไม่เหมาะสม ในปัจจุบันมีเพียงของเล่นเท่านั้นที่มีมาตรฐานความปลอดภัยควบคุม แต่ของใช้หลายชนิดยังไม่มีมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับเด็ก ในระดับประเทศไม่มีระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์

อันตรายเช่นเดียวกับประเทศพัฒนา แม้มีกฎหมายความรับผิดทางผลิตภัณฑ์แล้วก็ตาม แต่ยังนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกันได้น้อยมาก

การบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้า การตายจากไฟฟ้าเป็นสาเหตุอันดับสามของเด็กปฐมวัย มีการตายปีละ 25-32 ราย การตายจากการพลัดตกมักเกิดในเด็กปฐมวัย มีรายงานการตาย 5-9 รายต่อปี แต่ทั้งสองกรณีเป็นเหตุจากผลิตภัณฑ์ ลักษณะอาคาร เครื่องใช้ไฟฟ้าและการเดินระบบไฟฟ้าที่ขาดมาตรฐาน ร่วมกับการขาดการดูแลในเด็กเล็ก ในระดับประเทศไม่มีกฎหมายควบคุมการออกแบบราวระเบียงสำหรับตึกสูงเพื่อป้องกันการตกของเด็ก การสำรวจโรงเรียนกว่า 400 โรงของการไฟฟ้านครหลวงพบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการวางระบบสายดินที่ถูกวิธี ในเด็กปฐมวัยอุบัติเหตุจากไฟฟ้าเกิดขึ้นในบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ บ้านเรือนส่วนใหญ่ไม่มีระบบป้องกัน เช่น สายดิน เครื่องตัดไฟอัตโนมัติ สาเหตุมักเกิดจากเด็กไปเล่นปลั๊กไฟ เครื่องใช้ไฟฟ้าหรือสายไฟ โดยผู้ดูแลเผลอชั่วขณะ และสภาพการจัดอุปกรณ์ไฟฟ้ารอบอาคารอยู่ในลักษณะที่มีความเสี่ยงสำหรับเด็ก เช่น ปลั๊กไฟอยู่ต่ำ ไม่ใช้ที่ครอบปลั๊กไฟ เป็นต้น

สถานการณ์ภัยสาธารณะและภัยพิบัติ ในประเทศไทยน้ำท่วมเป็นภัยพิบัติที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในมหาอุทกภัยปี 2554 ที่ผ่านมา กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้รายงานผู้เสียชีวิตจากเหตุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วมรวม 813 ราย ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ.2555[2] ได้ศึกษาเด็กที่เสียชีวิตในช่วงมหาอุทกภัยใน 15 จังหวัด ของภาคเหนือและภาคกลาง ได้แก่ ตาก สุโขทัย กำแพงเพชร พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท สิงห์บุรี อ่างทอง อยุธยา ลพบุรี สุพรรณบุรี นนทบุรี ปทุมธานี และนครปฐม รวม 664 รายพบว่า มีเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ตายโดยมีเหตุการตายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำท่วมรวมจำนวน 62 รายจากทั้งหมด 664 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 โดยกลุ่มเด็กอายุต่างๆ กันได้แก่ กลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มอายุ 5-9 ปี กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีจำนวนการตายที่เท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 33 ในแต่ละกลุ่ม จังหวัดที่มีจำนวนเด็กตายมากที่สุด 5 จังหวัดแรกตามลำดับ ได้แก่ อยุธยา (14 ราย) พิจิตร (10 ราย) นครสวรรค์ (8 ราย) สุพรรณบุรี (5 ราย) และนนทบุรี (4 ราย) รวม 5 จังหวัดนี้มีเด็กตายร้อยละ 66.1 (41 ราย) เด็กที่ตายจากภาวะน้ำท่วมนี้ เป็นการตายจากการจมน้ำ 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.8 ของการตายในเด็กทั้งหมด ไฟฟ้าลัดวงจร 1 ราย และโดนงูกัด 1 ราย

มีการตายจากไฟฟ้าลัดวงจรในเด็ก 1 รายในนครสวรรค์ แต่มีรายงานในผู้ใหญ่จำนวน 61 รายจาก 664 ราย (9.1%) จังหวัดนนทบุรีและนครปฐมเป็นจังหวัดที่มีอันตรายจากไฟฟ้าลัดวงจรสูงสุด โดยนนทบุรีไฟฟ้าลัดวงจรเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 35 ของการตายทั้งหมด (14 รายใน 40 ราย) ขณะที่นครปฐมมีรายงานถึงร้อยละ 30 (11 รายใน 36 ราย)

ลักษณะการจมน้ำตายของเด็กปฐมวัยจะมีลักษณะเป็นการพลัดตกลงไปในแหล่งน้ำ จากบริเวณอาคารหรือศูนย์พักพิง เด็กมักเป็นวัยที่ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้ ผู้ปกครองมักรู้ว่าเด็กไม่สามารถช่วยตัวเองได้หากตกน้ำ แต่ผู้ดูแลขาดการดูแลเพียงชั่วขณะ เด็กกลุ่มนี้ทั้งหมดเสียชีวิตภายในอาคารและรอบๆ อาคาร ทั้งที่เป็นบ้านตนเองและอาคารที่อพยพไปอยู่ชั่วคราว เหตุเกิดขึ้นขณะเด็กนอนหรือเล่น และผู้ปกครองเผลอเรอชั่วขณะ เช่น ไปล้างจาน แต่งตัว งีบหลับ มีการตายอีกลักษณะหนึ่ง เป็นการโดยสารเรือแล้วเรือล่มจากสภาพเรือที่สร้างเองจากวัสดุต่างๆ เรือที่บรรทุกน้ำหนักเกินกว่าที่จะรับได้ หรือเรือที่ประสบเหตุชนกับโครงสร้างใต้น้ำซึ่งผู้นำเรือมองไม่เห็น เด็กปฐมวัยมักไม่ได้รับการป้องกันโดยการใส่ชูชีพในการโดยสารเรือ หรือการใช้ชีวิตใกล้แหล่งน้ำ

สถานการณ์ความรุนแรง ปัจจุบันพบปัญหาการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักระบาดวิทยา ได้รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ โดยใช้ฐานข้อมูล จากโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พบว่า ในปี พ.ศ. 2550-2554 สังคมไทยใช้ความรุนแรง ทำร้ายสตรีและเด็ก ต้องส่งโรงพยาบาลภาครัฐจำนวน 117,506 ราย เฉลี่ยปีละ 23,501 ราย ในปี พ.ศ. 2554 มีเด็กและสตรีถูกกระทำจำนวน 22,565 ราย เป็นเด็ก 11,491 ราย ปัญหาที่พบในกลุ่มเด็กอันดับ 1 คือ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบ 8,518 ราย รองลงมาคือ ทางร่างกาย 2,413 ราย และทางด้านจิตใจ 262 ราย ผู้ทำร้ายส่วนใหญ่คือคนรู้จัก สาเหตุหลักคือผู้กระทำได้รับแรงกระตุ้นจากสื่อลามก ความใกล้ชิด และโอกาสเอื้ออำนวย รองลงมาคือการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เด็กที่เกิดจากครอบครัวที่มีปัญหาพ่อแม่ตีกัน อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สำหรับเด็กปฐมวัยพบว่า เด็กวัยนี้ยังเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายทั้งการฟันด้วยของมีคม การยิง การทุบตีด้วยของแข็ง และการทำให้ขาดอากาศโดยการรัดคอ หรือจับกดน้ำ โดยมีอัตราการตายจากความรุนแรงเท่ากับ 0.4/100,000 พบว่าการตายกรณีนี้ยังมีการซ่อนเร้นอยู่มาก รายงานที่เป็นทางการจะต่ำกว่าความเป็นจริง

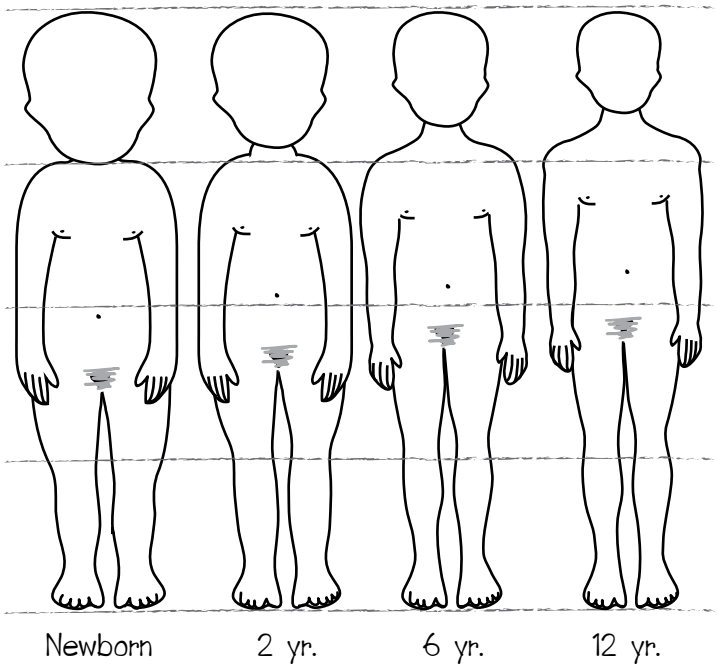
ปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และการได้รับสารพิษของเด็กปฐมวัย

ปัจจัยด้านพัฒนาการทางร่างกาย

เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ย่อส่วน เด็กมีลักษณะกายภาพและพัฒนาการที่เฉพาะตัว ในแต่ละวัยจะมีความเฉพาะตัวในวัยนั้นแตกต่างกันไป ลักษณะการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น สัดส่วนศีรษะต่อลำตัวของเด็กทารกจะมีขนาดใหญ่ ทำให้ศีรษะมีโอกาสที่จะได้รับบาดเจ็บได้ง่าย ขนาดศีรษะที่ใหญ่ส่งผลให้มวลสารด้านบนมีมาก จุดศูนย์ถ่วงอยู่สูง ในขณะที่จุดหมุนของลำตัวจะอยู่ต่ำกว่า คือ อยู่ที่ข้อสะโพก(hip joint) จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจะลดต่ำลงมาอยู่ที่กระดูกหัวเหน่าหรือประมาณจุดกลางลำตัว เมื่ออายุ ประมาณ 10 ปี ขนาดศีรษะที่ใหญ่และหนัก ทำให้เมื่อมีการพลัดตกจากที่สูง ศีรษะเด็กมักตกเป็นส่วนนำและกระแทกกับพื้นก่อนส่วนอื่นของร่างกาย

สำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เกาะยืนหรือยืนได้แล้ว แต่จุดศูนย์ถ่วงอยู่สูง ในขณะที่จุดหมุนของลำตัวอยู่ที่ข้อสะโพก ทำให้เมื่อเด็กเกาะถังน้ำแล้วก้มมองน้ำทำให้เด็กพลิกคว่ำ ศีรษะจุ่มลงในถังน้ำได้ง่าย

เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปีเมื่อศีรษะได้รับแรงกระแทกอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอและไขสันหลังได้ง่ายเนื่องจากขนาดศีรษะที่ใหญ่ กล้ามเนื้อและกระดูกต้นคอที่ยังไม่แข็งแรงเต็มที่ กระดูกต้นคอของเด็กวัยนี้มีจุดหมุนที่สูง เมื่อกระดูกต้นคอหักหรือเคลื่อนจะกดไขสันหลังระดับสูงๆ ก่อให้เกิดการอ่อนแรงของทั้งแขนและขา และกล้ามเนื้อที่ช่วยการหายใจหยุดทำงานได้ บางครั้งไม่มีภาวะกระดูกต้นคอหักเกิดขึ้น แต่การก้มหงายศีรษะอย่างรวดเร็วรุนแรงในเด็กวัยนี้ ก่อให้เกิดการช้ำของไขสันหลัง และเกิดภาวะอ่อนแรงดังกล่าวได้โดยไม่มีภาวะกระดูกต้นคอหักได้[3]



ภาพที่ 2 แสดงสัดส่วนศีรษะและลำตัวของเด็กเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่

ที่มา ดัดแปลงจาก Kliegman, RM, et al. (2007) Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition. USA; 38

เด็กปฐมวัยมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของร่างกาย มีความเจริญทางกระดูก กล้ามเนื้อมัดใหญ่โตเร็ว มีความเจริญทางสมองและเส้นประสาท ชอบเล่นคนเดียว เข้าใจคำสั่งและปฏิบัติตามคำสั่งที่ไม่ซับซ้อนได้ รู้ว่าอะไรที่ผู้เลี้ยงดูชอบให้ปฏิบัติ อะไรไม่ชอบ แต่ยังไม่สามารถเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติได้ จึงยังไม่สามารถเรียนรู้อันตราย ความเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างแท้จริง เมื่ออายุ 2 ปี จะมีพฤติกรรมต่อต้าน สร้างความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เด็กวัย 2-6 ปี มีร่างกายและกล้ามเนื้อต่างๆ เจริญเติบโตมากขึ้น มีกำลังมากขึ้น มีความสนใจกิจกรรมต่างๆ แต่ยังมีความตั้งใจเป็นระยะเวลาสั้น สามารถเล่นในสิ่งที่สนใจได้ประมาณ 10 นาที มีพัฒนาการทางสังคม เข้ากลุ่มเล็กได้ไม่เกิน 4-5 คน มีความคิดสร้างสรรค์ จินตนาการและชอบเลียนแบบ ชอบกิจกรรมผาดโผนและเคลื่อนไหวตลอดเวลา เช่น กระโดด วิ่ง เขย่ง ควบม้า คลานหกสูง ฯลฯ มีความแข็งแรงพอที่จะห้อยโหนได้

ปัจจัยด้านพฤติกรรม

เด็กทารก (แรกเกิดถึง 1 ปีแรก) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กทารก 4 เดือน ยังมีกล้ามเนื้อต้นคอที่ไม่แข็งแรง ระบบประสาทในการควบคุมการเคลื่อนไหวยังไม่สมบูรณ์ เด็กวัยนี้ไม่สามารถยกศีรษะไปมาได้ ดังนั้น เด็กวัยนี้มีความเสี่ยงต่อการขาดอากาศหายใจได้จากท่านอน หรือการใช้

เครื่องนอนที่ไม่เหมาะสม การนอนคว่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดอากาศหายใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากใช้เบาะที่นอนที่อ่อนนุ่ม หมอนใบใหญ่ ผ้าห่มหนา

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก

เด็กปฐมวัยเป็นเด็กที่ยังมีความคิดที่ตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุและผลได้อย่างแท้จริง ทำให้ยังไม่เข้าใจในความเสี่ยงต่างๆ ต่อความไม่ปลอดภัยได้ ดังนั้นเด็กปฐมวัยยังต้องการการดูแลใกล้ชิด ผู้ดูแลเด็กควรให้การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีในระยะมองเห็นและคว้าถึง สำหรับเด็กวัย 3-6 ปี อาจอยู่ในระยะไกลกว่าช่วงแขนคว้าถึงได้ แต่ยังคงต้องควรดูแลในระยะมองเห็นตลอดเวลาและเข้าถึงได้ทันที

จากการศึกษาเด็กปฐมวัยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุพบว่า ลักษณะของสภาพของผู้ปกครองที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย มีบ้านลักษณะที่พักแบบชุมชนแออัดในเมือง หรือชุมชนยากจนชานเมือง มีปัญหา ครอบครัวหย่าร้าง แตกแยก มีการศึกษาไม่สูง ไม่วางแผนเตรียมพร้อมในการมีบุตร ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายรายย่อย ขาดความมั่นคงในรายได้ จากการศึกษาเด็กที่ถูกดูแลไม่เหมาะสมถูกลงโทษรุนแรงหรือถูกทารุณกรรมพบว่า ผู้ดูแลเด็กมักมีลักษณะเป็นผู้ดูแลเด็กที่อายุน้อย วัยรุ่น ติดสารเสพติด สุรา มีประวัติก่ออาชญากรรม พฤติกรรมความรุนแรง ตกงานไม่มีงานทำ มีพฤติกรรมการขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุม อารมณ์โกรธไม่ได้ (หรือมีผู้เคยสังเกตเห็นปฏิสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็กที่ไม่เหมาะสม หรือมีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงฉุนเฉียว) มีประวัติเติบโตในครอบครัวที่มีการดูแลบกพร่อง ถูกทอดทิ้ง หรือถูกกระทำความรุนแรงมาก่อน

สำหรับผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมักพบปัญหาจำนวนผู้ดูแลไม่เพียงพอ จำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเด็กเพื่อให้การดูแลที่ทั่วถึงได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก 1 คนสามารถดูแลเด็กวัยทารก 0-1 ปี ได้ 3 คน เด็กวัยเตาะแตะ 1-2 ปี ได้ 5 คน เด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปี ได้ 10 คน นอกจากนั้น คุณภาพของผู้ดูแลยังคงต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลเด็กใน 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการเจริญเติบโตและการให้อาหารที่เหมาะสม ด้านพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มัดเล็ก ด้านพัฒนาการด้านสังคม ด้านพัฒนาการใช้ภาษาของเด็ก ด้านอารมณ์และการลงโทษที่เหมาะสม ด้านพัฒนาการด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันการบาดเจ็บ ด้านการดูแลสุขอนามัยและการติดเชื้อที่พบบ่อย และด้านการปฐมพยาบาล

ปัจจัยด้านสังคม : ตัวกำหนดสำคัญของความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของเด็กปฐมวัย

เด็กในครอบครัวยากจนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการตายจากความไม่ปลอดภัย[5,6,7] เด็กในครอบครัวกลุ่มคนยากจนเมืองในจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจเติบโตสูง มีอัตราการตายจากการบาดเจ็บและได้รับสารพิษสูงสุด

การศึกษาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2542-2544 พบว่า เด็กใน 19 จังหวัดที่รวยที่สุดนั้น มีอัตราการตายของเด็ก 1-4 ปี จากการบาดเจ็บและได้รับสารพิษสูงสุด รวมทั้งมีอัตราการตายจากการจมน้ำสูงสุด ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยต่อปีของอัตราการตายจากการบาดเจ็บรวม การจมน้ำและจราจรในเด็กกลุ่มอายุ 1-4 ปี (ต่อ 100,000 คน ต่อปี) : ปี พ.ศ. 2542-2544

	การบาดเจ็บรวม		การจมน้ำ		จราจร	
	เด็กชาย	เด็กหญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง
19 จังหวัดที่ยากจนที่สุด	33.6	20.4	21.1	10.5	4.5	4.2
19 จังหวัดที่มั่งคั่งลำดับ 3	35.0	22.1	17.8	9.8	6.4	3.3
19 จังหวัดที่มั่งคั่งลำดับ 2	41.0	26.5	22.1	10.8	8.9	5.7
19 จังหวัดมั่งคั่งที่สุด	44.6	26.1	27.1	14.0	7.2	5.4

การตายจากการบาดเจ็บในเด็กเมือง ส่วนใหญ่แล้วเป็นการตายในกลุ่มชุมชนยากจนในเมือง ซึ่งพบว่ามีความเหลื่อมล้ำอย่างมากในเรื่องของความปลอดภัย ระหว่างกลุ่มเด็กในชุมชนทั่วไปและเด็กในชุมชนแออัด ที่รายได้ครัวเรือนอยู่ใต้เส้นความยากจน กลุ่มคนจนเมืองเหล่านี้แม้มีรายได้ครัวเรือนเทียบเท่าหรือดีกว่าครัวเรือนในชนบท แต่มีอัตราการตายของกลุ่มเด็กปฐมวัยที่สูงสุด เนื่องจากมีความเป็นอยู่ที่เลวร้ายกว่าครัวเรือนในชนบท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตายของเด็กในกรุงเทพฯ จำนวน 123 คน ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษในปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า

1. ร้อยละ 69 ของเด็กที่เสียชีวิตอาศัยอยู่ในอาคารที่ครัวเรือนไม่ได้เป็นเจ้าของที่ดิน แต่เป็นที่ดินที่มีการบุกรุกมาก่อน เจ้าของที่ดินอาจเป็นหน่วยงานราชการหรือเอกชน ในขณะนี้อยู่อาศัยด้วยข้อตกลงร่วมกันในการจ่ายเป็นค่าเช่าที่ มีข้อจำกัด ไม่สามารถปลูกสิ่งก่อสร้างถาวรได้ ลักษณะชุมชนมีความแออัด ไม่สามารถพัฒนาโครงสร้างสาธารณะของชุมชนได้ ชุมชนเช่นนี้เรียกว่าชุมชนแออัด ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในกรุงเทพมหานคร เด็กปฐมวัยสามารถจมน้ำได้รอบอาคารที่พักอาศัย เพราะมีแหล่งน้ำอยู่ใต้ถุนอาคารรอบๆ อาคาร

2. ร้อยละ 44 เป็นครอบครัวที่มีการหย่าร้าง เมื่อมีการหย่าร้างของผู้ปกครองเด็ก ผู้ปกครองต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง หรือให้เด็กอยู่ในการดูแลของ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้องเป็นหลัก หรือจ้างเพื่อนบ้าน จ้างผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลเด็กน้อยลงไปด้วย เด็กมีโอกาสเสียชีวิตสูง ผู้ปกครองของเด็กที่หย่าร้างส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองวัยรุ่น ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร

3. ร้อยละ 51 ผู้ปกครองเด็กที่เสียชีวิตทั้งพ่อและแม่ หรือผู้ดูแลหลักจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และร้อยละ 93 ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับ คือ มัธยมปีที่ 3 ผู้ปกครองของเด็กที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกจากประสบการณ์ หรือสอบถามความรู้เพิ่มเติมจากเพื่อนบ้าน ไม่ได้เตรียมพร้อมและเตรียมความรู้ในการมีบุตรที่ดี

4. ร้อยละ 50 ของผู้ปกครองของเด็กที่เสียชีวิตมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น ก่อสร้าง ซักผ้า ทำเครื่องประดับ ขับแท็กซี่ ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ขับรถส่งของ ลักษณะอาชีพมีที่ทำงานในละแวกชุมชน อีกร้อยละ 35 ประกอบอาชีพค้าขายรายย่อย เช่น ขายพวงมาลัย ลูกชิ้น อาหารตามสั่ง ขนม ร้านค้าของชำ และอื่นๆ ในพื้นที่ไม่ไกลจากบ้านเรือนเช่นเดียวกัน ลักษณะงานต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพเป็นเวลานาน ทำงานไม่เป็นเวลา ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด และมีรายได้ไม่สูงนัก อาจเรียกได้ว่าเป็นคนทำงานหาเช้ากินค่ำ

จากข้อมูลนี้สรุปได้ว่า ลักษณะของสภาพของผู้ปกครองที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย มีบ้านลักษณะที่พักแบบชุมชนแออัดในเมือง หรือชุมชนยากจนชานเมือง มีปัญหาครอบครัวหย่าร้างแตกแยก มีการศึกษาไม่สูง ไม่วางแผนเตรียมพร้อมในการมีบุตร ประกอบอาชีพรับจ้างค้าขายรายย่อย ขาดความมั่นคงในรายได้

ข้อเสนอในการสร้างเสริมความปลอดภัย ป้องกันปัญหาการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษของเด็กปฐมวัยในระดับต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาเด็กอย่างยั่งยืน

การสร้างเสริมความรับรู้และทักษะการจัดการความปลอดภัยแก่ผู้ดูแลเด็ก

จากการเฝ้าระวังการตายของเด็กปฐมวัยพบว่า แนวโน้มการตายลดลงต่อเนื่องตลอดทศวรรษที่ผ่านมา และกราฟแนวโน้มยังบ่งบอกว่าทิศทางยังลดลงต่อไปได้ดี ทั้งการจมน้ำ อุบัติเหตุจราจร และการบาดเจ็บอื่นๆ เช่น การขาดอากาศหายใจจากเหตุอื่นๆ ไฟฟ้า การพลัดตก ซึ่งการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษของเด็กกลุ่มนี้ มักเกิดขึ้นในบ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้าน ในขณะที่เด็กอยู่ภายใต้การดูแลโดยผู้ใหญ่คนใดคนหนึ่ง

การป้องกันการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษภายในบ้าน ยังคงต้องเน้นการเสริมแรงบวกให้ผู้ปกครองตระหนักในภัยใกล้ตัวเด็ก และมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้การดูแลใกล้ชิด ทั้งความรู้ทักษะการเลี้ยงดู รวมทั้งความสามารถในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและผลิตภัณฑ์ภายในบ้านและรอบบ้านให้มีความปลอดภัยสำหรับเด็ก

การป้องกันการจมน้ำ

การจมน้ำเป็นเหตุนำการตายอันดับหนึ่งของเด็กปฐมวัย แต่มีแนวโน้มการตายลดลงอย่างชัดเจน เด็กวัยนี้มักจมน้ำตายในอาคาร ขณะผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่เผลอเรอชั่วขณะ การสื่อความรู้ทั้งโดยตรงและผ่านสื่อสาธารณะทำให้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กรับรู้ และจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านรอบบ้านได้ทันที รวมทั้งทำให้มีความตั้งใจระมัด ระวังในการดูแลเด็กเล็กใกล้ชิดมากขึ้น ในปี 2557 เด็กเล็กอายุ 1-4 ปี ตายจากการจมน้ำร้อยละ 59 ของการตายจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษทั้งหมด เป็นจำนวนการตาย 295 คน อัตราการตาย 8.6 ต่อ 100,000 คน

ขณะที่ในเด็กวัยเรียนระดับประถมอายุ 5-9 ปี มีแนวโน้มการตายจากการจมน้ำลดลงอย่างเชื่องช้า เด็กวัยนี้มักตายในแหล่งน้ำไกลบ้าน แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นแหล่งน้ำในชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่หรือเส้นทางจากบ้านไปโรงเรียน พ่อแม่ไม่ได้เฝ้าดูใกล้ชิดเพราะเป็นวัยเริ่มวิ่งเล่นกับเพื่อนนอกบ้าน ผู้ดูแลมักคิดว่าเด็กวัยนี้จะต้องรู้ความเสี่ยงและหลีกเลี่ยงภัยได้ด้วยตนเอง ในปี 2557 เด็กวัยเรียน 5-9 ปี ตายจากการจมน้ำร้อยละ 65 ของการตายจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษทั้งหมด เป็นจำนวนการตาย 507 คน อัตราการ ตาย 11.52 ต่อ 100,000 คน

ในแต่ละปีมีเด็กปฐมวัยทั้งทารก วัยเตาะแตะ และวัยอนุบาลต้องเสียชีวิตเพราะจมน้ำในถังน้ำ กะละมัง ตุ่ม โอ่ง อ่างอาบน้ำในบ้าน ดังนั้นการกำจัดแหล่งน้ำที่ไม่จำเป็นในบ้าน เช่น การคว่ำกะละมัง ปล่อยน้ำในอ่างอาบน้ำทิ้งทันทีหลังใช้งานเสร็จ การปิดแหล่งน้ำ แยกแหล่งน้ำไม่ให้เด็กเข้าถึง เช่น การปิดฝาตุ่ม โอ่ง ปิดประตูห้องน้ำ ทำรั้วกั้นบ่อเลี้ยงปลา การจำกัดพื้นที่เด็กไม่ให้เข้าใกล้แหล่งน้ำ เช่น การทำรั้วเสริมปิดกั้นไม่ให้เด็กออกนอกบ้าน เป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันการจมน้ำในเด็กปฐมวัย

แหล่งน้ำบริเวณละแวกอาคารและในชุมชน เป็นจุดเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการจมน้ำในเด็กปฐมวัยที่อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป แหล่งน้ำละแวกอาคาร เช่น บ่อเลี้ยงปลา บ่อบัว สระว่ายน้ำในบ้าน แหล่งน้ำบริเวณ ชุมชน เช่น บ่อน้ำ หรือสระน้ำใช้ของชุมชน สระว่ายน้ำของหมู่บ้านหรือของโรงเรียน

แนวทางการป้องกัน ได้แก่

1. สร้างความตระหนักของผู้ดูแลเด็กในความเสี่ยงต่อการจมน้ำ

ผู้ดูแลเด็กต้องให้การดูแลเด็กปฐมวัยอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้เด็กวัยนี้อยู่โดยลำพัง ผู้ปกครองต้องดูแลแบบมองเห็นเด็กตลอดเวลา หากเป็นเด็กน้อยกว่า 3 ปี ต้องอยู่ในระยะที่มองเห็นและคว้าถึง หากเป็นกลุ่ม 3-6 ปี ต้องอยู่ในในระยะมองเห็นและเข้าถึง ผู้ดูแลเด็กต้องดัดแปลงบริเวณละแวกอาคารให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะเผลอชั่วขณะ เช่น ผู้ดูแลงีบหลับ ผู้ดูแลทำงานบ้าน โดยกั้นประตูหรือรั้วไม่ให้เด็กออกไปนอกอาคาร กั้นรั้วบ่อเลี้ยงปลา หรือสระว่ายน้ำในบริเวณละแวกบ้าน เป็นต้น ผู้บริหารชุมชนต้องให้ความสำคัญในการป้องกันเด็กจมน้ำในบริเวณชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยตรง โดยจัดทำรั้วกั้นแหล่งน้ำในบริเวณชุมชนให้มีความสูงอย่างน้อย 120 เซนติเมตร เช่น บ่อน้ำใช้ในบริเวณรอบๆ บ้าน สระว่ายน้ำในโรงเรียนหรือในศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น ประตูรั้วที่ใช้ประกอบกับรั้วต้องสามารถปิดล๊อคได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเปิดประตูเองและเข้าไปเล่นใกล้แหล่งน้ำได้

การจมน้ำบริเวณละแวกอาคารและในชุมชน มักเกิดขึ้นจากผู้ดูแลเด็กประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมต่ำ และคาดหวังพัฒนาการของเด็กสูงกว่าความเป็นจริง ทั้งๆ ที่เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่เข้าใจเหตุผลความเสี่ยงและต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด แต่ผู้ดูแลเด็กมักไม่ได้เฝ้าดูเด็กตลอดเวลา เด็กได้รับอนุญาตให้เดินหรือเล่นนอกอาคารได้โดยผู้ดูแลมิได้ติดตามใกล้ชิด ผู้ดูแลเด็กไม่คิดว่าแหล่งน้ำบริเวณละแวกอาคารและในชุมชนจะเป็นอันตราย

2. สร้างการเรียนรู้ฝึกทักษะความปลอดภัยทางน้ำแก่เด็กกลุ่ม 5-9 ปี

ในทศวรรษต่อไป ต้องเสริมกลยุทธการเรียนรู้ฝึกทักษะความปลอดภัยทางน้ำแก่เด็กกลุ่ม 5-9 ปีอย่างจริงจัง โดยเน้นทักษะชีวิตเพื่อความปลอดภัยทางน้ำ 5 ประการ ได้แก่ รู้จักและหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้จุดเสี่ยง ลอยตัวได้ 3 นาที ว่ายท่าอะไรก็ได้ 15 เมตรเพื่อตะกายเข้าฝั่ง ช่วยเพื่อนถูกวิธีโดยการตะโกน โยน ยื่น และใช้ชูชีพเสมอเมื่อจำเป็นต้องเดินทางทางน้ำ หรือต้องทำกิจกรรมใกล้แหล่งน้ำเสี่ยง กลยุทธที่จะทำให้ เกิดการสอนการฝึกทักษะทั้ง 5 ได้ในวงกว้าง คือ ต้องเสริมพลังผู้สอนนอกระบบการศึกษา เช่น ครูสอนว่ายน้ำตามสระต่างๆ ให้สามารถรับภารกิจนี้ไปดำเนินการให้ได้ เพราะลำพังอาศัยการขยายผ่านโรงเรียนในระบบพบว่ามีอุปสรรคมากมาย ไม่สามารถจัดการสอนการฝึกทักษะความปลอดภัยทางน้ำ 5 ประการได้ทันการตายรายวันของเด็ก

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ในปี 2557 เด็กเล็กอายุ 1-4 ปี ตายจากการจราจรร้อยละ 32 ของการตายจากการบาดเจ็บและการได้รับสารพิษทั้งหมด เป็นจำนวนการตาย 203 คน อัตราการตาย 5.9 ต่อ 100,000 คน การโดยสารรถจักรยานยนต์เป็นเหตุนำการตายจากความไม่ปลอดภัยทางถนน คิดเป็นร้อยละ 60-70 อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มการตายจากการเดินถนน ถูกรถชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความเป็นเมือง

นอกจากนั้นพบว่า มีสัดส่วนการตายจากรถยนต์เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่สัดส่วนของการตายจากรถจักรยานยนต์ลดลงปีต่อปี ตัวอย่างการสำรวจในช่วงเทศกาล 7 วันอันตรายของวันสงกรานต์ ปี 2554 พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของการตายจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มอายุนี้ เกิดจากการโดยสารรถยนต์ประเภทต่างๆ อีกร้อยละ 50 เกิดจากรถจักรยานยนต์

การบาดเจ็บรุนแรงจากรถจักรยานยนต์ที่ทำให้เสียชีวิตนั้น คือ การบาดเจ็บศีรษะและสมองจากการชนกระแทก เป็นเหตุให้เกิดภาวะเลือดออกสมอง ดังนั้น หมวกนิรภัยจึงเป็นอุปกรณ์เสริมความปลอดภัยที่สำคัญที่สุด การใช้หมวกนิรภัยจักรยานสามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดอันตรายต่อศีรษะและสมองได้ถึงร้อยละ 63-88 และช่วยลดความรุนแรงของอันตรายต่อสมองลงได้ แต่ในประเทศพัฒนาไม่มีการศึกษาและพัฒนาหมวกนิรภัยสำหรับเด็กบนรถจักรยานยนต์ เพราะมีกฎหมายห้ามเด็กอายุน้อยกว่า 7-15 ปี โดยสารรถจักรยานยนต์ต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยไม่มีกฎหมายจำกัดอายุเด็กในการโดยสารรถจักรยานยนต์ แต่มีกฎหมายบังคับให้เด็กทุกวัยที่โดยสารต้องสวมใส่หมวกนิรภัย ในขณะที่ในตลาดไม่มีหมวกนิรภัยที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่าสองปี

ปัจจุบันหมวกนิรภัยที่ได้รับมาตรฐานเป็นมาตรฐานของปี พ.ศ. 2539 โดยได้รับเครื่องหมายการค้า มอก. 369/2539 ขนาดของหมวกวัดจากเส้นรอบวงศีรษะ ขนาดเล็กสุดตามมาตรฐาน คือ 500 มิลลิเมตร วัยแรกเกิดมีเส้นรอบวงศีรษะ 35 เซนติเมตร วัยอายุสองปีมีเส้นรอบวงศีรษะเฉลี่ย 49 เซนติเมตร เส้นรอบวงศีรษะเด็ก 3-5 ปี มีค่าอยู่ที่ 49-51 เซนติเมตร และเด็กอายุ 6-9 ปี มีเส้นรอบวงศีรษะที่ 51-53 เซนติเมตร แต่หมวกนิรภัยขนาดที่เล็กที่สุดที่มีการผลิตมีเส้นรอบวงศีรษะเท่ากับ 50 เซนติเมตร ส่วนใหญ่แล้วในตลาดหมวกนิรภัยที่ผู้ผลิตนิยมผลิตให้เป็นหมวกเด็กจะมีเส้นรอบวงอยู่ที่ 530-550 มิลลิเมตร มีน้ำหนักประมาณ 800 กรัม ในขณะที่ประเทศเวียดนามสามารถผลิตขนาดเล็กสุด คือ 470-500 มิลลิเมตร และมีน้ำหนักที่เบากว่า คือ น้ำหนักประมาณ 300 กรัม

ศูนย์วิจัยความปลอดภัยในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ของเด็กปฐมวัย ที่เดินทางจากบ้านมาโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยใน 9 จังหวัด จำนวนรวม 4,500 ราย ผลพบว่า ใส่หมวกนิรภัยจำนวน 304 ราย หรือ ร้อยละ 6.8 โดยพบว่า อัตราการใช้หมวกนิรภัยของจังหวัดต่างๆ อยู่ที่ระหว่างร้อยละ 1 ถึง 18.9 ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เหล่านั้นมีอัตราการใช้หมวกนิรภัยที่ร้อยละ 25.1 กลุ่มผู้ขับขี่ที่ใส่หมวกนิรภัยจะมีผู้โดยสารเด็กก่อนวัยเรียนที่ใส่หมวกนิรภัยมากกว่ากลุ่มผู้ขับขี่ที่ไม่ใส่หมวกนิรภัยถึงสามเท่า ร้อยละ 72 ของผู้ขับขี่รู้แล้วว่ามีหมวกนิรภัยสำหรับเด็กเล็กวางขายในตลาดแล้ว และร้อยละ 36.6 ได้จัดหาและมีหมวกนิรภัย พร้อมใช้อยู่แล้ว แต่ใช้จริงในวันสำรวจเพียงร้อยละ 6.8 เหตุผลหลักที่ไม่ใส่ให้เด็ก คือ ไม่ได้หยิบใส่ให้/ไม่ได้ใส่ประจำ และลืม[8]

ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้กำหนดให้เด็กที่อายุน้อยกว่า 6-7 ปี ห้ามโดยสารรถจักรยานยนต์ เพราะไม่สามารถวางเท้าบนที่วางเท้าได้ ขณะเดียวกันเด็กวัยนี้ยังไม่มีพละกำลังพอที่จะโอบกอดผู้ขับได้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการพลัดตก นอกจากนั้นโดยพัฒนาการด้านการเรียน รู้แล้วเด็กวัย 2-6 ปีนี้ ยังเป็นวัยที่ไม่เข้าใจเหตุผลอย่างแท้จริง อาจปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ดูแลแบบไม่ซับซ้อนได้ แต่ไม่สามารถรับรู้ความเสี่ยงถึงขั้นเป็นพฤติกรรมความปลอดภัยของตัวเด็กเองในการปฏิบัติ เพราะคำนึงถึงผลที่จะตามมาได้ เด็กวัย 2-6 ปีนี้ จึงต้องมีผู้ดูแลมองเห็นตลอดเวลา และอยู่ในระยะ **“มองเห็นและเข้าถึง”** การเป็นผู้โดยสารโดยการนั่งซ้อนหลังผู้ขับขี่นั้น เด็กต้องอยู่ในภาวะดูแลตนเอง เพราะผู้ขับขี่ไม่สามารถมองเห็นได้หากเด็กหลับหรือปล่อยแขนที่โอบกอด ผู้ขับขี่ไม่สามารถช่วยเหลือเด็กได้ทันที ขณะเดียวกันการโดยสารด้านหน้าทำให้บังการมองเห็นของผู้ขับ และการควบคุมการขับขี่ทำได้ยากขึ้น พระราชบัญญัติจราจรได้จำกัดการโดยสารรถจักรยานยนต์ไม่เกินสองคน ทำให้การโดยสารสามคนโดยให้เด็กนั่งกลางนั้นผิดกฎจราจร

การศึกษาโดยศูนย์วิจัยความปลอดภัยในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการนั่งโดยสารรถจักรยานยนต์สองล้อ สามล้อ และมีพ่วงข้าง พบว่าร้อยละ 27.7 ของการโดยสารรถจักรยานยนต์ของเด็กก่อนวัยเรียน ถูกจัดให้นั่งโดยสารในตำแหน่งหลังสุด ซึ่งเด็กวัยนี้เท้าเหยียบไม่ถึงที่วางเท้า ต้องใช้มือโอบกอดคนที่นั่งข้างหน้า โดยผู้ใหญ่ที่อยู่บนรถคันเดียวกันไม่สามารถมองเห็นเด็กก่อนวัยเรียนที่นั่งอยู่หลังสุด ร้อยละ 39 ของรถจักรยานยนต์บรรทุกผู้โดยสารมากกว่า 1 คน ผู้โดยสารมากที่สุด คือ 5 คน

แนวทางการจัดการความปลอดภัยรถจักรยานยนต์สำหรับเด็กปฐมวัย ได้แก่

1. เด็กปฐมวัยที่เป็นผู้โดยสารทุกคน ต้องสวมใส่หมวกนิรภัย

2. ให้คำแนะนำผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กให้หลีกเลี่ยงการนำเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี โดยสารรถจักรยานยนต์ ในอนาคตหากสังคมมีความตระหนักและยอมรับการเปลี่ยนวิธีการเดินทางได้มากขึ้น ควรพิจารณา กำหนดเป็นกฎหมายการจำกัดอายุในการโดยสารรถจักรยานยนต์ ต่อไป

3. ผลักดันให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่นจัดบริการรถสาธารณะเพื่อรองรับการเดินทางของเด็ก เพื่อให้เด็กมีทางเลือกในการเดินทาง นอกจากการใช้รถจักรยานยนต์

4. ในปัจจุบันยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงการโดยสารรถจักรยานยนต์ของเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งหมดได้ ควรแนะนำ

- ให้หลีกเลี่ยงการนำเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี โดยสารรถจักรยานยนต์ และให้มีการพัฒนาหมวกนิรภัยสำหรับเด็กที่อายุ 2 ปีขึ้นไป ให้เหมาะสม น่าใช้
- ควรมีการทบทวนกฎระเบียบการจราจรในการห้ามโดยสารมากกว่าสองคน ในกรณีที่มีผู้โดยสาร อายุน้อยกว่า 6 ปี เนื่องจากไม่สมควรจัดให้เด็กนั่งในตำแหน่งด้านหลังสุดโดยลำพัง ดังนั้นควรจัดให้เด็กนั่งในตำแหน่งตรงกลางหลังคนขับ และมีผู้โดยสารผู้ใหญ่หรือเด็กโตอีกหนึ่งคนเป็นผู้โดยสารด้านหลังสุด
- ควรมีกฎระเบียบจำกัดความเร็วของรถเมื่อมีผู้โดยสารอายุต่ำกว่า 6 ปี เช่น ไม่เกิน 40 กิโลเมตร/ชั่วโมง
- ควรมีกฎระเบียบควบคุมอายุและความสามารถเฉพาะของผู้ขับขี่ที่มีผู้โดยสารอายุต่ำกว่า 6 ปี

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยในเด็กในทศวรรษต่อไปนี้ เป็นแนวทางการดำเนินงาน ในระยะยาว ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก และ 15 มาตรการในการดำเนินงาน ดังนี้

ยุทธศาสตร์หลัก	แนวทางหลักในการดำเนินงาน
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมความเข้มแข็งของเด็ก ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในการจัดการความปลอดภัยในเด็ก	1. มาตรการเสริมสร้างความรู้ด้านความปลอดภัยแก่เด็ก ครอบครัว ชุมชนโรงเรียน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 2. มาตรการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็ก ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการจัดการความปลอดภัย 3. มาตรการยกระดับมาตรฐานในการจัดการเรียนรู้ฝึกทักษะความปลอดภัยแก่เด็กในระบบการศึกษา 4. มาตรการยกระดับมาตรฐานผู้ดูแลเด็กและระบบการดูแลเด็ก ทั้งในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านความปลอดภัย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมความเข้มแข็งและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย 5 กลุ่มภัย ในการจัดการความปลอดภัยในเด็ก	5. มาตรการส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการจัดการความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 6. มาตรการสร้างเครือข่ายความร่วมมือหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ในการจัดการ 5 กลุ่มภัย
ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย/เมืองปลอดภัย สำหรับเด็ก	7. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลและกลไกการเฝ้าระวังความไม่ปลอดภัยในเด็ก 8. มาตรการพัฒนา “มาตรฐาน” ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็กให้เทียบเท่าสากล (มาตรฐานบ้าน อาคาร สถานที่ มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์หลัก	แนวทางหลักในการดำเนินงาน
	ยานพาหนะและการเดินทาง มาตรฐานผลิตภัณฑ์ของใช้ และของเล่นเด็ก มาตรฐานพื้นที่เล่น สนามเด็กเล่น สนามกีฬาที่ปลอดภัย มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับสารพิษและมลพิษรอบตัวเด็ก) 9. มาตรการส่งเสริม “การใช้กฎหมาย” ในการจัดการความปลอดภัย ทั้งการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็กตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและผู้ดูแลเด็ก
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมคุณค่า ค่านิยมทางสังคมในการจัดการความปลอดภัยในเด็กเพื่อสร้างสังคมเกื้อกูล คุ้มครองเด็กให้ปลอดภัย	10. มาตรการ สนับสนุน พัฒนารูปแบบ การใช้สื่อสาธารณะ และสังคมออนไลน์ เพื่อสร้างคุณค่าและค่านิยมทางสังคมให้ความตระหนักในความเสี่ยงของเด็ก 11. มาตรการยกย่อง เชิดชู เด็ก ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ท้องถิ่น จังหวัด และหน่วยงานต่างๆ ที่มีนวัตกรรมและแนวทางปฏิบัติที่ดีในการจัดการความปลอดภัยแก่เด็ก 12. มาตรการ สร้างค่านิยมสิทธิความปลอดภัยขั้นต่ำ สำหรับเด็กในสังคมไทย
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้ด้านความปลอดภัยในเด็ก ให้มีความก้าวหน้า ทันสมัย และเหมาะสมสำหรับสังคมไทย	13. มาตรการสนับสนุนงานวิจัย วิเคราะห์สังเคราะห์ ด้านความปลอดภัยในเด็ก 14. มาตรการการเชื่อมโยงความรู้สากล 15. มาตรการจัดระบบการจัดการความรู้ ส่งเสริมการเชื่อมโยงความรู้ ความเชี่ยวชาญของภาคีเครือข่ายแต่ละสาขาให้มีระบบการเรียนรู้ร่วมกัน

กรณีศึกษาการบาดเจ็บในกรณีต่างๆ

กรณีเชือกหมอนข้างรัดคอ

เวลาเช้าตรู่ราว 05.00 น. คุณพ่อวัย 33 ปี ออกจากบ้านเพื่อไปซื้ออาหารสดที่ตลาดบางแค เพื่อมาทำอาหารขายอันเป็นกิจวัตร ส่วนคุณแม่วัย 26 ปี ได้ตื่นเพื่อลงมาทำความสะอาดและตระเตรียมจัดครัวจัดร้านตามปกติ

8 โมงเช้า คุณพ่อกลับจากตลาดได้เดินขึ้นไปปลุกลูกสาวดังเช่นทุกเช้า เห็นหนูน้อยซึ่งเป็นเด็กหญิงวัย 1 ขวบ 4 เดือน ยังคงนอนหลับตา แต่ใบหน้าดูเขียวคล้ำ แต่เมื่อเอื้อมมือไปสัมผัสแขนลูกสาวพบว่าเนื้อตัวของลูกนั้นเย็นเฉียบ และพบว่า ...ลำคอ มีเชือกรูดปลอกหมอน รัดแน่นอยู่รอบ คุณพ่อจึงแกะเชือกที่รัดนั้นออก และพยายามเป่าปากปั๊มหัวใจลูกแต่ลูกไม่ฟื้น เลยได้นำส่งโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด

คุณแม่ได้กล่าวว่า ปกติหนูน้อยมีสุขภาพแข็งแรง ร่าเริงและซน พ่อแม่ลูกจะนอนด้วยกันบนเบาะเดียวกัน โดยมีหมอนข้างซึ่งมีเชือกรัดปอกหมอนข้าง มีความยาวมากพอที่จะคล้องผ่านศีรษะเด็กได้

ข้อควรรู้

เด็กทารกอายุ 3-5 เดือน จะเริ่มปัดสิ่งของที่มองเห็นอยู่ตรงหน้า เริ่มหัดคว้า อย่าอุ้มเด็กขณะที่ถือของร้อน เช่น ถ้วยกาแฟ ชามน้ำแกง กาน้ำร้อน การอุ้มเด็กนั่งตักขณะมีของร้อนอยู่บนโต๊ะ เด็กอาจปัดหรือคว้าของร้อนเหล่านั้น

เด็กวัยสี่เดือนจะคว่ำได้เอง หกเดือนหงายได้ ทำให้เด็กสามารถกลิ้งไปได้ การทิ้งเด็กทารกไว้โดยลำพัง บนเตียง โต๊ะ โซฟา มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกที่สูง ถ้าไม่สามารถอุ้มได้ ให้วางเด็กไว้บนที่นอนที่วางบนพื้นราบ หรือในเปลนอนที่มีขอบกั้น หากมีความจำเป็นต้องวางเด็กบนที่สูงชั่วขณะ เช่น เก้าอี้ โซฟา เพื่อหยิบผ้าอ้อมหรือเตรียมนม ผู้ดูแลเด็กต้องวางมือหนึ่งบนตัวเด็กเสมอ ในวัยนี้ผู้ดูแลมักจัดซื้อรถที่มีลูกล้อเพื่อต้องการให้เด็กหัดเดิน แต่ผลการวิจัยพบว่าอุปกรณ์ดังกล่าวไม่ช่วยในการหัดเดิน แต่กลับทำให้พัฒนาการด้านการเดินล่าช้า รวมทั้งก่อให้เกิดการพลัดตก การเกิดอุบัติเหตุอื่นๆ จากการที่เด็กเคลื่อนที่เข้าสู่จุดอันตราย ได้เร็วกว่าวัยอันควร[9]

กรณีการใช้รถพยุงตัว

วันอังคารที่ 19 ม.ค.2558 เวลาราว 7 โมงเช้า ณ บ้านปูนชั้นเดียวแห่งหนึ่ง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี ซึ่งหน้าบ้านติดริมสระขุด คุณแม่วัย 18 ปี ได้อุ้มลูกสาววัย 5 เดือน ไปไว้ใน “รถพยุงตัว” (รถหัดเดิน) คันสีชมพู จากนั้นเธอจึงเดินไปห้องน้ำเพื่อล้างหน้าแปรงฟัน โดยปล่อยให้ลูกนั่งเล่นในรถพยุงตัวที่ลานหน้าบ้านเพียงลำพัง ระยะทางจากลานหน้าบ้านถึงห้องน้ำราว 15 เมตร แต่ระยะห่างจากลานหน้าบ้านถึงสระน้ำแค่ 3 เมตร เท่านั้น ! คุณแม่ใช้เวลาทำธุระส่วนตัวราว 5 นาที ก็เดินกลับมาเพื่อเตรียมอาหารป้อนลูกน้อย แต่ปรากฏว่าลูกสาวหายไป

คุณแม่ตามหาลูกสาว และได้พบรถพยุงตัวคันสีชมพูหน้าทิ่มลงไปในสระ โดยมีร่างของลูกน้อยจมลงไปในน้ำด้วย ในลักษณะศีรษะทิ่มน้ำและขาลอย แม้คุณแม่จะพยายามปั๊มหัวใจและรีบนำไปส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด แต่ก็สายเกินไป

ข้อควรรู้

เด็กอายุ 4-6 เดือน จะสามารถคว้ากำด้วยฝ่ามือ และเริ่มนำเข้าปาก อายุต่ำกว่า 3 ปี มักชอบหยิบสิ่งของต่างๆ ที่สนใจเข้าปาก อายุ 3-6 ปี จะนำสิ่งของที่ดูคล้ายของกินได้เข้าปาก สิ่งของที่มีขนาดเล็กกว่า 3.2 ซม. และมีความยาวสั้นกว่า 6 ซม. หากเด็กนำเข้าปากจะมีโอกาสสำลักเข้าสู่หลอดลมเด็กได้ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งสิ่งของทรงกลม เช่น ลูกปัด ลูกหิน หรือลูกแก้วเป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลเด็กต้องเก็บสิ่งของที่มีขนาดเล็ก ให้พ้นมือเด็ก และเลือกเพื่อป้องกันการสำลักและอุดตันทางเดินหายใจ

เด็กทารกอายุ 6 เดือนขึ้นไป เริ่มมีพฤติกรรมปล่อยของตกจากมือ อายุ 7-9 เดือน เริ่มมีพฤติกรรมขว้างของ ไม่ปล่อยให้เด็กถือของที่ตกแตกได้หรือของมีคมต่างๆ เช่น มีดกรรไกร เศษแก้วแตก อาจเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บที่รุนแรงได้ ฉะนั้นต้องเก็บให้มิดชิดพ้นมือเด็ก

เด็กอายุมากกว่า 6 เดือน แม้จะเริ่มนั่งเองได้ แต่การให้เด็กนั่งเล่นน้ำโดยลำพังในอ่างน้ำ กะละมังหรืออ่างอาบน้ำที่มีน้ำอยู่ ระดับน้ำสูงเพียง 5 ซม. อาจทำให้เกิดการจมน้ำได้

เด็กตั้งแต่อายุ 9 เดือน จะมีพฤติกรรมสอดใส่อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายเข้าสู่ช่องรู ดูแลให้เด็กเล็กอยู่ห่างจากปลั๊กไฟ ผู้ดูแลต้องสำรวจรอบอาคาร และปิดช่องรูต่างๆ ให้หมด ไม่ให้เด็กเข้าไปสอดนิ้วได้

เด็กอายุ 9 เดือนขึ้นไป คลานได้ 11 เดือน ตั้งไข่ (ปล่อยมือยืนได้) เด็กวัยนี้เมื่อเกาะยืนถังน้ำ เด็กจะมีความสนใจในลักษณะการเคลื่อนไหวไปมาของน้ำ จะสนใจในการตีน้ำให้กระเพื่อมไปมา ขณะเดียวกันเด็กยังนั่งและยืนไม่มั่นคง ประกอบกับศีรษะที่น้ำหนักมากทำให้พลิกคว่ำได้ง่าย ผู้ดูแลเด็กเล็กต้องไม่ปล่อยเด็กไว้ใกล้แหล่งน้ำตามลำพังแม้จะเป็นแหล่งน้ำขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามผู้ดูแลไม่สามารถเฝ้าดูเด็กได้ตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการป้องกันการจมน้ำในเด็กเล็ก คือการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ไม่ให้มีแหล่งน้ำที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ เช่น ปิดฝาถังน้ำ ตุ่มโอ่ง บ่อน้ำ ทำรั้วกั้นสระว่ายน้ำ บ่อน้ำ คลองรอบๆ อาคาร และจัดพื้นที่เล่นอย่างปลอดภัย เช่น การจำกัดพื้นที่เด็กให้อยู่ในห้องหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีรั้วกั้นรอบ

เด็กปฐมวัยตั้งแต่อายุ 1 ปี ขึ้นไป ชอบสำรวจบ้าน ค้นหาของ เมื่อสงสัยสิ่งใดยังมีพฤติกรรมที่จะเลือกวิธีการค้นคว้าด้วยการนำเข้าปากก่อนวิธีอื่นเสมอ ยา และสารพิษต่างๆ ในอาคาร เช่น น้ำยาทำความ สะอาดต่างๆ น้ำกรด น้ำมัน น้ำมันก๊าด ยาฆ่าแมลง ต้องไม่ถูกบรรจุในภาชนะที่ใช้ดื่มกิน เช่น ขวดน้ำ ภาชนะที่บรรจุสารพิษต้องระบุชื่อของสารให้ชัดเจนและเก็บให้มิดชิด มิให้เด็กเอื้อมหยิบได้

เด็กวัย 1 ปีขึ้นไป จะเดิน วิ่ง ชนกระแทกเสมอ ดังนั้นไม่ควรวางของร้อนบนพื้น เช่น หม้อน้ำแกง ควรทำที่กั้นรั้วห้ามไม่ให้เด็กเล่นในห้องครัว หรือเล่นใกล้ของร้อน ไฟ เสาเหลี่ยม มุมโต๊ะ เป็นตำแหน่งที่เกิดการกระแทกศีรษะเด็กได้บ่อย

เด็กปฐมวัยตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป มักชอบปีนป่าย ดังนั้น บันได ระเบียง ต้องมีประตูหรือรั้วกั้น มีราวกันตกหรือผนังกันตกที่เด็กมุดลอดไม่ได้

เด็กวัยสองปีขึ้นไป มีความสามารถปีนป่ายรั้ว และเครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น อุปกรณ์เหล่านี้ต้องยึดติดแน่นกับพื้นไม่ให้ล้มทับเด็กได้ เครื่องเล่นสนามที่จะให้เด็กวัยสองปีขึ้นไปเล่นต้องออกแบบให้เป็นไปตามมาตรฐาน ความสูงสูงสุดของเครื่องเล่นไม่เกิน 120 ซม. และมีพื้นสนามที่รองรับการพลัดตก เด็ก 2-6 ปี มีพฤติกรรมปีนป่าย เช่น ปีนป่ายต้นไม้ บันได หรือแม้แต่เฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ในอาคาร ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการพลัดตกหรือของหนักล้มทับได้ ต้องสอนให้เด็กหลีกเลี่ยงการปีนป่ายที่สูง การเล่นบนบันได[4]

กรณีปีนชั้นทีวี พลาดท่าทีวีหล่นทับหัวดับ

ชุมชนแห่งหนึ่ง ที่ ต.ถ้ำพรรณรา อ.ถ้ำพรรณรา จ.นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 22 ม.ค. 2558 ขณะนั้นเวลาราว 2 ทุ่ม แม่และลูกชาย 2 คน วัย 11 ขวบ และวัย 4 ขวบ กำลังเรียนชั้นอนุบาล 1 กำลังนั่งกินข้าวและดูทีวีไปด้วยที่บริเวณห้องโถงกลางบ้าน

ทันใดนั้นน้องคนเล็กก็ลุกขึ้นแล้วเดินตรงไปยังชั้นวางทีวี จากนั้นก็เอื้อมมือเพื่อไปหยิบกล่องดินสอสีซึ่งวางอยู่ที่หน้าทีวี ซึ่งวางสูงจากพื้นปูนประมาณเมตรครึ่ง หนูน้อยคงหยิบไม่ถึงจึงได้ปีนขึ้นไปอย่างทุลักทุเล และแล้วโดยที่แม่ยังไม่ทันระวัง ทีวีขนาด 29 นิ้ว รุ่นเก่า เครื่องใหญ่ และหนักถึงเกือบ 60 กิโลกรัม ก็หล่นโครมลงมาทับหัวและร่างของหนูน้อยอย่างไม่คาดฝัน เขาหมดสติทันที มีเลือดออกจากหูทั้งสองข้าง แม่ได้รีบนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ตรวจพบมีฐานกะโหลกแตก และมีภาวะเลือดออกในสมอง

กรณีการจมน้ำ

เด็กชายอายุ 6 ปี อาศัยอยู่ช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พร้อมด้วยบิดา ปู่ย่า และน้อง บิดาประกอบอาชีพ รับจ้าง (บริษัท) มารดาประกอบอาชีพ รักษาความสะอาด ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ ย่า อุบัติเหตุเกิดที่บ่อน้ำในสนามกอล์ฟ

ก่อนเกิดเหตุ เด็กขออนุญาตย่าไปเล่นเกมส์ แต่ไม่อนุญาตเพราะเด็กเป็นตาแดง เด็กจึงบอกย่าว่าจะไปหาแม่ ซึ่งอาศัยอยู่หลังเขตยานนาวาใกล้สนามกอล์ฟ ย่าอนุญาตให้ไปได้ ต่อมาพบว่าเด็กจมน้ำในบ่อน้ำในสนามกอล์ฟ

ข้อควรรู้

เด็กวัยสองปีขึ้นไปเริ่มดื้อดึง ต่อต้าน อาจเริ่มเล่นไกลตัวบ้านตามเด็กโตคนอื่น แต่ยังคงอยู่ในชุมชนละแวกบ้าน ดังนั้นต้องระวังการจมน้ำในแหล่งน้ำในอาคาร ใกล้อาคาร และในชุมชน เช่น บ่อปลา บ่อกุ้ง สระว่ายน้ำ สระน้ำ คลอง ต้องแยกพื้นที่เด็กเล่นออกจากแหล่งน้ำ โดยมีรั้วกั้นแหล่งน้ำในอาคารและบริเวณใกล้อาคาร หรือบริเวณใกล้ที่เล่นของเด็กในชุมชน

เด็กวัยสองปีขึ้นไปนี้มีความสนใจในสิ่งมีชีวิตรอบตัว ชอบเล่นกับสัตว์ชนิดต่างๆ โดยไม่รู้ถึงอันตราย เช่น ชอบเล่นกับสุนัข แต่มักเล่นผิดวิธี เช่น ดึงหางสุนัข จับอย่างแรงบริเวณใบหน้า แย่งของเล่นที่สุนัขเล่นอยู่ เป็นต้น ดังนั้นต้องดูแลเด็กไม่ให้เล่นกับสุนัขจรจัด สุนัขเลี้ยงที่ไม่รู้จัก และลูกสุนัขแรกเกิดที่มีแม่อยู่ด้วย ไม่ปล่อยเด็กไว้ตามลำพังกับสัตว์เลี้ยง ดูแลเด็กขณะเล่นกับสัตว์เลี้ยงอย่างใกล้ชิด ไม่ให้เล่นกับสัตว์เลี้ยงผิดวิธีเช่น รังแกสัตว์ ดึงหู ดึงหาง แย่งจานอาหาร ของเล่นของสัตว์ ให้ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าแก่สุนัขและแมวเลี้ยง

เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการถูกรถชนเมื่อเดินหรือเล่นอยู่ใกล้ถนน ไม่ควรให้เด็กวัยนี้เล่นใกล้ถนน หรือเดินถนนโดยลำพัง จะต้องมีผู้ใหญ่อยู่ด้วยเสมอ หากเดินริมถนนที่มีรถสัญจรต้องจูงเดินตลอดเวลา

เด็กอายุมากกว่าสามปี สามารถขี่รถจักรยานสามล้อได้ อย่างไรก็ตามเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ยังไม่สามารถทรงตัว รักษาสมดุลบนของเล่นที่ต้องใช้ทักษะการทรงตัว เช่น จักรยานสองล้อ สกูตเตอร์ รองเท้า สเก็ต เป็นต้น ของเล่นประเภทนี้มีความเสี่ยงต่อการล้มคว่ำ ตกที่สูง หรือถูกชนกระแทก เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ไม่ควรเล่น เพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถทรงตัวได้ดีเมื่อเคลื่อนที่อย่างเร็ว เด็กที่เริ่มหัดเล่นควรมีผู้ฝึกที่ชำนาญคอยดูแลเสมอ ให้เล่นได้ในสถานที่ที่เหมาะสม ปลอดภัยจากการถูกรถชน และต้องใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย เช่น หมวกนิรภัย

เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เมื่อโดยสารรถจักรยานยนต์จะไม่สามารถวางเท้าบนที่วางเท้าได้ถึง ทำให้พลัดตกจากจักรยานยนต์ได้ง่าย[10] เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นวัยที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลใกล้ชิด แบบที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา ไม่สามารถทิ้งไว้ตามลำพังได้ ดังนั้นหากถูกจัดให้นั่งโดยสารรถจักรยานยนต์ในตำแหน่งหลังสุด ต้องใช้มือโอบกอดคนที่นั่งข้างหน้า โดยผู้ใหญ่ที่อยู่บนรถคันเดียวกันไม่สามารถมองเห็นเด็กปฐมวัยที่นั่งอยู่หลังสุด เด็กมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากรถทั้งในกรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือพลัดตกโดยตรง ซึ่งจัดเป็นการดูแลที่ไม่เหมาะสมและเข้าข่ายการละเลยในการดูแลเด็ก (neglect)

อ้างอิง

1. อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. แผนงานการสร้างเสริมความปลอดภัยในเด็กเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและสิ่งแวดล้อมอันตราย ปี พ.ศ. 2558-2561. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558.

2. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. บทเรียนจากการตายของเด็กในมหาอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 สำหรับชุมชนเพื่อการดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.

3. Brown RL, Brunn MA, Garcia VF. Cervical spine injuries in children: a review of 103 patients treated consecutively at a level 1 pediatric trauma center. J Pediatr Surg. 36. 2001, pp. 1107-14.

4. Feigelman, S. 9-The second year and 10-The preschool years. In B. R. Kliegman RM, Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia. USA: Saunders Elsevier. 2007, pp. 48-57.

5. Brockerhoff, M. The impact of rural-urban migration on child survival. Health Trans Rev, 4. 1994, pp. 127-149.

6. World Health Organization. World Health Report 1999 : Making a difference. Geneva : World Health Organization, 1999.

7. Faelker T, Pickett W, Brison R. Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario. Canada. Injury Prevention, 6. 2000, pp. 203-208.

8. อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. รายงานโครงการศึกษาพฤติกรรมการโดยสารรถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 2-6 ปี และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน 9 จังหวัด. กรุงเทพ: ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.

9. ฉัตรฉาย เปรมพันธ์พงษ์. “การศึกษาประสิทธิภาพของโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้รถหัดเดิน” (วิทยานิพนธ์). ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

10. The Motorcycle Action Group (MAG UK). from Young Pillion Riders: Should they be banned?. (august, 2004). Retrieved 6. 2009, www.mag-uk.org/content/pr/2004/.../pillion_riders_aug04.doc

11. UNICEF. The state of the world’s children. New York: Oxford University Press, 1999.

12. World Health Organization. The urban crisis. World Health Statistics Quarterly 44. 1991. pp. 189-97.

โรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ
ครูมาริสา สังขาร
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ

ปัจจุบันปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในกลุ่มเด็กปฐมวัย คือ การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก โดยโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ในศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ ได้แก่ โรคหวัด โรคมือเท้าปาก และโรคอุจจาระร่วง

ในปี 2557 พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่สำคัญในกลุ่มเด็กปฐมวัย คือ โรคมือเท้าปาก กลุ่มอายุที่พบส่วนใหญ่ คือ เด็กเล็กช่วงอายุต่ำกว่า 1-3 ปี การแพร่ระบาดพบมากบริเวณที่เด็กอยู่ด้วยกันจำนวนมาก เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ชุมชนที่มีเครื่องเล่นของเด็กเล็กใช้ร่วมกัน สถิติในปีที่ผ่านๆ มาปี 2555-2556 พบผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 45,000 ราย แต่ในปี 2557 จากรายงานของกองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยทั่วประเทศตั้งแต่ มกราคม–กันยายน 2557 จำนวน 52,347 ราย และมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน 1 ราย

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่

1) เด็กเล็ก มีภูมิต้านทานน้อย เมื่อได้รับเชื้อ ทำให้เกิดโรคได้ง่าย

2) สถานที่ของศูนย์เด็กเล็กที่มีเด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก บางครั้งสถานที่คับแคบ ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายจากเด็กคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ง่าย

3) บุคลากร ครู ผู้ดูแลเด็ก ยังขาดความตระหนัก ขาดความรู้ความเข้าใจ เบื้องต้น เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ

การดำเนินงานในระดับนโยบายเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก เริ่มต้นในปี พ.ศ.2552 - 2553 เป็นโครงการนำร่องศึกษาหาแนวทางการป้องกันโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก ต่อมาในปี 2554 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มเป็นโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ขยายไปยังศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายให้เด็กมีสุขอนามัย

และสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการสมวัย มีภูมิต้านทานโรคและอัตราการเจ็บป่วยลดลง และไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก หรือหากเกิดการระบาดก็สามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ในปี 2556 มีศูนย์เด็กเล็ก เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศจำนวน 18,441 แห่ง (ร้อยละ 94) ผ่านการประเมินรับรองแล้วจำนวน 11,840 แห่ง (ร้อยละ 70)

การป้องกันการเผยแพร่ของโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งครู ผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้บริหารศูนย์ โดยบุคลากรทุกระดับควรมีความรู้พื้นฐานสำคัญ เรื่องแนวทางการแพร่กระจายของเชื้อโรค การแยกเด็กป่วย การล้างมือและการทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องใช้ และควรพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อช่วยกันดูแลบุตรหลานให้มีสุขภาพ ร่างกายที่แข็งแรง มีอัตราการระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชนลดน้อยลง

ความรู้พื้นฐานเรื่องโรคติดเชื้อ

เชื้อโรค/สัตว์นำโรค มีอะไรบ้าง

เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคติดต่อ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. เชื้อไวรัส เช่น โรคหวัด โรคมือเท้าปาก โรคอีสุกอีใส โรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก
2. เชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคตาแดง โรคผิวหนังอักเสบ (Impetigo) โรคอุจจาระร่วง
3. เชื้อรา เช่น โรคกลาก เกลื้อน
4. สัตว์ที่ให้เกิดโรค เช่น โรคหิด โรคเหา พยาธิ

เชื้อโรคออกจากเด็กป่วยไปสู่สิ่งแวดล้อมได้อย่างไร

เชื้อโรคมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีวิธีในการแพร่กระจายแตกต่างกันออกไป วิธีการแพร่กระจายที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่

การแพร่เชื้อโรคผ่านน้ำมูก น้ำลาย น้ำตา โดยเชื้อโรคออกมากับน้ำมูก น้ำลายของเด็กป่วย เช่น เมื่อเด็กไอ จาม หรือเด็กเอาของเล่นเข้าปาก เอามือเข้าปาก เมื่อเด็กเอามือที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายไปสัมผัสของเล่น ของใช้ หรือมีการใช้ผ้าเช็ดหน้า หมอน ผ้าห่มร่วมกัน เชื้อโรคก็จะแพร่จากเด็กป่วยไปสู่สิ่งแวดล้อม เชื้อโรคที่แพร่กระจายผ่านทางน้ำมูก น้ำลาย ได้แก่ เชื้อโรคหวัด เชื้อโรคมือเท้าปาก เชื้อโรคคางทูม โรคตาแดง (ผ่านทางน้ำตา)

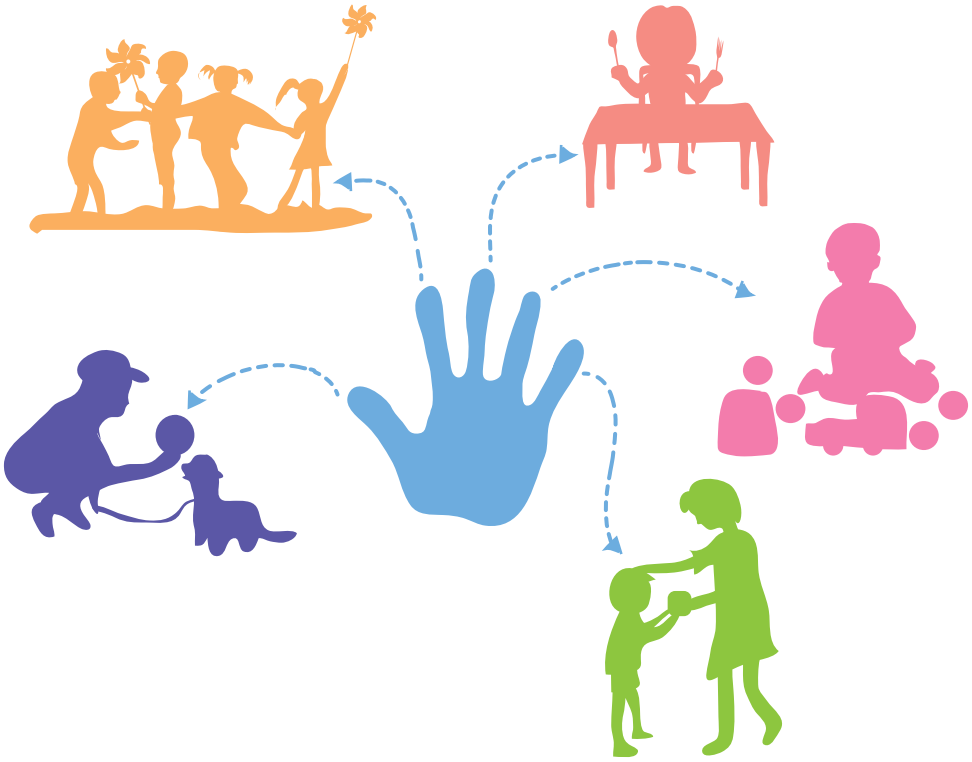
การแพร่กระจายผ่านทางอากาศ เชื้อโรคที่แพร่ทางละอองอากาศ มักจะแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสถานที่แออัด การระบายอากาศไม่ดี เช่น ห้องเรียนที่คับแคบ เด็กที่อยู่ในห้องเรียนที่มีเด็กป่วย จะหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อโรคเข้าไป ตัวอย่างเช่น เชื้อโรคหวัด เชื้อโรคหัด เชื้อโรคอีสุกอีใส โรคคางทูม

การแพร่กระจายผ่านน้ำ อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น เชื้อโรคท้องเสีย ติดต่อได้โดยการรับเชื้อที่ปะปนออกมากับอุจจาระของเด็กป่วย เช่น ครู/พี่เลี้ยงเด็กเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็กที่ป่วยเป็นโรคท้องเสีย แล้วล้างมือไม่สะอาด เมื่อไปสัมผัสอาหารหรือไปเตรียมน้ำดื่มให้เด็ก เชื้อโรคจะปนเปื้อนจากมือของครู/ผู้ดูแลเด็กไปสู่อาหาร เมื่อเด็กกินอาหารหรือดื่มน้ำที่มีเชื้อโรคก็จะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้

การแพร่กระจายผ่านสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น โรคไข้เลือดออกมียุงลายเป็นพาหะ โรคไข้สมองอักเสบมียุงรำคาญเป็นพาหะ เชื้อแพร่กระจายผ่านทางน้ำลายของยุง

โรคติดต่อที่เกิดจากสัตว์ เช่น โรคหิด โรคเหา ตัวหิดจะอยู่ที่ผิวหนัง โดยเฉพาะง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า ตัวเหาจะอยู่บริเวณหนังศีรษะ ตัวหิด และตัวเหาไม่สามารถกระโดดหรือบินจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง แต่ติดต่อผ่านการสัมผัสคลุกคลีใกล้ชิด เช่น เล่นด้วยกัน จับมือกัน นอนเตียงเดียวกัน ใช้ของร่วมกัน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าห่ม หวี หูฟัง หมวก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของเชื้อโรค



รูปแสดงการแพร่กระจายของเชื้อโรคผ่านทางมือของเด็กและครู

1. ชนิดของเชื้อโรค เชื้อโรคบางชนิดแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว เช่น เชื้อโรคหัด เชื้อโรคอีสุกอีใส เชื้อโรคมือเท้าปาก เชื้อโรคหวัด

2. ระยะเวลาการแพร่เชื้อโรค เด็กป่วยมีระยะเวลาการแพร่เชื้อได้ 3 ระยะ

1) ระยะฟักตัว คือ ช่วงที่เด็กได้รับเชื้อและมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อโรคในร่างกาย ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแต่ยังไม่แสดงอาการป่วยให้เห็น

2) ระยะป่วย คือ ช่วงที่มีอาการของโรค

3) ระยะพักฟื้น คือ ช่วงที่หายจากอาการป่วยแล้ว แต่ร่างกายยังมีเชื้อโรคอยู่และยังสามารถแพร่เชื้อได้

โรคแต่ละชนิดมีระยะเวลาการแพร่เชื้อแตกต่างกัน การเฝ้าระวัง ดูแลความสะอาดส่วนบุคคลอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ เพราะบางครั้งเด็กอาจกำลังอยู่ในช่วงระยะฟักตัว หรืออยู่ในช่วงพักฟื้น ซึ่งยังสามารถแพร่เชื้อได้ แม้จะไม่มีอาการป่วยให้เห็น

3. ภูมิต้านทานของผู้ได้รับเชื้อ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันโรค เช่น เคยได้รับวัคซีนหรือเคยเป็นโรคนั้นๆ มาก่อน มักจะไม่เป็นโรคซ้ำอีกเพราะมีภูมิต้านทานต่อเชื้อชนิดนั้นแล้ว ส่วนเด็กที่มีภูมิต้านทานต่ำ ร่างกายไม่แข็งแรงจากสาเหตุต่างๆ เช่น ภาวะขาดอาหาร ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เมื่อได้รับเชื้อโรคจะมีโอกาสเกิดโรคได้ง่ายและมีความรุนแรงมากกว่า

4. การดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและการแยกเด็กป่วย การดูแลทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้อย่างสม่ำเสมอ และดูแลอนามัยส่วนบุคคล การแยกเด็กป่วยจะช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อโรค

โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก

1. โรคหวัด เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก มีการอักเสบของเยื่อบุจมูกและลำคอ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคหวัดมีหลายชนิด เด็กที่ติดเชื้อโรคหวัดแล้วสามารถเป็นซ้ำได้อีกหลายครั้ง เนื่องจากเชื้อโรคหวัดไม่มีภูมิคุ้มกันถาวร การแพร่กระจายของเชื้อและการติดต่อเกิดจากการที่เด็กหายใจเอาเชื้อโรคหวัดที่กระจายอยู่ในอากาศเข้าไป การไอ จาม รดกัน หรือการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดมือ ช้อน แก้วน้ำ เด็กที่เป็นโรคหวัดจะมีอาการไข้ต่ำๆ คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม เจ็บคอเล็กน้อย เด็กอาจกินอาหารได้น้อยลง บางคนมีน้ำมูกมากตอนกลางคืน ทำให้นอนหลับได้ไม่เต็มที่ อาจมีงอแง ไม่ค่อยสบายตัวร่วมด้วย อาการมักเป็นอยู่ประมาณ 3-5 วัน เด็กบางคนมีภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อยได้แก่ โรคหูชั้นกลางอักเสบ เด็กจะบ่นปวดหู และมีไข้ร่วมด้วย โรคไซนัสอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดบวม การรักษาตามอาการโดยให้ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก และยาแก้ไอ เด็กควรได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอ กินน้ำมากๆ การป้องกันการแพร่เชื้อควรแยกของเครื่องใช้ส่วนตัว สอนเด็กให้ล้างมือบ่อยๆ และปิดปากทุกครั้งที่ไอจาม ใช้กระดาษเช็ดน้ำมูกทุกครั้ง

2. โรคมือเท้าปาก เป็นโรคระบาดที่พบบ่อยมาก และมีการแพร่ระบาดทำให้ต้องปิดศูนย์เด็กเล็ก เด็กส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่เนื่องจากมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังมากขึ้น (อัตราตาย 1:10,000) สาเหตุ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus มักพบในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอายุ น้อยกว่า 3 ปี การแพร่กระจายของเชื้อโรค ผ่านทางน้ำมูก น้ำลาย จาก ตุ่มพอง แผลในปาก หรืออุจจาระของเด็กที่ป่วย โดยเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางปากโดยตรง เชื้อติดมากับมือ วัสดุ สิ่งของที่เด็กป่วยสัมผัส และมีน้ำมูกน้ำลาย นอกจากนั้น เชื้อยังสามารถอยู่ในอุจจาระเด็กที่เพิ่งหายป่วยได้อีกเป็นเดือน อาการของโรค เด็กจะมีอาการไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ต่อมาจะเริ่มมีอาการเจ็บปาก เริ่มเห็นแผลอักเสบที่ลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม และพบผื่นแดงที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ก้น ต่อมาผื่นเป็นตุ่มพองใสๆ แตกออกเป็นหลุมตื้นๆ เด็กมีอาการอยู่ประมาณ 4-7 วัน โรคแทรกซ้อนรุนแรงที่พบ ได้แก่ สมองอักเสบ ภาวะปอดบวมน้ำ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ การรักษา โรคมือเท้าปากส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่รุนแรง รักษาตามอาการให้ยาลดไข้ ดูแลให้เด็กกินน้ำให้เพียงพอ ทานอาหารอ่อนๆ นอนพักผ่อนมากๆ และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน เช่น ถ้าเด็กมีไข้สูง อาเจียน หอบเหนื่อยหรือซึมลง ต้องรีบพาส่งโรงพยาบาล การป้องกันการแพร่เชื้อ ควรล้างมือบ่อยๆ ทำความสะอาดของเล่นของใช้เป็นประจำด้วยน้ำและน้ำสบู่ ส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล ให้เด็กมีของใช้ ผ้าเช็ดหน้าของตัวเอง แยกเด็กป่วยให้อยู่บ้านจนกว่าจะหายดีและไม่มีผื่นขึ้นมาใหม่ อย่างน้อย 5-7 วัน

3. โรคอุจจาระร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป หรือถ่ายมีมูกปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากตั้งแต่ 1 ครั้งใน 1 วัน สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส (50-60%) เชื้อแบคทีเรีย (30%) หรือสาเหตุจากเชื้อโรคอื่นๆ โรคอุจจาระร่วงสามารถติดต่อได้โดยการรับเชื้อที่ปะปนออกมากับอุจจาระของผู้ป่วย การกินอาหาร น้ำดื่มที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน อาการโดยทั่วไปของโรค คือ ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำติดต่อกันหลายครั้ง ปวดท้อง อ่อนเพลีย บางคนอาจมีไข้และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน การรักษา เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ โดยให้ดื่ม ORS หรือสารละลายเกลือแร่ทีละน้อย แต่บ่อยๆ ถ้าเด็กไม่มีอาการอาเจียน สามารถให้อาหารพวกข้าวต้มเปล่าหรือโจ๊กเปล่าได้ จากนั้นค่อยๆ เพิ่มชนิดอาหารและปริมาณมากขึ้น ถ้าเด็กมีอาการอาเจียนหลายครั้ง ถ่ายเป็นน้ำครั้งละมากๆ อ่อนเพลียหรือมีไข้สูง ปัสสาวะน้อย อุจจาระเป็นมูกเลือด ควรนำเด็กมาพบแพทย์ เพื่อจะได้รับการวินิจฉัยและรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อ ควรล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังเข้าห้องน้ำ และก่อนกินอาหารทุกครั้ง

4. โรคตาแดง เป็นการอักเสบของเยื่อบุตา มีหลายสาเหตุ อาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือแบบไม่ติดเชื้อ เช่น ภูมิแพ้ โรคตาแดงจากภาวะติดเชื้อมีการระบาดได้ง่าย เป็นได้ตลอดทั้งปี ติดต่อโดยตรงโดยการสัมผัสน้ำตา ขี้ตาของผู้ป่วยและมาสัมผัสตาตัวเอง หรือติดต่อโดยทางอ้อมผ่านการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดหน้า อาการเด็กที่ติดเชื้อโรคตาแดงจะมีอาการเคืองตา รู้สึกคล้ายมีผงเข้าตา เยื่อบุตามีสีแดง น้ำตาไหล มีขี้ตามาก ขี้ตาที่เกิดจากติดเชื้อไวรัส มักเป็นน้ำใสๆ หรือเป็นเมือกเล็กน้อย หากติดเชื้อแบคทีเรีย จะมีขี้ตาข้นๆ คล้ายหนอง และมักเป็นข้างเดียวก่อน ถ้าไม่ระวังอาจลามไปอีกข้างได้ การรักษา ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเย็นช่วยประคบ จะช่วยให้การระคายเคืองตาน้อยลง พบแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ อาการตาแดง จะค่อยๆ หายไปในเวลาประมาณ 5-7 วัน การป้องกันการแพร่เชื้อ ผู้ป่วยควรหมั่นล้างมือบ่อยๆ และหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าห่ม ร่วมกับผู้อื่น

5. โรคอีสุกอีใส เป็นโรคที่พบได้บ่อยและติดต่อได้ง่ายในเด็ก แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันทำให้อัตราการเกิดโรคลดน้อยลง โรคอีสุกอีใสเกิดจากเชื้อไวรัส ติดต่อโดยการสัมผัสเชื้อในอากาศ การหายใจ หรือการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง เช่น สัมผัสผื่นที่ผิวหนัง น้ำเหลืองจากตุ่มน้ำของโรค รวมไปถึงการสัมผัสเสื้อผ้า สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ของผู้ป่วย เด็กป่วยจะมีอาการไข้ต่ำๆ อ่อนเพลียและเบื่ออาหาร โดยมักพบมีผื่นขึ้นพร้อมๆ กับวันที่เริ่มมีไข้ หรือ 1 วันหลังมีไข้ ผื่นมีลักษณะเป็นผื่นแดงราบขึ้นบริเวณลำตัว หน้า แล้วค่อยลามไปแขน ขา ต่อมาผื่นแดงจะค่อยๆ กลายเป็นตุ่มน้ำใส มีอาการคัน ประมาณ 2-3 วัน ผื่นจะเริ่มตกสะเก็ด ระยะเวลาของโรคประมาณ 6-7 วัน ผื่นอีสุกอีใสส่วนใหญ่จะหายโดยไม่มีแผลเป็น แต่ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจะทำให้ผื่นกลายเป็นหนอง และมีแผลเป็นตามมาได้ การรักษาจะรักษาตามอาการ ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดื่มน้ำ

มากๆ ทานยาลดไข้ ควรอาบน้ำและใช้สบู่ฟอกผิวหนังให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น และหลีกเลี่ยงการเกา ถ้ามีอาการคันมากควรทานยาแก้แพ้หรือใช้ยาทาแก้คัน การป้องกันการแพร่เชื้อ เนื่องจากเชื้อโรคอีสุกอีใสมีการแพร่กระจายได้ง่ายทางอากาศ ถ้าพบเด็กในศูนย์เด็กเล็กสงสัยเป็นโรคนี้ ควรแยกเด็กออกจากห้องเรียน และให้ผู้ปกครองรีบมารับกลับบ้านโดยเร็ว

แนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก

1. เด็กและครูมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีภูมิต้านทานโรค มีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สามารถทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เจ็บป่วยบ่อย การส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเป็นประจำจึงเป็นหลักสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อ

หลักพื้นฐานในการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็ก มีดังนี้

1. เด็กๆ ได้กินอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีคุณภาพ ได้แก่ ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้

2. เด็กๆ ได้ดื่มน้ำเพียงพอในแต่ละวัน อย่างน้อย 6-8 แก้ว โดยคุณครูช่วยเตรียมสิ่งแวดล้อมในห้องให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเอง เช่น ให้เด็กนำกระติกน้ำมาเอง หรือมีแก้วน้ำแยกของแต่ละคน

3. ให้เด็กได้ออกกำลังกายกลางแจ้ง ได้รับแสงแดดอ่อนๆ ในตอนเช้า โดยจัดให้มีช่วงเวลาที่เด็กได้เคลื่อนไหวร่างกายอิสระ เช่น ได้เล่นสนามเด็กเล่น

4. เด็กได้พักผ่อน นอนหลับเพียงพอ เด็กปฐมวัยควรได้นอนอย่างน้อยวันละ 10 ชั่วโมง

5. รักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีของใช้แยกของแต่ละคน ได้แก่ เครื่องนอน หมอน แก้วน้ำ กระติกน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว การใช้ช้อนกลางเมื่อต้องกินอาหารร่วมกัน เน้นให้เด็กเห็นความสำคัญของการล้างมือบ่อยๆ โดยจัดช่วงเวลาให้เด็กได้ล้างมือ เช่น ก่อนกินอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หลังจากการทำกิจกรรมที่สนามเด็กเล่น หรือเมื่อมีเด็กในห้องป่วยเป็นหวัด อาจให้มีกิจกรรมล้างมือบ่อยมากขึ้น

6. เด็กได้รับวัคซีนครบตามกำหนด วัคซีนช่วยลดอัตราการเกิดโรค ช่วยลดอัตราความพิการและการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง มาตรฐานวัคซีนที่เด็กไทยควรได้รับ ตามตารางที่ 1

วัคซีนพื้นฐานที่เด็กทุกคนต้องได้รับมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข											
	แรกเกิด	1 ด.	2 ด.	4 ด.	6 ด.	9 ด.	12 ด.	18 ด.	2-2 1/2 ปี	4-6 ปี	11-12 ปี
วัคซีนโรค (BCG)	✓										
วัคซีนตับอักเสบบี (HBV)	✓	✓				✓					
วัคซีนคอตีบ-บาททะยัก-ไอกรน (DTP)			✓	✓	✓			✓		✓	✓
วัคซีนโปลิโอชนิดกิน (OPV)			✓	✓	✓			✓		✓	
วัคซีนหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR)						✓			✓		
วัคซีนไข้สมองอักเสบ เจอี (JE)						(2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน)			✓		
วัคซีนอื่นๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง											
	แรกเกิด	1 ด.	2 ด.	4 ด.	6 ด.	9 ด.	12 ด.	18 ด.	2-2 1/2 ปี	4-6 ปี	11-12 ปี
วัคซีนฮิบ (Hib)			✓	✓	✓			✓			
วัคซีนตับอักเสบเอ (HAV)							ให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 6-12 เดือน				
วัคซีนอีสุกอีใส (VZV)							✓			✓	
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza)					ปีละ 1 ครั้ง เน้นในอายุ 6-24 เดือน (ปีแรกให้ 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน)						
วัคซีนนิวโมคอคคัส			✓	✓	✓		✓				
วัคซีนโรต้า			✓	✓	✓						

ตารางที่ 1 วัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยควรได้รับตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและวัคซีนเสริมที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง, สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 2557

2. การดูแลความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้และอนามัยส่วนบุคคล

การดูแลเรื่องความสะอาดและการป้องกันการแพร่เชื้อในศูนย์เด็กเล็กเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากเด็กเล็กภูมิต้านทานยังน้อย และการอยู่ใกล้ชิดกันทำให้มีการแพร่เชื้อจากน้ำมูก น้ำลาย เกิดโรคติดต่อได้ง่าย ข้อแนะนำการป้องกันการแพร่เชื้อในศูนย์เด็กเล็กด้วยวิธีเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

1) การล้างมือบ่อยๆ (ตาราง 2)

- ครู/ผู้ดูแลเด็กล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมให้เด็ก ก่อนเตรียมอาหารทุกมื้อ และทุกครั้งที่สัมผัสกับน้ำมูกน้ำลายของเด็ก
- เด็กทุกคนเรียนรู้วิธีการล้างมือที่ถูกต้อง และเน้นให้เด็กทุกคนล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ

2) การทำความสะอาดอุปกรณ์ ของใช้ ของเล่น สม่ำเสมอ (ตาราง 3)

- การทำความสะอาดโดยทั่วไป ใช้เพียงน้ำเปล่า หรือล้างน้ำร่วมกับสบู่
- ถ้ามีการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือมีเด็กป่วยหลายคนในห้อง เช่น การระบาดของเชื้อโรคมือเท้าปาก ควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดของเล่น อุปกรณ์เครื่องใช้

3) การจัดสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กเล็กให้โปร่งโล่ง เปิดหน้าต่างได้ แสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเทได้สะดวก อุปกรณ์ของใช้ในห้องมีความเป็นระเบียบซึ่งจะช่วยให้ง่ายต่อการทำความสะอาด

3. การแยกเด็กป่วย

เมื่อมีเด็กป่วย ไม่สบายในศูนย์เด็กเล็ก เด็กควรได้รับการพักผ่อน และควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ที่เด็กคุ้นเคย เมื่อคุณครูโทรศัพท์แจ้งให้พ่อแม่มารับเด็กแล้ว ช่วงระหว่างที่รอพ่อแม่มารับ คุณครูควรให้การดูแลเด็กเบื้องต้น รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ดังต่อไปนี้

1) การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น เด็กป่วยควรได้รับการปฐมพยาบาล ดูแลเบื้องต้นตามอาการของโรค เช่น ถ้าเด็กมีไข้ ควรให้ยาลดไข้ เช็ดตัวให้ไข้ลง ถ้าเด็กมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวหลายครั้ง เด็กควรได้รับสารน้ำเกลือแร่ทดแทนให้เพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ นอกจากนั้นเด็กควรได้รับการสังเกตเพื่อเฝ้าระวัง อาการของโรคที่อาจมีความรุนแรงและต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล

เด็กที่มีอาการของโรครุนแรงและควรรีบนำส่งโรงพยาบาล

- อาการซึมลง เด็กดูไม่สดใส หลับตา ไม่สนใจสิ่งรอบตัว
- หายใจลำบาก หายใจเร็ว หายใจเสียงดัง
- ผิวหนังซีด โดยเฉพาะบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่กินน้ำได้น้อย
- ภาวะชักร่วมกับมีไข้สูง

2) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

- การแยกเด็กป่วย โดยให้เด็กพักอยู่ที่บ้านจนกว่าจะหมดระยะแพร่เชื้อ โดยระยะเวลาแพร่เชื้อของแต่ละโรคจะแตกต่างกันออกไป ตามตารางที่ 4
- การให้คำแนะนำเด็กที่มีอาการไอ จาม หรือมีแผลติดเชื้อ ได้แก่ การใช้กระดาษทิชชูปิดปากเมื่อไอ จาม ทิ้งกระดาษทิชชูในถังขยะ การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่
- พิจารณาปิดศูนย์เด็กเล็กเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ เช่น ในกรณีของโรคมือเท้าปาก มีเกณฑ์ในการพิจารณาปิดศูนย์เด็กเล็ก เมื่อมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก ภายในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า 2 รายใน 1 สัปดาห์ ต้องปิดห้องเรียนที่มีเด็กป่วย และทำความสะอาดห้องเรียน หากพบมีเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าปากหลายห้องเรียนและมีจำนวนมากกว่า 5 รายใน 1 สัปดาห์ แนะนำให้ปิดศูนย์เด็กเล็ก ประมาณ 5 วันทำการ (นับจากผู้ป่วยรายสุดท้าย) เพื่อทำความสะอาด และหลังเปิดศูนย์เด็กเล็ก ควรคัดกรองอาการของเด็กอย่างละเอียดทุกคน ทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์

ตารางที่ 2 การล้างมือ เรื่องง่ายๆ ที่ไม่ธรรมดา

การล้างมือ

- ใช้น้ำที่ไหลมาจากก๊อกน้ำ
- ไม่ควรใช้กะละมังหรือถังใส่น้ำที่ใช้ล้างมือร่วมกัน
- ใช้สบู่ (ไม่จำเป็นต้องใช้สบู่ที่โฆษณาว่าผสมยาฆ่าเชื้อ)
- เช็ดมือโดยใช้กระดาษที่ใช้แล้วทิ้ง หรือมีเครื่องเป่ามือให้แห้ง ไม่ใช้ผ้าเช็ดมือที่ใช้ร่วมกัน

วิธีการล้างมือที่ถูกต้อง 7 ขั้นตอน

- ให้ใช้ฝ่ามือถูกัน
- ให้ใช้ฝ่ามือถูที่หลังมือ และใช้นิ้วถูที่ซอกนิ้ว
- ใช้ฝ่ามือถูที่ฝ่ามือและใช้นิ้วถูที่ซอกนิ้ว
- ใช้นิ้วมือถูที่ฝ่ามือ
- ให้ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบ ด้วยฝ่ามือ
- ให้ใช้ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ
- ให้ถูรอบข้อมือ

ควรล้างมือเมื่อไหร่บ้าง

- ก่อนและหลังกินอาหาร ก่อนและหลังทำอาหาร
- หลังจากใช้ห้องน้ำ นั่งกระโถนหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม
- หลังจากสั่งน้ำมูก ไอ จาม
- หลังจากสัมผัสกับเด็กป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสื้อผ้าของเด็ก
- เมื่อสัมผัสสัตว์ หรือของเสียของสัตว์ (อุจจาระ ปัสสาวะ) เช่น หลังจากเล่นกับสัตว์เลี้ยง หรือเมื่อพาเด็กไปเที่ยวฟาร์มเลี้ยงสัตว์
- เมื่อมือไม่สะอาด สัมผัสกับสิ่งสกปรก เช่น เอาขยะไปทิ้ง หลังเช็ดโต๊ะอาหาร เปื้อนดินทราย หลังทำกิจกรรมนอกสถานที่

ตารางที่ 3 การทำความสะอาดสิ่งของ เครื่องใช้ และของเล่นสำหรับเด็ก/อาคารสถานที่*

เครื่องใช้และของเล่นเด็ก/อาคารสถานที่	การทำความสะอาด	ความถี่
แก้วน้ำดื่ม ผ้าเช็ดมือควรมีใช้ส่วนตัว	ทำความสะอาดแก้วน้ำส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาด เช่น น้ำยาล้างจาน	ทุกวัน
	ทำความสะอาดแก้วน้ำส่วนรวมที่ศูนย์จัดให้ใช้เฉพาะคนเฉพาะครั้ง ด้วยน้ำยาทำความสะอาด เช่น น้ำยาล้าง	ทุกครั้งหลังใช้
	จาน ผ้าเช็ดมือส่วนตัว ควรซักทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกและตากแดดให้แห้ง	ทุกวัน
ที่นอน ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ควรมีใช้ส่วนตัว	ซักทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก และนำไปตากแดดให้แห้ง	ทุกสัปดาห์
ของเล่นเด็ก	ไม้ พลาสติก ควรล้างด้วยน้ำยาทำความสะอาด เช่น ผงซักฟอก น้ำยาล้างจาน สบู่ หรือ น้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วนำไปตากแดดให้แห้ง กระดาษ ควรปัดฝุ่นและนำไปตากแดด ผ้า ตุ๊กตา ควรซักและนำตากแดดให้แห้ง	อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (กรณีของเล่นเด็กเล็กที่นำเข้าปากแนะนำให้ทำความสะอาดทุกวัน)
อาคารสถานที่ *	<u>ภายในอาคาร</u> พื้นและผนังห้องนอน ห้องเล่น ห้องเรียน ทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง (เพดานแนะนำให้ทำความสะอาดอย่างน้อย
	<u>ภายนอกอาคาร</u> บริเวณรอบอาคาร สถานที่ ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว โรงอาหาร บริเวณที่เด็กเล่นในอาคาร ทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง) อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง
หมายเหตุ * กรณีเกิดโรคระบาด ควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันที และบ่อยครั้งมากขึ้นรวมทั้งแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบทันที		

ที่มา : คู่มือแนวทางป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก), 2554

ตารางที่ 4 โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็กและระยะเวลาที่ควรแยกเด็ก

โรคติดเชื้อ	ระยะเวลาแยกเด็กที่ป่วย* (พักอยู่ที่บ้าน)
อาเจียน/ท้องเสีย	แยกเด็ก จนเด็กหยุดถ่ายเหลว หรืออาเจียนอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
โรคหัด	แยกเด็ก อย่างน้อย 4 วันหลังจากวันแรกที่ผื่นขึ้น
โรคอีสุกอีใส	แยกเด็ก จนกระทั่งผื่นทั้งหมดแห้ง ไม่พบผื่นใหม่ที่เป็นตุ่มน้ำใสอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (ประมาณ 5 วันหลังจากวันแรกที่ผื่นขึ้น)
โรคคางทูม	แยกเด็ก จนกระทั่งอาการบวมและก้อนยุบลง (ส่วนใหญ่ประมาณ 5 วัน นับจากวันแรก)
โรคตาแดง	แยกเด็ก จนกระทั่งอาการดีขึ้น ไม่มีน้ำตา
โรคมือเท้าปาก	แยกเด็ก จนผื่นทั้งหมดแห้ง ไม่พบตุ่มน้ำใสขึ้นมาใหม่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
โรคหัดเยอรมัน	แยกเด็ก จนกว่าจะหายสนิท หรืออย่างน้อย 4 วันหลังจากวันแรกที่ผื่นขึ้น
โรคผื่น Impetigo	เด็กควรได้รับการแยก จนกว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ แผลที่มีน้ำเหลืองไหล ควรได้รับการปิดแผลแน่น
โรคหิด	เด็กควรได้รับการแยก จนกว่าจะได้รับการรักษา
โรคเหา	เด็กควรรีบได้รับการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแล้ว สามารถมาโรงเรียนได้ตามปกติ
พยาธิเส้นด้าย	ไม่จำเป็นต้องแยกเด็ก เด็กควรรีบได้รับการรักษา
โรคไข้หวัด ไอ	ไม่จำเป็นต้องแยกเด็ก แต่เด็กควรได้รับการดูแลที่บ้านถ้ารู้สึกไม่ค่อยสบาย น้ำมูกไหล

* ดัดแปลงจาก National Health and Medical Research Council, 2012

การพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อแก่ครู/ผู้ดูแลเด็ก

1. วัคซีน หัด หัดเยอรมัน และคางทูม

ควรให้กับครู/ผู้ดูแลเด็กทุกคนที่ประวัติในวัยเด็กได้รับวัคซีนไม่ครบ หรือจำประวัติได้ไม่ชัดเจน การให้วัคซีน MMR สามารถให้ได้โดยไม่มีอันตรายใดๆ วัคซีนมีความปลอดภัย ได้ผลดีและมีราคาถูก ผู้ที่มีภูมิแล้ว เมื่อได้รับวัคซีนอีกก็ไม่เกิดผลเสียใดๆ

2. วัคซีนอีสุกอีใส

ควรพิจารณาให้ในครูที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคนี้ในวัยเด็ก และไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ถ้าไม่แน่ใจว่าเคยเป็นโรคนี้มาก่อนหรือไม่ สามารถให้วัคซีนได้เลย การให้วัคซีนในผู้มีภูมิคุ้มกันอยู่แล้วไม่มีข้อเสียใดๆ นอกจากสิ้นเปลือง อย่างไรก็ตามวัคซีนอีสุกอีใสยังมีราคาสูง การให้วัคซีนอาจดูตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลและสถานที่

3. วัคซีนไข้หวัดใหญ่

การพิจารณาให้วัคซีนขึ้นกับความพร้อมของแต่ละสถานศึกษา เนื่องจากเป็นวัคซีนที่ยังมีราคาสูง และจำเป็นต้องให้ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ในส่วนของภาครัฐ ยังไม่มีนโยบายให้ประชาชนฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกคน แต่จะพิจารณาให้เฉพาะในผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในครูที่ตั้งครรภ์

ครู/ผู้ดูแลเด็กเกือบทั้งหมดเป็นผู้หญิงและอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ ครู/ผู้ดูแลเด็กที่มีโอกาสตั้งครรภ์ควรได้รับการเฝ้าระวัง และหลีกเลี่ยงจากการสัมผัสเด็กป่วย โดยเฉพาะเด็กที่ป่วยด้วยโรคไข้ออกผื่น

โรคไข้ออกผื่นที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคอีสุกอีใส โรคหัดเยอรมัน โรคหัด หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อนี้โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะทำให้ทารกเกิดความพิการรุนแรง หรือมีโอกาสแท้งได้ การให้ความรู้แก่ครู/ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคที่ต้องเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ช่วยให้ครูที่มีโอกาสตั้งครรภ์เฝ้าระมัดระวังตัวเองมากขึ้น โดยเฉพาะ

ในช่วง 1-3 เดือนแรกที่ผู้หญิงตั้งครรภ์หลาย คนอาจจะยังไม่ทราบว่าตัวเองกำลังตั้งครรภ์

ถ้าครูที่ตั้งครรภ์มีอาการของโรคไข้ออกผื่น หรือสัมผัสโดยตรงกับเด็กหรือผู้ใหญ่ที่เป็นโรคไข้ออกผื่น ครู/ผู้ดูแลเด็กควรได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์ ซึ่งแพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกาย เจาะเลือดหาภูมิคุ้มกัน และให้คำแนะนำต่อไป

กรณีศึกษา : การดูแลเด็กป่วย และการป้องกันการแพร่เชื้อ

น้องพี อายุ 2 ขวบครึ่ง อยู่ห้องชั้นเตรียมอนุบาล เช้านี้คุณแม่มาส่งน้องพีให้กับคุณครู คุณครูทักว่าน้องพีดูไม่ค่อยแจ่มใส คุณแม่เล่าให้คุณครูฟังว่าเมื่อคืนน้องพีนอนหลับไม่ค่อยสนิท ดูไม่ค่อยสบายตัว ตื่นบ่อย คุณแม่ต้องลุกมากล่อมให้นอน 2 ครั้ง เช้านี้ก็ไม่ยอมกินอาหารเช้า

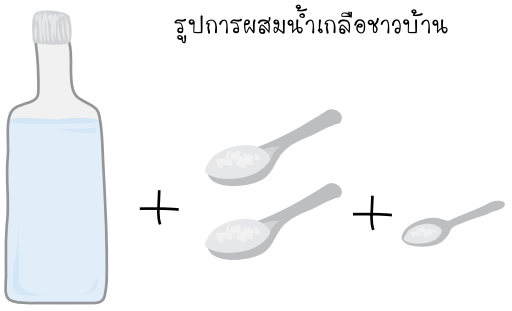
ในห้องเรียนชั่วโมงเล่นอิสระ น้องพีดูเงียบๆ ไม่ค่อยเล่นกับเพื่อน กินนมตอนช่วงพักเช้าได้เล็กน้อย ช่วงใกล้เที่ยง น้องพีเริ่มมีไข้ต่ำๆ และมีถ่ายเหลว 1 ครั้ง อุจจาระไหลออกมานอกกางเกง คุณครูเข้ามาดูแลน้องพี พาไปเข้าห้องน้ำ และโทรรายงานให้คุณแม่รับทราบ คุณครูขอให้คุณแม่รีบมารับน้องพี คุณแม่รู้สึกเป็นห่วงลูกแต่กำลังติดงานสำคัญ และจะมารับได้ในอีก 2 ชั่วโมง ระหว่างรอนั้น น้องพีถ่ายเหลวอีก 2 ครั้ง คุณครูควรทำอย่างไร

การดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น

1. ให้น้องพีได้นอนพักผ่อนในห้องที่มีอากาศถ่ายเท ไม่ควรทิ้งน้องพีไว้คนเดียว ควรอยู่ในที่คุณครูมองเห็นได้ตลอดเวลา

2. เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ โดยให้น้ำเกลือแร่ทดแทน สารน้ำที่เสียไปทางอุจจาระ ผงน้ำตาลเกลือแร่สำเร็จรูป (ORS) ของเด็ก โดยผสมตามอัตราส่วน 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้ว ให้น้องพีทาน ครึ่งถึงหนึ่งแก้วต่อการถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ถ้าไม่สามารถหาน้ำเกลือแบบสำเร็จรูปได้ คุณครูอาจทำน้ำเกลือแร่เอง โดยใช้น้ำอุ่น 1 ขวด (ประมาณ 750 ซีซี) ผสมเกลือป่น 1/2 ช้อนชา ผสมน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ

รูปการผสมน้ำเกลือชาวบ้าน



น้ำ 1 ขวด น้ำตาล 2 ช้อนโต๊ะ เกลือ 1/2 ช้อนกาแฟ

3. เฝ้าระวังภาวะไข้สูงและดูแลปฐมพยาบาลภาวะไข้ โดยเช็ดตัวด้วยน้ำประปาธรรมดา ให้ทานยาลดไข้พาราเซตามอล โดยให้ขนาดยาตามอายุเด็ก ตามฉลากยาด้านข้างขวด ดูแลให้น้องพีได้รับน้ำเพียงพอ เพื่อช่วยให้ร่างกายระบายความร้อนได้ง่ายขึ้น

4. สังเกตและบันทึกอาการโดยทั่วไปของน้องพี อุณหภูมิร่างกาย จำนวนครั้งที่เด็กถ่ายอุจจาระ ปริมาณคร่าวๆ ลักษณะอุจจาระ ปริมาณและชนิดของยาลดไข้ที่ให้ ปริมาณน้ำเกลือที่ให้ (รวมถึงชนิดและเวลาที่ให้)

5. เฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะไข้สูง อาจต้องระวังภาวะชักจากไข้สูง เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ เด็กจะอาการมีตาโหล ปากแห้ง ดูซึมลงและไม่ถ่ายปัสสาวะ ถ้าเด็กมีอาการซึมลงมาก หายใจหอบ เป็นอาการของโรคที่รุนแรง ควรรีบนำส่งโรงพยาบาล

การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

1. การแยกเด็กป่วย โดยน้องพีควรกลับไปพักผ่อนที่บ้าน และขอให้คุณแม่รีบมารับ ระหว่างรอคุณแม่มารับ คุณครูควรจัดให้น้องพีนอนในห้องแยกที่มีผู้ใหญ่อยู่ด้วย หรือถ้าไม่มีห้องแยกอาจใช้เบาะนอนในห้องที่ห่างจากเด็กคนอื่น

2. ในระหว่างปฐมพยาบาลน้องพี คุณครูควรแยกอุปกรณ์ของเครื่องใช้ส่วนตัวของน้องพีออกจากเด็กคนอื่นอย่างชัดเจน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าปูที่นอน ถังขยะ

3. ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งที่พาน้องพีเข้าห้องน้ำ หรือเมื่อสัมผัสดูแลน้องพี และทุกครั้งก่อนการเตรียม อาหาร นม ให้เด็กคนอื่นๆ ในห้อง ถ้าในห้องไม่มีอ่างล้างมือ คุณครูควรมีเจลล้างมือติดตัวเพื่อสามารถใช้ได้ทันที

4. ผ้าปูที่นอนที่เปื้อนอุจจาระ เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัวของน้องพี ควรแยกซัก ไม่ซักรวมกับผ้าของเด็กคนอื่นๆ

5. ทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ส่วนรวมที่น้องพีใช้ หรือเล่นในวันนั้น ทำความสะอาดห้องน้ำ โดยเฉพาะถ้ามีการเปื้อนอุจจาระบริเวณพื้นหรือโถส้วม

6. ให้คำแนะนำพ่อแม่ ภาวะท้องเสียสามารถแพร่กระจายได้ เพื่อความปลอดภัยกับเด็กคนอื่น ขอให้น้องพีอยู่บ้านจนกระทั่งไม่มีการถ่ายแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

การป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ โดยมีปัจจัยที่สำคัญ คือ

1) ครู/ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็ก การล้างมือบ่อยๆ การแยกเด็กป่วย

2) การสื่อสารในองค์กร โดยเน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม และสอดคล้องกับแต่ละสถานที่

3) การได้รับการสนับสนุนและมองเห็นความสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อจากผู้บริหาร

4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยเน้นดูแลสุขภาพ อนามัย และการแยกเด็กให้อยู่บ้านเมื่อมีอาการไม่สบาย

อ้างอิง

1. National Health and Medical Research Council. Staying Healthy: Preventing Infectious Disease in Early Childhood Education and Care Service, 5th edition, 2012

2. American Academy of Pediatrics. Caring for our children: National health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs. 3rd edition. Washington, DC.2011

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก) กรุงเทพ. 2554

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556. กรุงเทพ. 2556

5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. DDC WATCH. จับตาโรคและภัยสุขภาพ. มิถุนายน 2557.

6. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. ตารางการให้วัคซีนในเด็กไทยปกติ 2557. http://pidst.or.th/files_khowledge/pidst_20140123134007_filekhow.pdf

7. Infection Prevention and Control in Childcare Settings (Day Care and Child-minding Settings), Health Protection Scotland. Glasgow. March 2011.

8.Guidance on infection control in schools and other childcare setting. Public Health England. London. 2014

9. Infection prevention and control: Best practice advice for nurseries and childcare settings. Belfast. 2010. www.publichealth.hscni.net.

10. ประวัติความเป็นมาของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค. http://thaigcd.ddc.moph.go.th/e-learning/?page_id=12

11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.โรคมือเท้าปาก. http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?g=1&items=1277

ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในเด็กปฐมวัย (Information and Communications Technology; ICT)

นายแพทย์คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในเด็กปฐมวัย (Information and Communications Technology; ICT)

นายแพทย์คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ปัจจุบันสื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเรามากยิ่งขึ้น แม้กระทั่งในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กก่อนวัยเรียน (preschool) คือเด็กตั้งแต่อายุ 3-6 ปี เป็นวัยที่เริ่มใช้สื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีมากขึ้นกว่าวัยทารก (0-1 ปี) และวัยเตาะแตะ (1-3 ปี) เนื่องจากพัฒนาการของเด็กวัยนี้สามารถเดิน หยิบจับ หรือบอกความต้องการในการใช้ หรือดูสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น นั่นคือเด็กวัยนี้เปลี่ยนบทบาทจากที่พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้เลือกสื่อและอุปกรณ์ ICT ให้ในวัยทารกและวัยหัดเดิน (passive) เป็นผู้เลือกหรือใช้ด้วยตนเองมากขึ้น (active) นอกจากนี้ ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยี อุปกรณ์ ICT ต่างๆ พกพาง่าย มีราคาถูกลง ผู้ปกครองและหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนการเข้าถึงและการใช้อุปกรณ์ ICT เหล่านี้ โดยมีความเชื่อว่าอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ช่วยในการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก โดยไม่คำนึงถึงผลด้านลบจากการใช้งาน และขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกและควบคุมการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT

การศึกษาในปัจจุบันพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT กับผลกระทบต่อพฤติกรรมและปัญหาต่างๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมทางเพศ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการกินและโรคอ้วน การกลั่นแกล้งรังแกทางไซเบอร์ หรือภัยต่างๆ[1-3] โดยพบว่าปัญหาพฤติกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการใช้และเนื้อหาของสื่อ ดังนั้น ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics ; AAP) ได้แนะนำไว้ว่าเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี เป็นต้นไปไม่ควรใช้เวลากับการอยู่หน้าจอต่างๆ มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน และถ้าอายุต่ำกว่า 2 ปี ควรงดการอยู่กับหน้าจอต่างๆ[4] อีกทั้งชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ได้จัดทำคู่มือ “คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและวัยรุ่น” โดยแนะนำให้งดการใช้อุปกรณ์ ICT ทุกชนิดในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี[5] แม้จะมีคำแนะนำดังกล่าว แต่การศึกษาในต่าง

ประเทศก็ยังพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ใช้สื่อและอุปรณ์ ICT เกินกว่าที่กำหนด[6,7] ในประเทศไทยถึงแม้ยังพบมีการศึกษาการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัยอยู่น้อย แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ร้อยละของครัวเรือนที่มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ[8] ดังนั้นการตระหนักและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ และปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัย จึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทุกภาคส่วน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็ก จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็ก เพื่อสามารถให้คำแนะนำและการดูแลเกี่ยวกับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ในเด็กได้

เนื่องจากคำศัพท์เกี่ยวกับอุปกรณ์เทคโนโลยีในปัจจุบันมีความหลากหลาย ในที่นี้คำว่า **"สื่อและอุปกรณ์ ICT"** จะรวมถึง โทรทัศน์ วิทยุ คอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์โน๊ตบุ๊ค อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต รวมถึงเนื้อหาที่ใช้ในอุปกรณ์เหล่านั้น

สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน

จากการที่สื่อและอุปกรณ์ ICT เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น อุปกรณ์ ICT ต่างๆ สามารถพกพาได้สะดวก เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่และทุกเวลา ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงสื่อและข่าวสารต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มักมีทัศนคติในเชิงบวกต่อการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT[9] เช่น เชื่อว่าการใช้สื่อหรืออุปกรณ์ ICT จะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ หรือการศึกษาของบุตรหลาน ซึ่งหลายการศึกษาพบว่า ทัศนคติในเชิงบวกของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเวลาที่เด็กใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เพิ่มขึ้น[1,6,10] และพบว่าการใช้ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำในเด็ก[10]

จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี พบว่าเด็ก 2 ใน 3 ดูโทรทัศน์ทุกวัน และ 1 ใน 4 ดูวิดีโอ DVD หรือเล่นคอมพิวเตอร์ทุกวัน และมีเด็กเล่นวิดีโอเกมประมาณร้อยละ 13 ซึ่งพบว่าเด็กวัยนี้ร้อยละ 43 ใช้เวลากับกิจกรรมบนหน้าจอมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่มีผู้ปกครองน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ใช้สื่อและอุปกรณ์เทคโนโลยีเหล่านี้ร่วมกับเด็ก[6] ทั้งๆ ที่ในเด็กวัยนี้ควรมีผู้ปกครองร่วมดูและพูดคุยเกี่ยวกับสื่อที่ใช้[4,5] โดยพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่สามารถเปิดโทรทัศน์ วิดีโอ DVD ได้ด้วยตนเอง และประมาณร้อยละ 20 สามารถ

เปิดคอมพิวเตอร์ได้เอง และจากการศึกษาล่าสุดพบว่า เด็กปฐมวัยใช้งานโทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตมากขึ้น โดยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี ใช้งานโทรศัพท์ มือถือหรือแท็บเล็ตเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า คือจาก 5 นาที/วัน ในปี ค.ศ.2011 เป็น 15 นาทีต่อวัน ในปี ค.ศ. 2013[11] ตัวผู้ปกครองเอง ซึ่งมีการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ของเด็กที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ปกครองอาจเป็นแบบอย่างในการใช้สื่อให้กับเด็ก หรือตัวผู้ปกครองเองอาจมีความต้องการที่จะชมรายการโทรทัศน์ของตน จึงมีอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ในห้องนอน เนื่องจากส่วนใหญ่ในสังคมไทยเด็กวัยนี้มักนอนรวมกับผู้ปกครอง หรือหากเด็กนอนแยกอาจอนุญาตให้เด็กมีอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ในห้องนอน เพื่อไม่เป็นการรบกวนการดูรายการโทรทัศน์ของผู้ปกครอง เป็นต้น ซึ่งเหตุผลนี้พบว่าเป็นเหตุผลส่วนใหญ่ของผู้ปกครอง ในการอนุญาตให้บุตรหลานมีอุปกรณ์ ICT ในห้องนอน โดยพบว่าเด็กปฐมวัยร้อยละ 43 มีโทรทัศน์ในห้องนอนของตน ร้อยละ 30 มีเครื่องเล่นวิดีโอหรือ DVD และร้อยละ 20 มีเครื่องเล่นเกมในห้องนอน ซึ่งหลายการศึกษาพบว่า การมีอุปกรณ์ ICT ในห้องนอน มีความสัมพันธ์กับเวลาที่เด็กใช้กับกิจกรรมบนหน้าจอที่มากขึ้น[2,4,6,12]

แม้ประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัยอยู่น้อย แต่การศึกษาของนิชราและคณะพบว่า ร้อยละ 95-98 ของเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เคยดูโทรทัศน์ และร้อยละ 43.5 ผู้ปกครอง มองว่าเด็กเหล่านี้ได้ดูโทรทัศน์อยู่บ่อยๆ[13] และปัจจุบันก็พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มักมีอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ในบ้าน จากการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนพบว่า ร้อยละของครัวเรือนที่มีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยร้อยละของครัวเรือนที่มีคอมพิวเตอร์เพิ่มจากร้อยละ 24.7 เป็น 29.5 และอินเทอร์เน็ตเพิ่มจากร้อยละ 13.4 เป็น 52.2 ในปี 2554 และ 2558 ตามลำดับ[7] จากการศึกษาของคมสันต์ และศิริไชย ซึ่งศึกษาการมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมในกรุงเทพฯ พบว่าปัจจุบันแทบทุกครัวเรือนมีโทรทัศน์และคอมพิวเตอร์อยู่ในบ้าน (ร้อยละ 99.9 และ 96.9) และแทบจะทุกครัวเรือนสามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ (ร้อยละ 90.1) และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.7) มีเครื่องเล่นเกมในบ้าน[14] แม้ว่าปัจจุบันยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีหรือใช้โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตในเด็กปฐมวัย แต่ปัจจุบันก็พบว่ามีรายงานเกี่ยวกับการพกพาโทรศัพท์มือถือไปโรงเรียนของเด็กวัยนี้[8] รวมถึงประสบการณ์จากผู้เขียนเองซึ่งพบเด็กปฐมวัยใช้โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ตของผู้ปกครองอยู่บ่อยๆ

แม้ว่าระยะเวลาในการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT จะมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ อีกสิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้กัน คือ เนื้อหาและคุณภาพของสื่อที่เด็กใช้ โดยการศึกษาของต่างประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของเด็กวัยเรียนเคยพบเห็นภาพความก้าวร้าวรุนแรงบนอินเทอร์เน็ต[15] รวมถึงมากกว่าร้อยละ 90 ของเกมที่จัดระดับว่าเหมาะสมกับเด็กก็มีภาพความก้าวร้าวรุนแรงอยู่เช่นกัน[16] และมากกว่าร้อยละ 75 ของรายการโทรทัศน์ในสหรัฐอเมริกา มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศอยู่

และเด็กวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 50 รายงานว่าเคยพบเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศโดยไม่ได้ตั้งใจจากการใช้อินเทอร์เน็ต[17] นอกจากนี้เนื้อหาเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด เหล้า บุหรี่ ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยจากการใช้สื่อต่างๆ เช่นกัน โดยมีการศึกษาในหลายประเทศ พบว่าการใช้สื่อเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์เร็ว และพฤติกรรมการเสพสารเสพติด ดื่มเหล้า สูบบุหรี่[2,3,5,18]

ในประเทศไทยพบว่ารายการโทรทัศน์ มิวสิกวิดีโอ ละครต่างๆ และเนื้อหาบนอินเทอร์เน็ตก็มีภาพความรุนแรง เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ และการใช้สารเสพติดอยู่บ่อยๆ นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้เวลาในช่วงปิดภาคเรียนไปกับกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เช่น ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อดูภาพโป๊เปลือย (ร้อยละ 53.8) ดูซีดีเนื้อหาไม่เหมาะสม (ร้อยละ 41.5)[19] หรือบางครั้งอาจถูกล่อลวงไปมีเพศสัมพันธ์ ถูกหลอกให้ทำธุรกรรมการเงินทางอินเทอร์เน็ต ดังที่เป็นข่าวมากมายในปัจจุบัน ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้พบได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะในวัยรุ่น ในขณะเดียวกันเนื้อหา เหล่านี้เด็กปฐมวัยอาจพบโดยไม่ได้ตั้งใจ ได้จากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT โดยทั่วไป ทั้งจากรายการที่มีเนื้อหาเหมาะสมและไม่เหมาะสม แต่ขาดการควบคุมดูแลจากผู้ปกครอง[19] ดังนั้น การทราบถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อ รวมถึงการดูแลการใช้สื่ออย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นและควรทำตั้งแต่เด็ก เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

ผลกระทบต่อพัฒนาการและปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยมีการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มากขึ้นกว่าในอดีต และเมื่ออายุมากขึ้นทั้งเวลาที่ใช้ และชนิดของสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ก็ยิ่งมากขึ้น ในเด็กทารกและวัยเตาะแตะการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT มักเกิดจากพ่อแม่ ผู้ปกครองจัดหาให้ หรือบางครั้งเป็นการเปิดทิ้งไว้ ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมากพบว่าส่งผลกระทบต่อเวลาที่ผู้ปกครองจะใช้ร่วมกับเด็ก และส่งผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสารของเด็ก[2,3] เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มแสดงความต้องการได้มากขึ้น เลือกที่จะใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ต่างๆ ได้ มีความสามารถในการพูดและการฟังมากขึ้น สามารถที่จะเข้าใจเนื้อหาต่างๆ จากสื่อได้มากขึ้น แต่พัฒนาด้านสติปัญญา ความนึกคิดของเด็กวัยนี้เองก็ยังไม่สามารถแยกระหว่างความ

จริงกับสิ่งที่พบเห็นได้ และอาจมีความเข้าใจเนื้อหาของสื่อที่บริโภคที่ไม่ถูกต้องตรงตามความจริง ในวัยนี้ผู้ปกครองอาจอนุญาตให้มีห้องนอนเป็นของตัวเอง ดังนั้นการมีสื่อหรืออุปกรณ์ ICT ต่างๆ ในห้องนอนจึงมักมีในวัยนี้ นอกจากนี้เด็กก่อนวัยเรียนมีพัฒนาการด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นจากวัยทารกและวัยเตาะแตะ เช่น ต้องการพัฒนาการด้านสังคมที่มากขึ้น เนื่องจากวัยนี้บางคนอาจเข้าเรียนในชั้นเตรียมอนุบาลหรืออนุบาล เด็กจำเป็นต้องควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ดีขึ้น รู้จักอดทนรอคอยเพื่อให้ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ รวมถึงทักษะทางสังคมต่างๆ เช่น การช่วยเหลือ แบ่งปัน เห็นอกเห็นใจผู้อื่น การเล่นกับผู้อื่น และเมื่อเข้าเรียนทักษะความสามารถด้านการเรียนจึงมีความจำเป็นเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นรากฐานที่ดีต่อไปในการเรียนชั้นประถมถึงมหาวิทยาลัย ซึ่งทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับมาจากการเรียนรู้ อบรม สั่งสอน ดังนั้นการใช้เวลาไปกับสื่อและอุปกรณ์ ICT จึงอาจมีผลกระทบกับพัฒนาการและการเรียนรู้ทักษะดังกล่าว

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการและปัญหาต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง

ปัญหาความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยนี้เมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการหรือถูกขัดใจอาจแสดงออกโดยการอาละวาด ข้างปาข้าวของ ทำร้ายร่างกาย หรือส่งเสียงโวยวาย ซึ่งปัญหานี้มักก่อให้เกิดความลำบากแก่ผู้ปกครองหรือครูในการดูแล รวมถึงส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองในการเข้าสังคมกับผู้อื่น ปัญหานี้มีที่มาจากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นจากตัวเด็กเอง การเลี้ยงดู สภาพสังคมสิ่งแวดล้อม แต่สาเหตุหนึ่งที่ปัจจุบันมีการศึกษามากขึ้น และพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวคือการใช้สื่อ

ปัจจุบันมีหลายการศึกษาซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการชมสื่อที่มีความก้าวร้าวรุนแรงกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในเด็ก ถึงแม้ว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT จะไม่ได้เป็นปัจจัยหลัก แต่พบว่าร้อยละ 10 ของปัญหา[2] ความก้าวร้าวรุนแรงในปัจจุบันมีผลมากจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT โดยพบว่าภาพความรุนแรงสามารถพบได้ในหลายๆ สื่อ เช่น รายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์ การ์ตูน นอกจากที่จะพบภาพความรุนแรงได้บ่อยแล้ว สื่อเหล่านี้ยังนำเสนอภาพความรุนแรงไปในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น

1. การทำให้ความก้าวร้าวรุนแรงดูเป็นเรื่องตลก เช่น การใช้ภาพความรุนแรงในการ์ตูนเพื่อเรียกเสียงหัวเราะ

2. การทำให้ความก้าวร้าวรุนแรงดูสมเหตุสมผล ซึ่งเป็นการนำเสนอที่พบได้บ่อยที่สุด เช่น ตัวละครเอกใช้ความรุนแรงต่อสู้กับผู้ร้าย

3. การทำให้ความก้าวร้าวรุนแรงดูสมจริง เช่น การนำเสนอภาพเหตุการณ์จริง หรือทำให้

เหมือนจริง

4. การนำเสนอความก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่มีผลลัพธ์ตามมา เช่น ตัวละครเอกใช้ความรุนแรงต่อสู้กับผู้ร้าย ซึ่งนอกจากจะไม่มีผลลัพธ์ที่ตามมาจากการใช้ความรุนแรงนั้น ตัวละครเอกเหล่านั้นยังได้รับความชื่นชมจากการใช้ความรุนแรง

โดยเชื่อว่าการชมสื่อทำให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้จากหลายกลไก เช่น เด็กเรียนรู้และยอมรับการใช้ความก้าวร้าวรุนแรงในการแก้ปัญหาจัดการกับความกังวล ไม่สบายใจ เกิดความรู้สึกชินชากับความก้าวร้าวรุนแรง ขาดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น หรือทำให้เด็กรู้สึกว่าโลกนี้อันตราย ทำให้เด็กเกิดความกลัวและวิตกกังวล[20,21]

นอกจากนี้ **"สื่อใหม่"** ซึ่งสามารถตอบโต้ระหว่างผู้ใช้ได้ เช่น เกมและอินเทอร์เน็ต แม้ว่าจะยังมีการศึกษาน้อยกว่าสื่อเก่า แต่ก็พบว่าสามารถส่งผลต่อความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงได้เช่นกัน และอาจจะส่งผลมากกว่า[20] **"สื่อเก่า"** เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว โดยเด็กมักจะได้รับบทบาทที่ให้ใช้ความรุนแรงในเกมและได้รับรางวัล เช่น การชนะหรือคะแนนจากพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ความรุนแรงนั้น

ถึงแม้ว่าหลายการศึกษาจะพบว่า ความก้าวร้าวรุนแรงในสื่อจะมีผลต่อความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง แต่บางการศึกษาพบว่าการนำเสนอภาพผลด้านลบของความก้าวร้าวรุนแรงซึ่งนำมาสู่การสูญเสีย ความทุกข์ทรมานของผู้ถูกกระทำ เช่น ภาพยนตร์เกี่ยวกับสงคราม ร่วมกับการชี้แนะของผู้ปกครองแก่บุตรหลาน ก็อาจนำมาสู่การลดความก้าวร้าวรุนแรงลงได้ แต่สื่อส่วนใหญ่ก็อาจไม่ได้นำเสนอในแง่ของผลด้านลบของความก้าวร้าวรุนแรง และผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ให้คำชี้แนะแก่บุตรหลาน[20]

2. พัฒนาการทางสังคมและพฤติกรรมสนับสนุนสังคม (prosocial behavior)

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมในเด็กปฐมวัยมากนัก แต่พบว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ทำให้เวลาที่เด็กใช้ในการทำกิจกรรมอื่นๆ ลดน้อยลง รวมถึงผู้ปกครองถ้ามีการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ก็จะมีผลต่อเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กลดลง[1,6,7] ดังนั้นจึงน่าที่จะมีผลต่อพัฒนาการทางด้านสังคม ซึ่งเรียนรู้ได้ผ่านกิจกรรมอื่นๆ ทักษะทางสังคมนั้นจำเป็นต้องมีทั้งทักษะด้านภาษา การเล่น ซึ่งผลการศึกษาในทารกและเด็กวัยเรียนพบอย่างชัดเจนว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม เช่น การเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก[1] ดังนั้นการใช้สื่อก็น่าจะมีผลต่อพัฒนาการสังคมของเด็กปฐมวัยเช่นกัน เด็กวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มเล่นร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง การใช้สื่อก็น่าจะทำให้เวลาที่ใช้ในการเล่นร่วมกับผู้อื่นลดน้อยลง แต่บางการศึกษาพบว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่ดี เหมาะสมกับวัย ไม่มีความรุนแรง จะช่วยเพิ่มการเล่นสมมุติ ซึ่งเป็นการเล่นที่สำคัญในเด็กวัยนี้เนื่องจากช่วยพัฒนาในด้านความนึกคิด ทักษะสังคมและการจัดการอารมณ์ พัฒนาการด้านภาษา[18]

พฤติกรรมสนับสนุนสังคม เป็นพฤติกรรมที่ผู้กระทำตั้งใจที่จะทำเพื่อช่วยเหลือ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เด็กอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เป็นที่รักและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นคนดีและมีประโยชน์ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีให้แก่เด็กต่อไปเมื่อโตขึ้น สื่อหลายชนิด เช่น การ์ตูน ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต ก็อาจพบแบบอย่างของการช่วยเหลือผู้อื่นได้ แต่พบว่าสื่อที่เป็นแบบอย่างของการช่วยเหลือเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นพบได้น้อยกว่าภาพของความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงถึง 3 เท่า[22] การศึกษาปัจจุบันพบว่าการบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มีภาพของพฤติกรรมสนับสนุนสังคม มีส่วนช่วยให้เด็กเกิดพฤติกรรมสนับสนุนสังคมมากขึ้นได้ แต่ผลที่ได้ยังน้อยกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งผลของการให้เกิดพฤติกรรมสนับสนุนสังคม รวมถึงบางครั้งเด็กอาจไม่สามารถนำพฤติกรรมช่วยเหลือที่ได้เรียนรู้มาแล้วมาใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างได้ และผลของการใช้สื่อต่อพฤติกรรมสนับสนุนสังคมยังมีน้อยกว่าผลต่อความก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง[22]

ด้านการเรียนรู้ (learning) และการเรียน (academic)

ผลประโยชน์ต่อเด็กทางด้านการเรียนมักเป็นเหตุผลหนึ่งที่สำคัญของผู้ปกครอง ซึ่งนำมาใช้สนับสนุน การบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็ก[6] รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาล้วนสนับสนุนให้เด็กได้ใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในการเรียนการสอน ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้สื่อต่อการเรียนเด็กจึงมีความจำเป็น

สื่อในปัจจุบันมีเนื้อหาที่ผลิตเพื่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยเป็นจำนวนมาก เช่น Teletubbies, Sesame street จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อเหล่านี้และอุปกรณ์ ICT ต่างๆ กับประโยชน์ด้านการเรียน ผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนของเด็กเป็นจำนวนมาก โดยผลส่วนใหญ่พบว่าการใช้สื่อที่มีประโยชน์เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีผู้ปกครองดูแลและให้คำชี้แนะเกี่ยวกับสื่อ สิ่งที่เรียนรู้ร่วมด้วย จะทำให้เด็กได้รับประโยชน์ด้านการเรียนมากขึ้น[23] แต่จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเด็กส่วนใหญ่ในปัจจุบันมักใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ตามลำพัง ไม่มีการควบคุมดูแลเกี่ยวกับเนื้อหาของสื่อที่ใช้ ซึ่งพบว่าอาจส่งผลด้านลบต่อการเรียนรู้มากกว่า เช่น บางครั้งความรู้ที่ได้จากอินเทอร์เน็ตอาจเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้เด็กส่วนใหญ่ยังใช้เวลากับสื่อและอุปกรณ์ ICT มากเกินกำหนดซึ่งจะมีผลกระทบต่อเวลาที่ใช้ในกิจกรรมอื่นๆ และส่งผลต่อพัฒนาการ และปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

การควบคุมตนเอง (self-regulation)

การควบคุมตนเองในที่นี้หมายรวมถึง ความมุ่งมั่นในการทำงาน การควบคุมอารมณ์ การอดทนรอคอย โดยการควบคุมตนเองนี้เป็นทักษะที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับปัญหาความก้าวร้าว และพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่สำคัญในเด็กสำหรับผู้ปกครอง โรงเรียน และส่งผลกระทบด้านอื่นๆ ตามมา

ปัจจุบันพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กกับการควบคุมตนเองยังมีความขัดแย้งกันอยู่ เช่น บางการศึกษาก็พบว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ช่วยให้เด็กควบคุมตนเองได้ดีขึ้น แต่บางการศึกษาก็พบว่าทำให้เด็กควบคุมตนเองได้น้อยลง โดยพบว่าเนื้อหาของสื่อมีความสำคัญต่อการควบคุมตนเอง เช่น การใช้สื่อที่มีเนื้อหาความรุนแรงจะทำให้เด็กควบคุมตนเองได้น้อยลง ในขณะที่การใช้สื่อที่มีเนื้อหาพฤติกรรมสนับสนุนสังคมจะช่วยให้เด็กควบคุมตนเองได้ดีขึ้น[18]

ถึงแม้ว่าผลของการใช้สื่อต่อการควบคุมตนเองจะยังมีความขัดแย้ง แต่ก็พบว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ของเด็ก ซึ่งส่งผลต่อเวลาที่เด็กและผู้ปกครองมีร่วมกันที่ลดลง ก็น่าที่จะทำให้การพัฒนาด้านการควบคุมตนเองซึ่งได้จากผู้ปกครองช่วยเหลือให้เด็กได้ควบคุมตนเอง เช่น การปลอบ กอด พูด-สอน เปลี่ยนความคิดลดน้อยลง รวมถึงทักษะและพัฒนาการทางภาษาที่ลดน้อยลงจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ก็จะส่งผลต่อความสามารถของเด็กที่จะควบคุมตนเองโดยการพูดปลอบตนเอง ปรับความคิดตนเองด้วยเช่นกัน รวมถึงการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT มาก จนกระทั่งเด็กขาดเวลาที่จะใช้ในการฝึกทักษะชีวิตอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การจัดการความเครียด ก็ย่อมส่งผลให้เด็กนั้นขาดความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ในชีวิต ทำให้เกิดความเครียด และส่งผลต่อการควบคุมตนเองได้เช่นกัน

ปัญหาจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT

สังคมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับปัญหาทางสุขภาพในเด็กและวัยรุ่นหลายประเด็น เช่น โรคอ้วน การกลั่นแกล้งรังแก ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมเป็นอย่างมาก รวมถึงรัฐบาลจำเป็นต้องสูญเสียเงินเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้เป็นจำนวนมาก ปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งจากตัวเด็ก ครอบครัวและสังคม ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่สำคัญและสามารถแก้ไขได้คือการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT กับปัญหาเหล่านี้

ปัญหาโรคอ้วน

ปัญหาโรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่สังคมให้ความสำคัญและสนใจมากขึ้น เนื่องจากโรคอ้วนในเด็กนั้นส่งผลต่อการเป็นโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่

การศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กพบว่า เด็กในปัจจุบันมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์โรคอ้วนมากขึ้นเป็น 2 เท่าจากในอดีต และอุบัติ

การณ์โรคเบาหวานก็เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเช่นเดียวกัน[21]

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ต่อการเกิดโรคอ้วนส่วนใหญ่แล้วยังทำอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งผลส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญคือเวลาที่ใช้ไปกับสื่อและอุปกรณ์ ICT มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน โดยสาเหตุที่การใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ทำให้เกิดโรคอ้วนคือ[21]

1. เป็นการลดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว และเพิ่มเวลาที่ใช้ในกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหว
2. การโฆษณาขนมขบเคี้ยวและอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ซึ่งส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร
3. เป็นการเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารขณะดูโทรทัศน์
4. รบกวนการนอน ทำให้เด็กอาจรับประทานอาหารมื้อดึก อ่อนเพลียจากการนอนไม่พอจึงไม่ออกกำลัง

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัย แต่จากการศึกษาซึ่งพบว่าเด็กปฐมวัยก็ใช้เวลากับการใช้สื่อมาก ซึ่งทำให้เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอื่นๆ ลดลง อีกทั้งโฆษณาดังกล่าวมักใช้ตัวละคร ข้อความที่จูงใจเด็กและเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถแยกแยะความจริงในโฆษณาอาหารหรือขนมขบเคี้ยวต่างๆ ได้ ซึ่งจากการศึกษาของ media monitor ก็พบว่า รายการสำหรับเด็กในประเทศไทยก็พบโฆษณาลักษณะดังกล่าว[24] ดังนั้นเด็กในวัยนี้เองจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโรคอ้วนจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT

ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ (cyberbullying)

การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ หมายถึง “พฤติกรรมใดๆ ที่ทำผ่านอุปกรณ์เทคโนโลยี หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดอันตราย หรือความไม่สบายใจแก่ผู้อื่น”[25] เช่น การกระจายข่าวอันทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น การต่อว่า วิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น การส่งรูปอนาจารหรือรูปอื่นๆ ที่เป็นการคุกคามบุคคลอื่น การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์นี้มีความแตกต่างจากการกลั่นแกล้งในชีวิตจริงหรือที่โรงเรียน เนื่องจากบุคคลผู้กลั่นแกล้งอาจไม่เปิดเผยตัวตน ทำให้ยากที่จะจับว่าใครเป็นผู้กระทำ เกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา และยากในการสอดส่องดูแล ซึ่งผลกระทบของการถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ นั้นมีมากมาย เช่น รู้สึกซึมเศร้า โกรธ อับอาย แยกตัว การเรียนตกต่ำลง จนกระทั่งอาจนำมาสู่การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิตได้[25]

จากรายงานของ สหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 10-35 รายงานว่าเคยถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ และร้อยละ 10-20 ยอมรับว่าตนเองเคยกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกไซเบอร์[25] ปัจจุบันยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ในเด็กปฐมวัยน้อย ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการถูกกลั่นแกล้ง หรือไปกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกไซเบอร์

ในเด็กปฐมวัย แต่เด็กวัยนี้อาจจะตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งได้ง่าย เช่น การพบภาพอนาจารโดยไม่ตั้งใจ หรืออาจเป็นผู้กลั่นแกล้งผู้อื่น เช่น การที่เด็กส่งข้อความรบกวนผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ

ปัญหาทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศ

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้นและส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ มีแนวโน้มอัตราการเพิ่มของการคลอดในหญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีเพิ่มขึ้น การสำรวจการทำแท้งพบว่าผู้ที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 30 มีสถานภาพเป็นนักเรียนและนักศึกษา[26]

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในวัยรุ่น โดยพบว่าสื่อที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นมีเนื้อหาเรื่องเพศอยู่มาก และบางครั้งอาจพบเนื้อหาทางเพศอย่างไม่ตั้งใจได้มากในการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งพบว่าการใช้สื่อที่มีเนื้อหาทางเพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของเด็กวัยรุ่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การให้ความสัมพันธ์กับเรื่องเพศมากขึ้น และปัญหาพฤติกรรม เช่น อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรกน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับชมเนื้อหาด้านเพศ[27]

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มีเนื้อหาทางด้านเพศกับทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศในเด็กปฐมวัย แต่เด็กวัยนี้ก็อาจไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำได้ และอาจมีพฤติกรรมลอกเลียนแบบพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้ และบางครั้งเด็กอาจถูกล่อลวงจากผู้ที่ไม่ประสงค์ดีให้ออกไปพบและล่อลวงไปมีเพศสัมพันธ์ดังที่ได้พบตามข่าวอยู่บ่อยๆ ดังนั้นผู้ปกครองควรเลือกสื่อที่เหมาะสมไม่มีเนื้อหาทางเพศ รวมถึงการระมัดระวังและป้องการการเข้าถึงเนื้อหาทางเพศจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ต่างๆ รวมถึงการถูกล่อลวงจากผู้ไม่ประสงค์ดีในเด็กวัยนี้ และควรให้คำชี้แนะเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้ทางเพศที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก และการพบปะพูดคุยกับคนแปลกหน้าในการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT

ปัญหาการใช้เหล้า บุหรี่ และสารเสพติด

การใช้เหล้า บุหรี่ และสารเสพติด เป็นปัญหาสังคมที่สำคัญปัญหาหนึ่งในประเทศไทย โดยพบว่าปัจจุบันอายุที่เริ่มดื่มสุราและสูบบุหรี่ของเด็กในประเทศไทยมีแนวโน้มน้อยลงเรื่อยๆ โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราในของเยาวชน คือ 17.2 ปี และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 16.2 ปี[28] และพบว่าอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในกรุงเทพฯ คือ 15-19 ปี โดยประเภทของยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือยาบ้า (ร้อยละ 82.39)[29] และสถิติคดีเด็กและเยาวชนของสถานพินิจทั่วประเทศในปี 2556 พบว่า เป็นฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ 16,699 คดี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 44.6 ของฐานความผิดทั้งหมด และมากกว่าในปี 2554 ถึง 2,854 คดี[30]

จะเห็นว่าแนวโน้มเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัญหายาเสพติดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงงบประมาณของชาติที่ต้องนำไปใช้จ่ายในการฟื้นฟูและปราบปราม

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยรุ่น โดยพบว่าการใช้สื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้เหล้า บุหรี่ และสารเสพติดที่มากขึ้น[23]

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเด็กปฐมวัย แต่เด็กวัยนี้เองก็อาจไม่รู้ถึงพิษภัยที่อาจเกิดขึ้น และอาจทดลองหรือเลียนแบบการใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องตามมาเมื่อเติบโตขึ้นได้ ดังนั้นผู้ปกครองควรที่จะระมัดระวังการใช้สื่อของเด็ก และชี้แนะถึงโทษของการใช้เหล้า บุหรี่ และสารเสพติด รวมถึงเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ และไม่เป็นตัวอย่างของการใช้เหล้า บุหรี่และสารเสพติดแก่เด็ก

ปัญหาการติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT

การติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ปัจจุบันมักศึกษาเจาะจงไปที่ชนิดของสื่อและอุปกรณ์ ICT ที่ใช้ เช่น การติดเกม หรือติดอินเทอร์เน็ต โดยที่ปัจจุบันหลายการศึกษาวิจัยก็ใช้นิยามที่แตกต่างกัน ปัจจุบันเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับล่าสุด (Diagnositc and Statistical Manual, Fifth Edition; DSM-5) ยังไม่ได้มีเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT อย่างเป็นปัญหานี้ แต่ได้มีการเสนอให้มีการวินิจฉัย “ความผิดปกติของการใช้อินเทอร์เน็ตในการเล่นเกม” (internet gaming disorder) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่คล้ายกับการติดสารเสพติดคือ[31]

1. มีความคิดหมกมุ่นกับเกมบนอินเทอร์เน็ต
2. รู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวายเมื่อไม่ได้เล่น
3. ต้องการใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ต
4. ไม่สามารถควบคุมเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ตได้
5. ความสนใจในงานอดิเรกอื่นๆ ลดลง
6. ยังคงเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ตอยู่ทั้งๆ ที่รู้ว่าทำให้เกิดปัญหาต่างๆ
7. ต้องโกหกหลอกลวงคนในครอบครัว ผู้รักษา หรือผู้อื่น เกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ต
8. ใช้การเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ตเพื่อหลีกหนี หรือบรรเทาความรู้สึกด้านลบต่างๆ
9. การเล่นเกมบนอินเทอร์เน็ตส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน การเรียน หรือทำให้สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต

แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับการติดอินเทอร์เน็ตในการใช้งานอื่นๆ และเกมอย่างเป็นทางการ แต่จากประสบการณ์ของผู้เขียนเองก็พบว่าเด็กและเยาวชน รวมถึงผู้ใหญ่จำนวนมากมีการใช้อินเทอร์เน็ต และการเล่นเกมจนกระทั่งเกิดปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาการเรียน การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาสุขภาพ อันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้การใช้เวลาไปกับสื่อและอุปกรณ์ ICT มากเกินไปยังทำให้ขาดเวลาที่จะใช้ในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ อื่นๆ อีกด้วย

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดอินเทอร์เน็ตและการติดเกม ซึ่งสื่อทั้ง 2 ประเภทนี้ มีปัจจัยที่ส่งเสริมในการติดหลากหลายและแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่แล้วการศึกษามักทำในเด็กวัยรุ่น เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการติดอินเทอร์เน็ตหรือเกม พบว่าเด็กวัยรุ่นในฟินแลนด์ประมาณร้อยละ 4.6 มีการติดอินเทอร์เน็ต และร้อยละ 9 มีลักษณะติดสื่อลามกอนาจารบนอินเทอร์เน็ต ในเกาหลีพบว่าผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ร้อยละ 3.5 มีลักษณะเข้าได้กับการติดอินเทอร์เน็ต และการศึกษาในประเทศจีนพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 9-11 หรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 10 ล้านคน มีลักษณะเข้าได้กับการติดอินเทอร์เน็ต[32] ในประเทศไทยพบว่าเด็กวัยรุ่นร้อยละ 15-30 มีปัญหาติดอินเทอร์เน็ต โดยอาจเป็นการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เกม การพนันออนไลน์ หรือเว็บลามกอนาจาร[5] และพบว่า ร้อยละ 10-15 ของเด็กและวัยรุ่นเล่นเกมมากจนถึงขั้นมีปัญหาการติดเกม[33] แม้ว่าจำนวนอุบัติการณ์การติดอินเทอร์เน็ตและเกมในแต่ละการศึกษาจะค่อนข้างแตกต่าง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา อายุ นิยาม มีความแตกต่างกัน แต่ก็พบว่าเด็กวัยรุ่นจำนวนมากมีการติดอินเทอร์เน็ตและเกม และอาจมากยิ่งขึ้นตามวัยโดยเฉพาะในเด็กที่เรียนมหาวิทยาลัย[32]

สาเหตุของการติดสื่อและอุปกรณ์ ICT ประกอบด้วยปัจจัยหลากหลาย เช่น

1. ปัจจัยในตัวเด็ก พบว่าปัจจุบันมีการศึกษาถึงปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดอินเทอร์เน็ตมากขึ้น เช่น ยีนส์บางตัวที่เกี่ยวข้องกับการติดบุหรี่ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดอินเทอร์เน็ตเช่นกัน[34] และพบว่าการเล่นเกมยังไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เรียกว่า nucleus accumbens ซึ่งเป็นสมองส่วนเดียวกันกับที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติดด้วย[32] ในส่วนของปัจจัยด้านจิตใจก็มีส่วนที่ทำให้เด็กใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT มากขึ้น เช่น ในวัยรุ่นเด็กมักต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อน การใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ที่มีลักษณะสังคมออนไลน์ร่วมด้วยก็อาจจะตอบสนองเด็กได้ การที่เด็กขาดความรู้สึกภาคภูมิใจก็เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สำคัญ ซึ่งสื่อต่างๆ มักสร้างมาเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจต่างๆ ทำให้เด็กต้องเพิ่มการใช้เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจดังกล่าว นอกจากนี้ขาดการฝึกระเบียบวินัยและไม่มีทักษะชีวิตที่ดีๆ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญในการทำให้เด็กติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT และปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการปรับการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

2. ปัจจัยในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งซึ่งสามารถช่วยปกป้องเด็กจากการติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ได้ เช่น การที่ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT และตระหนักถึงโทษของการใช้มากเกินจำเป็น ฝึกระเบียบวินัยและมีกฎกติการในการใช้ ส่งเสริมทักษะชีวิตด้านอื่นๆ ที่จำเป็นแก่เด็ก รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้สื่อ จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่เด็ก เช่น การไม่มีสื่อและอุปกรณ์ ICT ในห้องนอนเด็ก รู้จักใช้อุปกรณ์หรือโปรแกรมในการควบคุมการใช้สื่อของเด็ก เป็นต้น แต่หากในทางกลับกัน หากผู้ปกครองขาดทักษะดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็อาจเป็นการส่งเสริมให้เด็กติดสื่อและอุปกรณ์ ICT ได้

3. ปัจจัยด้านสังคม สังคมที่ขาดนโยบายการควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก สนับสนุนให้เด็กได้ใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ตั้งแต่เด็ก โดยไม่มีการควบคุมดูแลอย่างเหมาะสม ไม่มีการสนับสนุนให้เด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้สื่ออย่างเหมาะสม ไม่ตระหนักถึงโทษภัย และส่งเสริมประโยชน์ที่ควรได้รับ

ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาถึงการติดอินเทอร์เน็ตหรือเกมในเด็กปฐมวัย แต่จากการศึกษาจำนวนมากพบว่า เวลาในการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ในวัยเด็กที่มาก มีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาไปกับสื่อและอุปกรณ์ ICT ในอนาคตที่มากขึ้น ดังนั้นการควบคุมการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT การตั้งกฎกติกาในการใช้ และการฝึกระเบียบวินัยในการใช้ตั้งแต่เด็กเล็กๆ ก็น่าที่จะช่วยให้โอกาสที่เด็กจะเติบโตขึ้นแล้วมีการใช้สื่อและอุปกรณ์อย่างเหมาะสม ไม่ติดการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ได้

คำแนะนำในการดูแลการบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัย

การบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT ในเด็กปฐมวัยมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นผู้ปกครองและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยนี้ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนตัวเด็ก ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม และป้องกันดูแลปัจจัยดังกล่าวซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและปัญหาต่างๆ ในเด็กปฐมวัยรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่อาจพบเมื่อเด็กเหล่านั้นเติบโตขึ้น โดยอาจสรุปเป็นแนวทางได้ดังนี้[5,33]

1. คำแนะนำทั่วไป

อายุที่เหมาะสม ในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

1. ไม่แนะนำให้เด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทุกชนิด

2. ไม่แนะนำให้เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารโดยลำพัง

3. ไม่แนะนำให้เด็กวัยนี้ใช้หรือมีบัญชีผู้ใช้ (user account) สำหรับสื่อสังคมออนไลน์ทุกชนิด

เวลาและความรับผิดชอบ

1. ผู้ปกครองควรพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ไม่แนะนำให้เด็กใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศรวมมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ในวันธรรมดา และ 2 ชั่วโมงต่อวัน ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์

3. ไม่แนะนำให้เด็กเล่นเกมคอมพิวเตอร์ต่อเนื่องเกิน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง

4. ไม่แนะนำให้ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในช่วง 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน เนื่องจากจะมีผลรบกวนการนอน

5. ควรประเมินความพร้อมของตัวผู้ปกครองเอง ในการฝึกวินัยให้ลูกมีความสามารถในการควบคุมตนเอง ในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ต

6. ควรร่วมกันกับเด็กและผู้ปกครองคนอื่นในบ้าน ในการกำหนดกติกาการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ และติดตามควบคุมให้เป็นไปตามข้อตกลงอย่างเหมาะสมโดยผู้ปกครองควรทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี

กิจกรรม

1. สนับสนุนให้ลูกทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย กิจกรรมอดิเรก หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ มากกว่าการใช้อินเทอร์เน็ต

2. การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศต้องไม่รบกวนการทำหน้าที่ที่สำคัญ เช่น การทำการบ้าน การช่วยงานบ้านต่างๆ เป็นต้น

3. ไม่แนะนำให้ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศทุกชนิด ระหว่างการทำกิจกรรมอย่างอื่น โดยเฉพาะระหว่างเดินอยู่บนถนน หรือบนทางสาธารณะ

การจำกัดการเข้าถึง

1. การใช้อินเทอร์เน็ตควรได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองก่อนทุกครั้ง

2. แนะนำให้วางอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในพื้นที่ส่วนกลางของบ้าน ไม่แนะนำให้เด็กมีไว้ในห้องนอน หรือห้องส่วนตัวที่ปิดมิดชิด

3. ใส่รหัสผ่าน (password) ในอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและเล่นเกมได้ทุกชนิด และควรเปลี่ยนรหัสผ่านบ่อยๆ และใส่รหัสผ่านให้กับเด็กเมื่อเด็กทำการบ้าน หรืองานที่ได้รับมอบหมายเรียบร้อยแล้ว

4. แนะนำให้ใช้โปรแกรมติดตามการใช้อินเทอร์เน็ตหรือการเล่นเกมของเด็ก เพื่อควบคุมเวลาที่ใช้ในการเล่น เช่น ICT housekeeper ของกระทรวง ICT โปรแกรม Gamer Guard ของกระทรวงวัฒนธรรม

ความปลอดภัย

1. ควรแนะนำแนวทางการใช้อินเทอร์เน็ตและเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย เช่น ไม่ควรเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่างๆ และไม่ควรนัดพบกับคนที่รู้จักผ่านการใช้อินเทอร์เน็ต และต้องบอกผู้ปกครองเมื่อถูกข่มขู่ คุกคาม หรือพบเหตุการณ์ที่ไม่น่าไว้ใจ

2. ควรรู้จักสถานที่ที่เด็กออกไปใช้อินเทอร์เน็ตและเล่นเกมนอกบ้าน และควรมีการตรวจสอบและเฝ้าติดตามระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

3. ควรตรวจสอบและติดตามเรื่องการใช้จ่ายเงินของเด็ก ในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เนื่องจากบางเกมมีการจูงใจให้มีการซื้อขายสิ่งของภายในเกมด้วยเงินจริง เด็กอาจใช้จ่ายซื้อของผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างไม่เหมาะสม และบางเว็บอาจชักจูงให้เด็กเล่นการพนันออนไลน์

2. แนวทางปฏิบัติของผู้ปกครอง

ครอบครัวเข้มแข็ง/สร้างเครือข่ายผู้ปกครอง

1. ให้ความรัก ความอบอุ่น และเวลาที่มีคุณภาพกับเด็ก

2. หาโอกาสทำความรู้จักกับเพื่อนและครอบครัวของเพื่อนลูก เพื่อสร้างเครือข่ายผู้ปกครองในการพาเด็กทำกิจกรรมยามว่างร่วมกัน

การตั้งกติกา

1. ควรกำหนดระยะเวลาการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศของเด็ก โดยตกลงเป็นกฎกติการ่วมกันกับเด็กก่อน โดยควรกำหนดสิ่งต่างๆ ดังนี้

1.1 วัน เวลา จำนวนชั่วโมงของการใช้แต่ละครั้ง

1.2 กำหนดหน้าที่ ที่เด็กต้องรับผิดชอบก่อนการใช้

1.3 กำหนดการลงโทษหากเด็กไม่สามารถทำตามกติกาได้ เช่น งดการใช้ หรือลดเวลาในการใช้ในครั้งต่อไป

2. ควรจำกัดจำนวนของอุปกรณ์ที่ใช้เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และควรติดตั้งโปรแกรมที่ควบคุมเวลาและเนื้อหาในการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กไว้ หรือกำหนดรหัสผ่านของอุปกรณ์เพื่อช่วยในการควบคุมเวลาที่เด็กใช้อินเทอร์เน็ต

3. ครอบครัวควรมีแนวทางเดียวกันในการเลี้ยงดู เพื่อให้เด็กเชื่อฟังและไม่สับสน และต้องมีความสม่ำเสมอและเอาจริงกับกติกา

3. คุณลักษณะที่เด็กควรมี

1. ควรสอนให้เด็กรู้จักแบ่งเวลา และมีวินัยในการใช้เงิน ร่วมกับมอบหมายงานบ้านให้เด็กรับผิดชอบตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นการฝึกให้เด็กมีวินัย รู้จักควบคุมตัวเอง

2. ส่งเสริมให้เด็กมีความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) โดยการมองหาและดึงจุดดีของเด็กขึ้นมาชื่นชมและส่งเสริมสิ่งที่เด็กทำได้ดี โดยไม่จำกัดเฉพาะเรื่องการเรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ และหาโอกาส พัฒนาเด็ก เพื่อให้เด็กภาคภูมิใจ ซึ่งจะเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันในการติดอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศของเด็กได้ นอกจากนี้ผู้ปกครองควรแสดงความชื่นชมเด็กเมื่อเด็กทำตามกติกา รักษาเวลา รู้หน้าที่ รู้จักความรับผิดชอบ เลิกเล่นอินเทอร์เน็ต เมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้ตกลงกันไว้

3. ควรส่งเสริมให้เด็กมีงานอดิเรกทำหลายๆ อย่าง ร่วมกับการสอนให้เด็กมีวิธีจัดการกับความเครียด อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

4. ใช้อินเทอร์เน็ตอย่างไรให้ปลอดภัย

ข้อมูลส่วนตัว

1. ควรสอนให้เด็กคำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาหลังจากโพสต์ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลที่ไม่ควรเปิดเผย รูปภาพ ความคิดเห็นต่างๆ หรือการเผยแพร่ภาพที่แสดงตัวตนของตนเอง ให้เด็กตระหนักถึงความสำคัญและสิ่งที่ต้องรับผิดชอบหลังการโพสต์

2. ควรห้ามไม่ให้เด็กเปิดเผยชื่อจริง ชื่อเล่น ที่อยู่ โรงเรียน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขบัตรประชาชน หมายเลขบัตรเครดิต รหัสบัตรเอทีเอ็ม และข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ แก่เว็บไซต์ใดๆ และคนที่ไม่รู้จักทางอินเทอร์เน็ต

3. ควรแนะนำเด็กในการเลือกชื่อสำหรับการล็อกอิน (log in) เข้าเว็บไซต์ ห้องสนทนา เว็บบอร์ด หรือกิจกรรมออนไลน์ที่ต้องมีการล็อกอิน เพื่อไม่ให้ชื่อนั้นสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลส่วนตัวของเด็กได้

การรู้เท่าทันสื่อ

1. ควรสอนให้เด็กรู้เท่าทันคนในอินเทอร์เน็ต ไม่ไว้วางใจใครง่าย และควรห้ามไม่ให้เด็กนัดพบกับคนแปลกหน้า และควรพูดคุยกับเด็กเสมอๆ ถึงวิธีการหลอกลวงรูปแบบต่างๆ ของผู้ประสงค์ร้าย

2. ควรสอนให้เด็กรู้เท่าทันเว็บไซต์ในอินเทอร์เน็ต รู้ว่าสิ่งที่เด็กอ่านและเห็นทางอินเทอร์เน็ตอาจจะไม่ใช่ความจริงทั้งหมด รูปภาพและข้อมูลต่างๆ อาจมีการบิดเบือนเพื่อประโยชน์ของผู้โพสต์ข้อความนั้นๆ และควรสอนให้เด็กรู้จักการตรวจสอบข้อเท็จจริง

3. ควรสอนให้เด็กรู้จักเลือกเข้าชมเว็บไซต์ที่ดีมีประโยชน์ หลีกเลี่ยงเว็บไซต์ที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสม และคอยระมัดระวังการทำกิจกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตของเด็ก เช่น ไม่ควรให้เด็กซื้อของที่ขายทางอินเทอร์เน็ตโดยไม่ได้รับอนุญาต และไม่ควรให้เด็กเล่นพนันทางอินเทอร์เน็ตโดยเด็ดขาด

มารยาทในการใช้อินเทอร์เน็ต

1. ควรสอนให้เด็กรู้จักมารยาทพื้นฐานในการใช้อินเทอร์เน็ต รู้จักการใช้ภาษาในอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่หยาบคาย ดูหมิ่น จาบจ้วงบุคคลอื่น เคารพความคิดเห็น เคารพความเป็นส่วนตัวของบุคคลอื่น และให้เกียรติคนที่เป็นเจ้าของผลงานต่างๆ ที่โพสต์ในอินเทอร์เน็ต

2. ควรสอนให้เด็กบอกผู้ปกครองทันทีเมื่อรู้สึกไม่สบายใจจากข้อความข่มขู่ คุกคาม เชิญชวน หรือล่อลวง

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้อินเทอร์เน็ต

ควรสอนให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กกระทำความผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

กรณีศึกษา

เด็กชายอายุ 3 ปี มารดาพามาปรึกษาด้วยเรื่องปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โวยวาย อาละวาด เวลาไม่ได้ดังใจ หรือเวลาต้องการอะไรผู้ป่วยมักจะใช้การส่งเสียงดัง กรีด บางครั้งลงไปดิ้นโวยวายกับพื้น บางครั้งผู้ปกครองก็ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าเด็กต้องการสิ่งใด มารดาจะนิ่งให้ลูกสงบ แต่บางครั้งเมื่ออยู่ในห้างหรือสถานที่ที่รบกวนผู้อื่น หรือมารดารู้สึกอายก็จะตี หรือบางครั้งมารดาก็จะใช้โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ตให้เด็กได้ดูหรือเล่นเพื่อเบี่ยงเบน แต่ถ้าอยู่กับญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวก็มักจะให้เด็กได้ดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์ มือถือหรือแท็บเล็ต เพื่อให้เด็กหายหงุดหงิด ไม่โวยวาย ปัจจุบันเด็กเริ่มเข้าเรียนชั้นเตรียมอนุบาลเนื่องจากที่บ้านไม่มีเวลาดูแล ครูบอกว่าเด็กมักเล่นคนเดียว เวลาเล่นกับผู้อื่นแล้วไม่ตามใจก็มักร้องไห้โวยวาย มารดาและญาติรู้สึกเป็นกังวลเรื่องปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวโวยวาย และกลัวว่าเมื่อโตขึ้นแล้วจะไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ จึงพามาพบแพทย์

ในวัยทารกเด็กสามารถยิ้ม สบตา เล่นกับมารดาและญาติได้ปกติ แต่เป็นเด็กที่เลี้ยงค่อนข้างยาก ร้องไห้งอแงบ่อย บางครั้งไม่ทราบสาเหตุ เมื่อร้องไห้แล้วก็ใช้เวลานานกว่าจะหยุด กินยาก นอนยาก มารดาและญาติต้องช่วยผลัดกันดูแล พัฒนาการปัจจุบันสามารถพูดเป็นประโยคได้บ้าง ตักข้าวทานเองได้ บอกอุจจาระ ปัสสาวะได้ สามารถทำตามบอก เช่น เก็บของเล่น สวัสดี บ๊ายบายได้ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ

ผู้ป่วยอยู่บ้านเป็นครอบครัวใหญ่ มี ตา ยาย ป้า มารดา และลูกจ้าง โดยที่บ้านทำธุรกิจร่วมด้วย ปรกติมารดาและคนอื่นๆ ในบ้านต้องช่วยดูแลธุรกิจ ไม่มีเวลาดูแลมากนัก บางครั้งก็เปิดโทรทัศน์หรือเปิดแท็บเล็ตให้ผู้ป่วยดูการ์ตูนตั้งแต่เล็กเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง หรือเวลากินข้าวจะได้กินข้าวได้มากขึ้น บิดาของผู้ป่วยแยกทางตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ได้ไม่นาน มารดาและญาติคนอื่นๆ ในบ้านสงสารที่ผู้ป่วยกำพร้าบิดา บางครั้งจึงอดที่จะตามใจผู้ป่วยไม่ได้เพื่อชดเชยที่ไม่มีเวลาให้ และผู้ป่วยขาดบิดาไป

วิเคราะห์กรณีศึกษาและการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โวยวาย อาละวาดเวลาไม่ได้ดังใจหรือถูกขัดใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยนี้ โดยปัญหานี้มีหลายๆ ปัจจัยเป็นส่วนประกอบ เช่น การที่เด็กเป็นเด็กที่มีพื้นอารมณ์แบบเลี้ยงยาก เด็กขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมตามวัย การที่เด็กขาดการช่วยเหลือในการฝึกควบคุมอารมณ์ตั้งแต่เล็ก ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยรายนี้เดิมเป็นเด็กที่ร้องไห้งอแงบ่อย ใช้เวลานานกว่าจะหยุด ซึ่งเข้าได้กับลักษณะของเด็กที่มีพื้นอารมณ์แบบเลี้ยงยาก ซึ่งลักษณะ

พื้นอารมณ์นี้พบได้เป็นปรกติไม่ได้เป็นโรค หรือเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยรายนี้มีความเข้าใจพื้นอารมณ์ของผู้ป่วย พยายามปรับตัวและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่เนื่องด้วยความรู้สึกรักหรือเป็นห่วงก็อาจนำมาสู่การเลี้ยงดูที่ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะฝึกควบคุมอารมณ์ เช่น การตามใจ ทำตามที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาละวาด โวยวาย และส่วนหนึ่งก็เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเนื่องจากความอับอาย หรือขาดทักษะที่จะช่วยเหลือควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น การสะท้อนให้ผู้ป่วยรู้เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด “แม่รู้ว่าหนูหงุดหงิดแล้ว แต่ถ้าหนูร้องแม่ไม่รู้ว่าหนูต้องการอย่างไร ถ้าหนูหยุดร้องแล้วบอกแม่ได้นะว่าต้องการอย่างไร” ในขณะเดียวกันก็อาจกอดเพื่อให้เด็กได้สงบลง และชื่นชมที่เขาควบคุมอารมณ์ได้ และให้เขาได้บอกความต้องการของเขา หรือหากเด็กไม่สามารถสื่อสารได้บางครั้งผู้ปกครองก็มักจะพอคาดเดาได้ว่าเขาต้องการสิ่งใด ก็อาจสอนว่าเขาควรพูดอย่างไรเมื่อต้องการของดังกล่าว เป็นต้น

ถึงแม้ผู้ป่วยรายนี้จะมีพัฒนาการที่ดูปรกติดี สามารถพูดได้เป็นประโยคบ้าง แต่จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยต้องการสิ่งใด เด็กนั้นจะใช้การแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นก้าวร้าวโวยวาย แทนที่จะใช้การสื่อสารในสิ่งที่ต้องการ และบางครั้งครอบครัวอาจตอบสนองด้วยการให้สิ่งที่เด็กต้องการคือสื่อและอุปกรณ์ ICT ซึ่งก็สามารถ ช่วยลดพฤติกรรมที่ทำให้ญาติและมารดาลำบากใจได้ แต่เด็กก็ขาดโอกาสที่จะได้ฝึกทักษะการสื่อสาร แก้ไขปัญหาอื่นๆ เนื่องจากใช้เวลาไปกับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนผลกระทบของสื่อและอุปกรณ์ ICT ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและการควบคุมตนเองของเด็ก รวมถึงครอบครัวนี้ก็รู้สึกเห็นอกเห็นใจที่เด็กกำพร้าบิดา และรู้สึกผิดที่ตนไม่มีเวลาให้จึงใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เพื่อให้เด็กได้มีกิจกรรมทำ โดยไม่ทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้สื่อโดยไม่ควบคุม

แต่เมื่อครอบครัวนี้ได้ทราบถึงผลกระทบของการใช้สื่อ มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีขึ้น รวมถึงใช้เวลากับเด็กมากขึ้นในการฝึกการสื่อสารบอกความต้องการพบว่ามารดาและญาติ ร่วมมือกันช่วยเหลือในการควบคุมการใช้สื่อของเด็กมากขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวโวยวายค่อยๆ ลดน้อยลง เด็กมีทักษะในการสื่อสารบอกความต้องการมากขึ้น และสุดท้ายจึงเริ่มเข้าสังคมกับเพื่อนได้มากขึ้น

บทสรุป

ปัญหาการบริโภคสื่อและอุปกรณ์ ICT เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน ถึงแม้ว่าการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT อย่างไม่ควบคุมและดูแลอาจส่งผลต่อพัฒนาการและปัญหาต่างๆ ดังที่กล่าวมา แต่ก็มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงถึงประโยชน์ของการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เหล่านี้ ดังนั้นผู้ปกครองหรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงควรมีความรู้ถึงประโยชน์และโทษที่เด็กอาจได้รับจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT การฝึกระเบียบวินัยเกี่ยวข้องกับการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT จัดสิ่งแวดล้อมของสื่อและอุปกรณ์ ICT ที่เหมาะสม ดูแลอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ และส่งเสริมกิจกรรมและทักษะชีวิตที่เป็นประโยชน์อื่นๆ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จะทำให้เด็กในวัยนี้ได้รับประโยชน์สูงสุดทั้งจากการใช้สื่อและอุปกรณ์ ICT เอง และกิจกรรมอื่นๆ ที่มีความสำคัญกับเด็กวัยนี้

อ้างอิง

1. Media Use by Children Younger Than 2 Years. PEDIATRICS. 2011;128(5): 1040-1045.

2. Strasburger V, Jordan A, Donnerstein E. Health Effects of Media on Children and Adolescents. PEDIATRICS. 2010;125(4):756-767. Media + Child and Adolescent Health- A Systematic Review.

3. American Academy of Pediatrics. Committee on Public E. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. Pediatrics. 2001;107(2):423-6.

4. ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง เรื่อง การใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและวัยรุ่น. บริษัท มีเดียโซน พริ้นติ้ง จำกัด. 2557.

5. Kff.org. The Media Family: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, Preschoolers and Their Parents [Internet]. 2006 [cited 8 January 2016]. Available from: http://kff.org/other/the-media-family-electronic-media-in-the/

6. Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ. Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. J Pediatr. 2004;145(5):652-6.

7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2558 [Internet]. 2016 [cited 10 January 2016]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surtec5-1-3.html

8. Kff.org. Parents, Children & Media: A Kaiser Family Foundation Survey [Internet]. 2007 [cited 8 January 2016]. Available from: http://kff.org/other/poll-finding/parents-children-media-a-kaiser-family-foundation/

9. Vandewater E. When the Television Is Always On: Heavy Television Exposure and Young Children's Development. American Behavioral Scientist. 2005;48(5): 562-577.

10. Kff.org. Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18-Year-Olds [Internet]. 2010 [cited 8 January 2016]. Available from: http://kff.org/other/event/generation-m2-media-in-the-lives-of/

11. Commonsensemedia.org. Zero to Eight: Children's Media Use in America 2013 [Internet]. 2013 [cited 9 January 2016]. Available from: https://www.commonsensemedia.org/file/zero-to-eight-2013pdf-0/download
12. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. เด็กไทยเสี่ยง'เซ็กส์-เกม-แชต'โทรมือถือ เหตุพ่อแม่ตามใจ อนุบาล - 4 ขวบมีใช้แล้ว [Internet]. 2557 [cited 8 January 2016]. Available from http://tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=4505. Date of access 15 Jul 2014.
13. Ruangdaraganon N, Chuthapisith J, Mo-suwan L, Kriweradechachai S, Udom-subpayakul U, Choprapawon C. Television viewing in Thai infants and toddlers: impacts to language development and parental perceptions. BMC Pediatr. 2009;9:34.
14. Kiatrungrit K, Hongsanguansri S. Cross-sectional study of use of electronic media by secondary school students in Bangkok, Thailand. Shanghai Arch Psychiatry. 2014;26(4):216-26.
15. Ybarra ML, Dierner-West M, Markow D, et al. Linkages between Internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. Pediatrics 2008; 122(5):929–37.
16. Gentile DA. The rating systems for media products. In: Calvert S, Wilson B, editors. Handbook on children and media. Boston: Blackwell; 2007. p. 527–51.
17. Kff.org. Sex on TV 4 [Internet]. 2005 [cited 8 January 2016]. Available from: http://kff.org/other/event/sex-on-tv-4/.
18. Thakkar RR, Garrison MM, Christakis DA. A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers. Pediatrics. 2006 Nov;118 (5): 2025-31.
19. สำนักเฝ้าระวังทางวัฒนธรรมและสำนักวิจัยเอแบคโพลล์. อึ้ง! ปิดเทอมเด็กดูภาพโป๊ เปลือย ถูกลวนลามทางเพศ [Internet]. 2556 [cited 8 January 2016]. Available from http://www.manager.co.th/Entertainment/ViewNews.aspx?NewsID=9560000133129.
20. Council on C, Media. From the American Academy of Pediatrics: Policy statement--Media violence. Pediatrics. 2009;124(5):1495-503.
21. Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Children, adolescents, and the

media: health effects. Pediatr Clin North Am. 2012;59(3):533-87, vii.
22. Hogan MJ. Prosocial effects of media. Pediatr Clin North Am. 2012;59(3):635-45, viii.
23. Bremer J. The internet and children: advantages and disadvantages. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005;14(3):405-28, viii.
24. โครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อ-สุขภาวะของสังคม (Media Monitor). รายงานผลการศึกษารอบที่ 21 โฆษณาในรายการเด็ก [Internet]. Available from: http://mediamonitor.in.th/download/224/.
25. Donnerstein E. Internet bullying. Pediatr Clin North Am. 2012;59(3):623-33, viii.
26. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2555 [Internet]. 2555 [cited 9 January 2016]. Available from: http://social.nesdb.go.th
27. Ybarra ML, Dierner-West M, Markow D, et al. Linkages between Internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. Pediatrics 2008; 122(5):929–37.
28. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 [Internet]. 2554 [cited 9 January 2016]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeRep54.pdf
29. สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำเดือนมิถุนายน 2557 [Internet]. 2557 [cited 9 January 2016]. Available from: http://office.bangkok.go.th/doh/daptd/goal/June_2014.pdf
30. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. จำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิดปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. Accessed from http://www2.djop.moj.go.th/media/k2/attachments/offense_8_56_bud.pdf. Date of access 2 Aug 2014.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
32. Young K, Abreu C. Internet addiction. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons;

2011.
33. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง เรื่อง การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ของเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : โครงการการร่วมมือจัดทำเว็บไซต์ดูแลป้องกันเด็กติดเกม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล [Internet]. 2557 [cited 9 January 2016];. Available from: http://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/2731
34. Montag C, Kirsch P. The role of the CHRNA4 gene in Internet addiction: a case-control study. J Addict Med. 2012 Sep; 6(3): 191-5.

ปฐมวัย : ช่วงวัยทองของการสร้างความเท่าเทียม

ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
ผศ.ดร.บัญญัติ ยงย่วน
อ.ดร.พัชรินทร์ เสรี
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปฐมวัย : ช่วงวัยทองของการสร้างความเท่าเทียม

ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
ผศ.ดร.บัญญัติ ยงย่วน
อ.ดร.พัชรินทร์ เสรี

ทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ขวบ คือช่วงเวลาที่สมองมีพัฒนาการมากที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงที่จะมีการเชื่อมต่อกันของเซลล์สมอง (Synapse) และการที่เซลล์สมองมีการเชื่อมต่อกัน หรือส่งกระแสประสาทไปติดต่อกับเซลล์อื่นๆ จำนวนมาก นั่นหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ การจำ การคิด สติปัญญา และอารมณ์ ก็จะเกิดการพัฒนาอย่างมากเช่นกัน จนมีผู้กล่าวว่า **ช่วงวัยแรกเกิดถึง 5 ขวบ คือยุคทองของการพัฒนาการเรียนรู้** การที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ให้การกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กวัยนี้เกิดการเรียนรู้อย่างเหมาะสม ก็คือการกระตุ้นให้เซลล์สมองเกิดการเชื่อมต่อกันได้ดีที่สุด ทำให้เกิดศักยภาพสูงสุดของสมอง หรือศักยภาพสูงสุดในการเรียนรู้ ขณะเดียวกันเด็กที่ขาดการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม จะทำให้สูญเสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของการเรียนรู้อย่างน่าเสียดาย

สถานการณ์ด้านการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

สถานการณ์ด้านการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยในรายงานฉบับนี้ จะขอนำเสนอใน 2 ส่วน คือ

1) ระดับสติปัญญาของเด็กไทย เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจถึงสถานการณ์เกี่ยวกับระดับสติปัญญาของเด็กไทย ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ และเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ รอบตัว สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและแก้ไขปัญหาที่เผชิญได้

2) โอกาสในการเข้ารับการศึกษาของเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจถึงสถานการณ์ของการจัดการศึกษา หรือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของไทยในปัจจุบัน ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 ระดับสติปัญญาของเด็กไทย

ระดับสติปัญญาหรือความสามารถทางสติปัญญา (IQ) คือตัวชี้วัดสำคัญที่จะบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่ตนเองประสบ มีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ รอบตัว[1] ดังนั้น การรู้ถึงสถานการณ์ของระดับสติปัญญาของเด็กไทย ก็คือการรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กไทยนั่นเอง

การสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยที่เป็นข้อมูลระดับชาติ เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2540 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)[2] ด้วยแบบทดสอบ TONI-2 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาโดยรวมของเด็กไทยอายุ 6-12 ปี เท่ากับ 92.0 ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ[3] ทำการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยด้วยแบบทดสอบ TONI-3 พบว่า สติปัญญาโดยรวมของเด็กไทยอายุ 6-12 ปี เท่ากับ 86.7 และระดับสติปัญญาโดยรวมของเด็กไทยอายุ 13-18 ปี เท่ากับ 86.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน กรมสุขภาพจิต[4] ทำการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทยอายุ 6-16 ปี ด้วยแบบทดสอบ WISC-III พบว่าเด็กไทยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเท่ากับ 98.43

ต่อมาปี พ.ศ. 2550 กรมสุขภาพจิต[5] ทำการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทย ช่วงปฐมวัยและวัยเรียน (อายุ 3-11 ปี) ด้วยแบบทดสอบเชาวน์เด็กพบว่า คะแนนเฉลี่ยสติปัญญาของเด็กไทยอายุ 3-11 ปี เท่ากับ 103.1 เมื่อแยกเป็นช่วงวัยพบว่า เด็กระดับชั้นปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยสติปัญญาเท่ากับ 110.7 และเด็กระดับประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยสติปัญญาเท่ากับ 97.3 และผลการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทย เมื่อปี พ.ศ. 2554 โดยกรมสุขภาพจิต[1] พบว่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยของเด็กไทยอายุ 6-15 ปี เท่ากับ 98.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 104.5 รองลงมาคือภาคกลาง เท่ากับ 101.3 ภาคเหนือเท่ากับ 100.1 ภาคใต้เท่ากับ 96.9 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำสุด คือ 96.0

ข้อมูลล่าสุดจากกรมอนามัย พ.ศ. 2556[6] ระบุว่า จากการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้เครื่องมือ Denver II แสดงให้เห็นว่าพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสังคมและด้านภาษา นอกจากนี้จากการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ Denver II ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า พัฒนาการรวมปกติ ร้อยละ 70.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 90 สำหรับสถานการณ์ด้านเชาวน์ปัญญา (IQ) พบว่า IQ เฉลี่ยอยู่ที่ 98.6 ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบัน (IQ=100)

จากสถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กไทยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 6-18 ปี) มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำกว่า 100 ทุกครั้งที่มีการสำรวจพบว่าผลการสำรวจ

ระดับสติปัญญาในเด็กปฐมวัย (ปี พ.ศ. 2550) มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 110.7 ซึ่งสูงกว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ผลการศึกษาหลายประเทศพบว่า เด็กที่ขาดสารไอโอดีน จะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน โดยเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 3 ขวบ ถ้าขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเท่าที่ควรจะเป็นตามศักยภาพถึง 30 จุด ส่วนเด็กที่อยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำลงประมาณ 13.5 จุด[1] สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมอนามัย[6] ที่สำรวจภาวะการขาดสารไอโอดี พบว่าร้อยละเด็กแรกเกิดที่มีภาวะการขาดสารไอโอดีนมากที่สุดของไทย 10 อันดับแรกกระจายตัวอยู่ในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึง 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย อุดรธานี อุบลราชธานี หนองบัวลำภู ร้อยเอ็ด บึงกาฬ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ที่เหลืออีก 2 จังหวัดอยู่ในภาคกลาง คือ จังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กไทย(อายุ 6-15 ปี) ปี พ.ศ. 2554 โดยกรมสุขภาพจิต[1] พบว่าเด็กไทยทั้งประเทศมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา 98.6 เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าเด็กในกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาสูงที่สุดถึง 104.5 รองลงมาคือ ภาคกลาง 101.3 ตามด้วยภาคเหนือ 100.1 ภาคใต้ 96.9 ขณะที่เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำสุด คือ 96.0

การที่ผลสำรวจภาวะการขาดสารไอโอดีนในเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกันผลการศึกษาระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิตก็พบว่า เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำกว่าภาคอื่นๆ ความสัมพันธ์ของข้อมูล 2 ชุดนี้ อาจสรุปได้ว่าเด็กที่ขาดสารไอโอดีน จะส่งผลให้เด็กมีระดับสติปัญญาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยจากทั่วโลก

2.2 โอกาสในการเข้ารับการศึกษาของเด็กปฐมวัย

ข้อมูลประชากรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2555[7] ระบุว่าเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 4,585,759 คน เมื่อแบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาสามารถแบ่งเด็กปฐมวัยเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี มีจำนวน 1,509,017 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 32.91 ของเด็กปฐมวัย ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ได้รับการเลี้ยงดูและให้การศึกษาเบื้องต้นจากคนในครอบครัว อาทิ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย

2) กลุ่มเด็กอายุ 2-5 ปี มีจำนวน 3,076,742 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 67.09 ของเด็กปฐมวัย ซึ่งในจำนวนนี้มีเด็กที่เข้ารับการดูแลและการศึกษาจากศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 912,111 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 29.65 ของเด็กในช่วงวัย เข้ารับการดูแลและการศึกษาจากโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล จำนวน 1,799,125 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 58.48 ของเด็กในช่วงวัย หมายความว่ายังมีเด็กอีก 365,506 คน คิดเป็นร้อยละ 11.88 ของเด็กในช่วงอายุ 2-5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการดูแลและการศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าเรียนในระดับประถมศึกษา

ขณะที่ข้อมูลจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ[8] พบว่าสัดส่วนการเข้าเรียนของเด็กระดับปฐมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีการศึกษา 2550 เด็กระดับปฐมวัยมีโอกาสเข้าเรียนคิดเป็นร้อยละ 73.78 ปีการศึกษา 2551 คิดเป็นร้อยละ 74.01 ปีการศึกษา 2552 คิดเป็นร้อยละ 74.33 ปีการศึกษา 2553 คิดเป็นร้อยละ 74.17 ปีการศึกษา 2554 คิดเป็น ร้อยละ 76.80 และปีการศึกษา 2555 คิดเป็นร้อยละ 77.11 ของประชากรระดับปฐมวัย

แม้ว่าสัดส่วนของเด็กปฐมวัยที่เข้ารับการดูแล หรือการเตรียมความพร้อมในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย หรือในสถานศึกษาที่เปิดสอนระดับชั้นอนุบาลจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐานระดับดีและดีมากเพียงร้อยละ 51.5 ขณะที่มีศูนย์ที่ได้มาตรฐานระดับพื้นฐานและระดับที่ต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 48.5

สรุป

สถานการณ์ด้านการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย พบว่าเด็กปฐมวัยของไทยมีระดับสติปัญญาโดยเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งการมีระดับสติปัญญาที่ดีทำให้คาดหมายได้ว่าเด็กก็จะมีความสามารถในการเรียนรู้ แก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ดีเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่าเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าทุกภาค ในขณะเดียวกันก็เป็นภูมิภาคที่เด็กมีภาวะการขาดสารไอโอดีนสูงกว่าภาคอื่นๆ สำหรับโอกาสในการเข้ารับการศึกษาของเด็กปฐมวัยพบว่าสัดส่วนของเด็กปฐมวัยที่มีโอกาสเข้ารับการศึกษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าคุณภาพของการดูแลและให้การศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยหลายแห่งยังไม่ได้มาตรฐานเท่าที่ควร

กรณีศึกษา
ปัญหาการจัดการเรียนรู้เด็กปฐมวัย

ครูสมรเป็นครูสอนชั้นอนุบาล 2 โรงเรียนของรัฐแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงเรียนค่อนข้างขาดแคลน ในห้องมีนักเรียน 32 คน และมีนักเรียนชื่อเด็กชายไม้ มีปัญหาเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เล่นกับเพื่อนด้วยวิธีการแรงๆ ไม่ค่อยมองหน้าสบตา ไม่ค่อยฟังคำสั่ง ระหว่างเรียนลุกจากที่นั่งบ่อย บ่อยครั้งที่ครูใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยให้ไปนั่งคนเดียวหลังห้อง เพื่อไม่ให้รบกวนเด็กคนอื่น ครูสมรเคยรายงานอาการเด็กชายไม้ให้หัวหน้าสายอนุบาลทราบ หัวหน้าบอกให้อดทนไปก่อน เคยแนะนำมารดาให้พาไปโรงพยาบาล มารดาบอกว่าไม่มีเงินและไม่มีบัตรทอง ครูสมรเคยไปเยี่ยมบ้านของเด็กชายไม้ พบว่าครอบครัวมีสมาชิก 5 คน คือ บิดา มารดา ยาย ไม้ และน้องชาย อายุ 2 ขวบ 9 เดือน อาศัยในห้องเช่าขนาดเล็ก สมาชิกทุกคนนอนรวมกันบริเวณด้านหน้าห้องครัว ซึ่งอยู่หน้าห้องน้ำภายในบ้านสกปรกมาก ไม่มีของเล่นและหนังสือนิทาน ยายป่วยเป็นโรคหัวใจ ความดันและเบาหวาน ยายทำหน้าที่ดูแลหลาน 2 คน โดยใช้วิธีการปล่อยให้เล่นบริเวณที่ทำงานของพ่อ ซึ่งเป็นบริษัทขนส่ง มีรถบรรทุกเข้าออกตลอดเวลา พ่อดื่มเหล้าทุกวันหลังจากเมาก็ทำร้ายแม่ แต่ไม่เคยตีลูก น้องชายสวมแต่กางเกง ร่างกายมอมแมม ยังพูดและสื่อสารได้น้อยมาก แม่บอกว่ายังไม่ให้ไปโรงเรียนเพราะไม่มีเงิน ครูสมรจึงพาไปตรวจที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้โรงเรียน นักจิตวิทยาประจำศูนย์นัดไปประเมินอีก 1 เดือนต่อมาเพราะที่ศูนย์ฯ ซึ่งมีนักจิตวิทยาเพียง 1 คน แต่ผู้รับบริการเป็นเด็กมีปัญหาพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจจำนวนมาก นักจิตวิทยาแนะนำให้จัดการพฤติกรรมเท่าที่ทำได้ไปก่อน ไม้ยังเล่นแรงและก้าวร้าวมากขึ้นเรื่อยๆ ทำร้ายเด็กในห้องเรียนจนผู้ปกครองเด็กคนอื่นมาร้องเรียน ผู้อำนวยการจึงเรียกมารดามาพบและขอให้พาไปพบจิตแพทย์ และได้ตรวจอีก 1 เดือนต่อมา

วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการจัดการเรียนรู้ในเด็กปฐมวัย

ปัญหาด้านการเรียนรู้ของเด็กคงไม่ได้เกิดขึ้นปัจจุบันทันด่วน แต่ละปัญหาเกิดและสะสมมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง และเกิดได้จากหลายสาเหตุ จากกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาได้ 2 อย่างคือ สาเหตุจากตัวเด็กเอง และปัญหาจากสิ่งแวดล้อม ดังจะวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. สาเหตุจากตัวเด็กเอง การมองเด็กเปรียบเสมือนผ้าขาวเป็นการมองเด็กทุกคนเหมือนกันหมด ไม่มีความแตกต่าง หากแต่เด็กแต่ละคนเกิดมามีความเป็นเอกลักษณ์ในแต่คน ร้อยพ่อพันแม่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นปัญหาต่างๆ อาจเกิดจากปัจจัยดังนี้

1.1 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ในการเจริญเติบโตเริ่มตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงการคลอด และการเลี้ยงดูหลังคลอด หากเด็กที่มีแม่ที่มีวุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ตลอดจนถึงการคลอด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากในเรื่องคุณภาพชีวิตของเด็ก จากสถิติสาธารณสุขปี 2555[9] ชี้ให้เห็นว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อัตราเจริญพันธุ์แม่วัยรุ่น (Adolescent fertility rate) อายุ 15-19 ปี ค่อนข้างคงที่ ในอัตรา 50.1 ต่อประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปี 2553 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 53.6 และ 53.8 ในปี 2554 และ 2555 เด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักมีคุณภาพชีวิตไม่ดีในการดูแลเด็กในครรภ์ ปัญหาสำคัญคือภาวะโภชนาการ และการดูแล แม่วัยรุ่นส่วนหนึ่งแอบและหลบเลี่ยงในการให้คนอื่นรู้ว่าตั้งครรภ์ เช่น การใส่เสื้อผ้าที่เล็กเกิดไปบีบรัดครรภ์ไว้ไม่ให้มีการเจริญเติบโต บางรายใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ทำให้เด็กเกิดมาอาจมีภาวะต่างๆ เช่น ทุพโภชนา มีปัญหาทางสติปัญญา เป็นต้น ดังเห็นจากการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ว่า เด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาที่ล่าช้ากว่าเด็กทั่วไป เด็กที่มีปัญหาทางด้านสติปัญญาและจิตใจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการเติบโตเป็นเด็กที่มีการเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ เด็กที่มีสติปัญญาต่ำจะเรียนรู้ได้ช้า ดังกรณีตัวอย่างที่เด็กอายุ 2 ขวบแล้วยังไม่สามารถสื่อสารได้ หรือเด็กที่มีปัญหา ทางด้านสุขภาพจิต เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้จะทำให้มีปัญหาด้านการเรียนรู้ได้เช่นกัน

1.2 โรคหรือความเจ็บป่วย เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งทางด้านกาย หรือความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจตั้งแต่วัยเด็ก จะมีผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ เด็กที่มีความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เช่น ความพิการของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและการเรียนรู้ หรือเด็กที่มีร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วย ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย อาจส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาการและการ

เรียนรู้ ทำให้เรียนรู้ได้ช้า หรือเด็กที่มีภาวะไม่ปกติทางด้านจิตใจ เช่น พื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก หงุดหงิด ร้องไห้บ่อย ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีความสามารถในการเรียนรู้และเกิดพัฒนาการโดยเฉพาะพัฒนาการด้านสังคมช้ากว่ากลุ่มที่มีพื้นอารมณ์ดี หรือกลุ่มเด็กเลี้ยงง่าย หรือกลุ่มเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางด้านพัฒนาการ เช่น เด็กออทิสติก เด็กเรียนรู้ช้า หรือเด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า กลุ่มนี้ก็เป็นกลุ่มที่มีการเรียนรู้ได้ช้ากว่าในกลุ่มเด็กปกติมาก ดังกรณีตัวอย่างที่แมกไม้มีภาวะพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะทางด้านสังคม ทำให้ขัดขวางในการเรียนและการเรียนรู้

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม นอกจากตัวเด็กเองแล้วที่เกิดมาพร้อมกับสภาพร่างกาย และจิตใจที่ผิดปกติ สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือสิ่งแวดล้อม แม้ว่าเด็กที่เกิดมามีภาวะปกติแต่หากมีการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องแล้ว สามารถทำให้เด็กที่เติบโตมาด้อยคุณภาพได้ เช่น พัฒนาการด้านต่างๆ อาจไม่ได้พัฒนาไปในทิศทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ดังจะแบ่งสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจัดการเรียนรู้ดังนี้

2.1 ครอบครัว ครอบครัวถึงแม้จะเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดแต่เป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะกับเด็กปฐมวัย เพราะชีวิตทั้งหมดของเด็กอยู่ที่ครอบครัวและผู้เลี้ยงดู ถึงแม้เด็กบางคนที่ได้รับเข้าสถานเลี้ยงดูเด็กหรือโรงเรียนแล้ว แต่ครอบครัวก็ยังสำคัญและมีบทบาทมากกว่าอยู่ดี องค์ประกอบด้านครอบครัวอาจจำแนกได้ดังนี้

2.1.1 รูปแบบและลักษณะของครอบครัว ในการดูแลเด็กปฐมวัยหากเป็นครอบครัวขยาย นอกจากสมาชิกภายในครอบครัวแล้ว ยังมีญาติคนอื่นอยู่อาศัยน่าจะทำให้มีบุคลากรที่สามารถดูแลเลี้ยงดูเด็กได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพมากกว่าบุคคลอื่น อาจดีกว่าครอบครัวเดี่ยวที่พ่อหรือแม่อาจต้องไปฝากเลี้ยงกับผู้ดูแลอื่น ซึ่งเพิ่มภาวะเสี่ยงมากขึ้น แต่ในทางกลับกันจากกรณีตัวอย่างครอบครัวของเด็กชายไม้เป็นครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และย่า แต่ย่ามีอายุมากและมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือพ่อแม่ในการดูแลเด็กทั้งไม้และน้องชายได้ อีกทั้งเป็นภาระให้กับครอบครัวอีกด้วย ทำให้การทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลในครอบครัวไม่สามารถเกื้อหนุนซึ่งกันและกันได้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ย่าซึ่งป่วยหลายโรคอาจเพิ่มภาวะเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้กับเด็กเล็กอีกด้วย ทำให้เด็กขาดการกระตุ้นและพัฒนาด้านการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2 รูปแบบการเลี้ยงดู ในเด็กเล็กการดูแลให้ได้รับความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นความปลอดภัยด้านร่างกาย หรือความปลอดภัยทางด้านจิตใจ ครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เด็กจะขาดการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดอุบัติเหตุบ่อยหากได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงกระทบกระเทือนกับสมองก็อาจเกิดผลกระทบต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ หรือเด็กอาจไม่ได้รับการดูแลเรื่องโภชนาการอย่างถูกต้อง ซึ่งในช่วงเด็กเล็กมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและศักยภาพทางด้านการเรียนรู้อย่างมาก อาหารที่ถูกหลักอนามัยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาสมองและร่างกายเพื่อการเรียนรู้ หรือมีการปล่อยปละละเลยด้านจิตใจ ไม่กระตุ้นพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคมของเด็กอย่างถูกต้องและเพียงพอ เด็กอาจเติบโตเป็นเด็กที่มีปัญหาด้าน

อารมณ์สังคม ส่งผลอย่างมากต่อทักษะด้านการเรียนรู้และทางด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือในครอบครัวที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขันมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เด็กได้เติบโตและพัฒนาการอัตลักษณ์ของตนเอง เด็กอาจเติบโตเป็นเด็กที่มีความวิตกกังวลสูง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม กลายเป็นเด็กที่วิตกกังวลสูง ขาดการแสวงหาความรู้ ซึ่งในเด็กเล็กจะมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้กับสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก มีการลองผิดลองถูก สำรวจสิ่งรอบตัวเพื่อการเรียนรู้ หากพ่อแม่ที่เข้มงวดมากเกินไปอาจทำให้เด็กขาดโอกาสในการแสวงเพื่อการเรียนรู้ได้ จากกรณีตัวอย่างครอบครัวของไม้มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เด็กขาดการกระตุ้นพัฒนาการ ทำให้การเรียนรู้ช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน

2.1.3 คุณภาพของผู้เลี้ยงหลัก อาจเป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูในครอบครัว หรือคนเลี้ยงที่ถูกว่าจ้างเลี้ยงดู เพราะบุคคลเหล่านี้จะมีหน้าที่ดูแลเด็กเกือบตลอดเวลา ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ว่า การพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพเต็มศักยภาพ จะต้องมีครอบครัวเป็นแกนหลัก และมีผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กแล้วก็ตามแต่ในทางปฏิบัติเนื่องจากสภาพและรูปแบบของครอบครัวได้เปลี่ยนไปจากสมัยก่อนมาก เป็นสังคมที่แข่งขันแย่งกันทำมาหากิน แม่ต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ส่วนหนึ่งพ่อแม่เด็กก็จ้างคนเลี้ยงซึ่งเป็นพี่เลี้ยงเด็ก อาจไม่มีความรู้ในการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการกระตุ้นเด็กอย่างเหมาะสม อีกทั้งอาจทำโทษเด็กอย่างไม่ถูกวิธี จากความต้องการพี่เลี้ยงเด็กที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีสถานรับเลี้ยงเด็กเปิดดำเนินการขึ้นมากมาย ซึ่งทำให้คุณภาพในการดูแลเด็กอาจยังไม่ได้รับมาตรฐานเท่าที่ควร

2.1.4 เศรษฐานะ ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรประมาณ 65 ล้านคน[10] มีงานทำประมาณ 38 ล้านคน[11] จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการสำรวจในเดือนพฤศจิกายน 2558 พบว่าประเทศไทยเป็นผู้มีงานทำจำนวน 38.11 ล้านคน ผู้ว่างงานจำนวน 3.46 แสนคน (คิดเป็นอัตราการว่างงานร้อยละ 0.9) และผู้รอฤดูกาล 9.54 หมื่นคน จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2553 รายได้เฉลี่ยของคนไทยประมาณ 5,000 บาท ในปี 2556 ประมาณ 7,500 บาท อาชีพส่วนใหญ่ยังเป็นเกษตรกรรมและการรับจ้าง พ่อแม่ที่มีฐานะยากจนนอกจากขาดปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดูแลเด็ก ไม่ว่าจะเป็นอาหาร หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็ก ก็ไม่สามารถจัดหาได้ ความยากจนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย อารมณ์ หรือสังคม พ่อแม่กลุ่มนี้จะมุ่งความสนใจไปในการทำงานหาเงิน ปล่อยเด็กไว้กับคนเลี้ยงหรือผู้สูงอายุซึ่งขาดศักยภาพในการเลี้ยงดู

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลและช่วยเหลือ

2.2.1 ครูหรือพี่เลี้ยงในศูนย์ จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยพบว่า อัตราส่วนพี่เลี้ยงต่อเด็กเท่ากับ 1 ต่อ 20 ซึ่งเป็นจำนวนตัวเลขที่มาก พี่เลี้ยงหนึ่งคนดูเด็กหลายคน ทำให้คุณภาพในการดูแลเด็กไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งมีความเสี่ยง

หลายอย่าง เช่น เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เสี่ยงต่อการถูกทำทารุณกรรม เนื่องจากสภาวะทางจิตใจของพี่เลี้ยงที่ทำงานหนัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าครูและพี่เลี้ยงยังมีวุฒิการศึกษาที่หลากหลาย และไม่ได้จบการศึกษาหรือผ่านการอบรมเรื่องการดูแลเด็กอย่างมีมาตรฐานเท่าที่ควรจะเป็นอีกด้วย

2.2.2 นโยบาย จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าประเทศไทยยังลงทุนด้านการศึกษาและคุณภาพชีวิตกับเด็กปฐมวัยน้อย โดยมีการลงทุนด้านการศึกษาประมาณ 23,000 บาท/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 12 เท่านั้น ในขณะที่เด็กวัยเรียนประถมศึกษา ลงทุนประมาณ 37,000 บาท/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 54 และระดับมัธยมศึกษาประมาณ 26,000 บาท/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 29 ปัจจุบันรัฐบาลเริ่มเห็นความสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในปี 2558 รัฐบาลได้มีนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ทางสังคมโดยให้เงินอุดหนุนแก่เด็กแรกเกิดที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน รายละ 400 บาท ต่อคน ต่อเดือน เป็นเวลา 12 เดือน ถือเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่รัฐบาลส่งผ่านไปยังมารดา หรือผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กแรกเกิด โดยให้เงินอุดหนุนเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย ทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยเป็นการคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการพื้นฐานที่ทัดเทียมนานาประเทศ โดยมีตัวชี้วัดคือ ร้อยละ 95 ของเด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้รับการเลี้ยงดู ที่มีคุณภาพ และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงานและการติดตามผลต่อไป

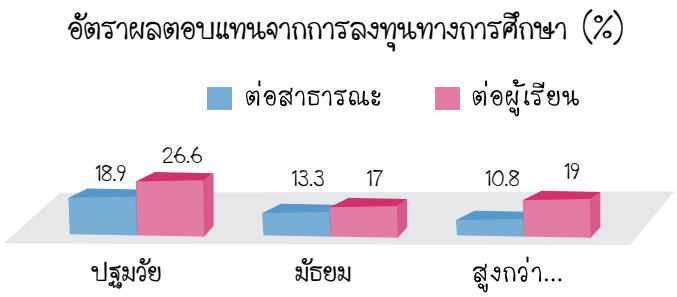
บริบทต่างประเทศกับการลงทุนในเด็กปฐมวัย

"Logic will get you from A to B
Imagination will take you everywhere"
(Albert Einstein, 1919)

นักเศรษฐศาสตร์การศึกษาทั่วโลกยืนยันผลการศึกษาที่ตรงกันว่าการลงทุนด้านการศึกษาในเด็กปฐมวัยจะให้ผลตอบแทนแก่ตัวเด็ก ครอบครัว และสังคมส่วนรวมสูงที่สุด เมื่อเทียบกับการลงทุนในช่วงวัยอื่น เพราะเหตุผลที่สำคัญ 2 ประการ นั่นคือ 1) ในช่วงปฐมวัย เป็นช่วงเวลาที่องค์ประกอบทางสติปัญญา (IQ) มีการพัฒนาอย่างมากและอย่างสำคัญ IQ ของเด็กเมื่อโตขึ้นจะพัฒนาไปได้ช้ากว่าเมื่อตอนเป็นเด็กเล็กๆ หากเด็กคนหนึ่งได้รับการพัฒนา IQ น้อยมากในช่วงปฐมวัย การเรียนรู้ในลำดับต่อๆ ไปของเขาจะเป็นไปได้ยาก เพราะฐานแห่งการพัฒนาที่เขามีมันน้อยนั่นเอง 2) เด็กที่ขาดการเรียนรู้ที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก มีโอกาสอย่างมากที่จะออกจากระบบการศึกษาก่อนกำหนด

และการออกจากระบบการศึกษาหมายถึงความสูญเสียของประเทศชาติโดยรวมในการสร้างกำลังคนที่มีคุณภาพ

รูปภาพที่ 1 แสดงผลตอบแทนจากการลงทุนทางการศึกษา แยกตามช่วงชั้น



ที่มา : แบ็งค์ งามอรุณโชติ และถิรภาพ ฟักทอง, 2555 อ้างใน แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2556

จากข้อมูลคุณภาพชีวิตเด็ก พ.ศ.2556[12] ระบุว่าเด็กอนุบาลในประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณการศึกษาราว 13,000 บาทต่อคน ในขณะที่นักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐบาลได้รับเงินสนับสนุนการศึกษาสูงถึง 30,000 บาทต่อคน การลงทุนที่กลับด้านเช่นนี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตเด็กผู้ซึ่งจะต้องเติบโตไปเป็นกำลังสำคัญของประเทศ และมีผลต่อการสร้าง **"ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา"** เหตุเพราะจะมีเด็กจำนวนมากที่พ่อแม่มีฐานะยากจน การที่รัฐลงทุนน้อยให้กับพวกเขาในช่วงปฐมวัย ทำให้โอกาสที่จะเรียนได้อย่างมีสัมฤทธิผลเป็นไปได้ยากเมื่อโตขึ้น และสุดท้ายจะนำไปสู่การลาออกกลางคันเพราะการศึกษาไม่ได้สร้างความหวังให้กับพวกเขามากนัก

โอบามา กับนโยบายก้าวหน้าเพื่อเด็กปฐมวัย (Early Education for All Americans)

เดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.2013 ที่ผ่านมา ประธานาธิบดีบารัก โอบามา แห่งสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศ นโยบายการศึกษาที่สำคัญของประเทศ นโยบายดังกล่าวเน้นย้ำจุดยืนว่าสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญอย่างสูงสุดต่อการพัฒนาเด็กเล็กมากกว่าวัยอื่นๆ นโยบายก้าวหน้าเพื่อเด็กปฐมวัยของโอบามา ได้แก่

1) การจูงใจให้ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและปานกลาง อันเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศส่งบุตรหลานมาเข้าเรียนโรงเรียนอนุบาล พร้อมทั้งปรับปรุงคุณภาพโรงเรียนอนุบาลให้ดีเลิศยิ่งขึ้น

2) ผลักดันงบประมาณ 1.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อการเยี่ยมบ้าน (Home visiting) โดยเน้นไปที่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและปานกลางเป็นหลัก การเยี่ยมบ้านดังกล่าวกระทำโดยทีม

นักพัฒนาการเด็ก มีวัตถุประสงค์หลักๆ 2 ประการ นั่นคือ เพื่อวัดประเมินพัฒนาการอย่างจริงจังครบถ้วนทั่ว และสำรวจสถานการณ์สภาพปัญหาครอบครัวในกลุ่มเด็กปฐมวัย

3) จัดสรรงบประมาณให้ชุมชนขยายบริการให้กับเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี อย่างมีประสิทธิภาพถ้วนทั่ว[12]

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการวางรากฐานด้านคุณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนอนุบาลทั่วประเทศให้มีคุณภาพดีใกล้เคียงกันทั่วประเทศมานานกว่า 25 ปี การผลักดันนโยบายของประเทศครั้งนี้มีโจทย์ใหญ่อยู่ที่การพยายามให้กลุ่มคนที่มีรายได้น้อยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศในวาระต่างๆ อยู่เสมอว่า จะไม่รีรอในการลงทุนเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างความเท่าเทียมของมนุษย์ที่ชัดเจนที่สุด

อ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา เด็กนักเรียนไทย 2554. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2555.
2. นิตยา คชภักดี และนิชรา เรืองดารกานนท์. ผลสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. 2540.
3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. “การวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย: เครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย”. หนังสือชุดโครงการวิจัย พัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ลิมบราเดอร์การพิมพ์. 2547.
4. กาญจนา วณิชรมณีย์, ปราณี ชาญณรงค์, และชนิสา เวชวิรุฬห์. การศึกษาคะแนนความสามารถทางสติปัญญา (IQ) เด็กไทย อายุ 6-16 ปี ด้วยแบบทดสอบความสามารถทางสติปัญญา WISC-lll ฉบับภาษาไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547.
5. สมชาย จักรพันธ์, มล. และคณะ. “โครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2553;18(1):14-23.
6. กรมอนามัย. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2556. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข. 2556.
7. สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้ และคุณภาพเยาวชน (สสค.). พัฒนาการเด็กปฐมวัย: รากแก้วแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด. 2557.

8. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี 2554. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2556.
9. กระทรวงสาธารณสุข .สถิติสาธารณสุขปี 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555.
10. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล. สารประชากร. ปีที่ 25 มกราคม 2559.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข่าวประชาสัมพันธ์. กุมภาพันธ์ 2559.
12. แป๊งค์ งามอรุณโชติ หนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก 2556: ฟื้นความฝันการศึกษาให้เด็กไทย. แอ๊ปป้า พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด. 2556
13. กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานความก้าวหน้า การจัดการเรียนรู้ระดับปฐมวัย ปี 2551-2552. กรุงเทพฯ.บริษัท เพลิน สตูดิโอ จำกัด.พิมพ์ครั้งที่1.2552.
14. กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานการติดตามการศึกษาเพื่อปวงชนระดับโลก : ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด. 2556.
15. กระทรวงสาธารณสุข .สถิติสาธารณสุขปี 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2556.
16. กระทรวงสาธารณสุข .สถิติสาธารณสุขปี 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2557.
17. พจนา หันจางสิทธิ์ และธีรนงค์ สกุลศรี. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: การศึกษาเชิงคุณภาพ. ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม. กรกฎาคม 2557. หน้า 163-180.
18. พัชรินทร์ เสรี.ปัญหาการเรียน. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์, 2558.
19. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. สถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัย. คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร. ค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 255,จาก https://www.dropbox.com/s/igx5va02nhtebni/ข้อมูลการลงทุนในเด็กไทย.pdf
20. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไตรมาส ที่ 4/2558. กุมภาพันธ์ 2559.
21. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขุขภาพจิติ (ความสุข) คนไทย กรกฎาคม พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ. 2558.

เด็กเจเนอเรชั่น อัลฟา กับการเรียนรู้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

เด็กเจเนอเรชั่น อัลฟา กับการเรียนรู้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

รู้จักเด็กเจเนอเรชั่นต่างๆ

สังคมที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละยุคแต่ละสมัยทำให้สิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์เปลี่ยนแปลง และส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ จนพัฒนามาเป็นพฤติกรรมการแสดงออก และบุคลิกลักษณะของแต่ละรุ่นที่แตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย มีการศึกษาที่ศึกษาพฤติกรรมพัฒนาการและบุคลิกลักษณะตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงตามสังคมแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเป็นรุ่นสู่รุ่น ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่า เจเนอเรชั่น (Generation) ต่อเจเนอเรชั่น โดยได้สรุปคร่าวๆ กล่าวคือ

เจเนอเรชั่น Builder เป็นเจเนอเรชั่นที่ผู้คนที่เกิดในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งต้องฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิตบนความหวาดผวา ขาดความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันคนในเจเนอเรชั่นนี้ล้มหายตายจาก หรือถ้ามีชีวิตก็เป็นผู้สูงวัยที่อายุราวๆ 65-80 ปี

เจเนอเรชั่น Baby boomers เป็นรุ่นที่กำลังใกล้เกษียณอายุราชการหรือจำนวนหนึ่งเกษียณไปแล้ว อายุราวๆ 50-65 ปี ผู้คนในรุ่นนี้ผ่านความยากลำบากในยุคฟื้นฟูหลังสงครามโลก เรียกว่าเป็นรุ่นบุกเบิก ต่อสู้ดิ้นรน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ชีวิตผ่านความยากลำบาก มีการอพยพย้ายข้ามถิ่นในลักษณะ เสื่อผืนหมอนใบ มาต่อสู้เอาดาบหน้า การเลือกคู่ครองก็มักลงหลักปักฐานชนิดที่เรียกว่า ถือไม้เท้ายอดทองกระบองยอดเพชร อยู่กินกันจนแก่เถ้าตายกันไปข้างหนึ่ง การสื่อสารยุคสมัยนี้เป็นแบบจดหมายอากาศ หรือจดหมาย ไปรษณียบัตร โทรเลขในกรณีเร่งด่วน

เจเนอเรชั่น X เป็นรุ่นผู้ใหญ่ที่อยู่ในช่วงทำงานในยุคนี้เกือบทั้งหมดอายุราวๆ 35-50 ปี และกำลังวางรากฐานแห่งชีวิตให้กับครอบครัว ไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเท่าคนยุคก่อนหน้า เริ่มพบเห็นการหย่าร้างแยกทางกันของคู่ครอง และเริ่มเห็นการปล่อยลูกอยู่ตามลำพัง (Latchkey kids) เนื่องจาก

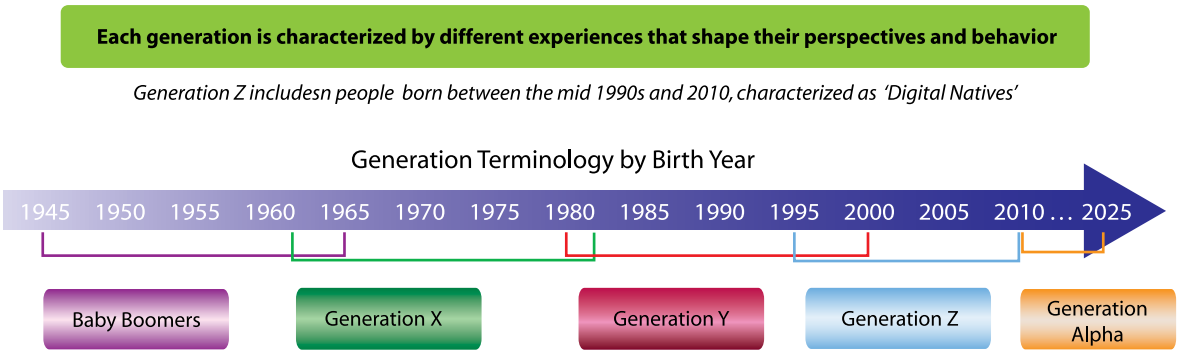
เร่งรีบทำมาหากิน ผู้หญิง เริ่มมีบทบาทมากขึ้น แต่คนในรุ่นนี้ไม่ชอบการผูกมัดใดๆ และเลือกที่จะอยู่เฉยๆ มากกว่าหากให้เลือกที่จะลุกขึ้นมาต่อสู้ เรียกได้ว่า การพบเห็นมนุษย์เฉยเริ่มเกิดขึ้นในยุคนี้ และมักจะตั้งคำถามว่าทำไมต้องเป็นฉัน ความอึดอดทนจะสู้รุ่นก่อนหน้าไม่ได้ แต่ยังมีน้ำใจ แบ่งปันจิตอาสา และการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนได้เป็นอย่างดี การสื่อสารในยุคนี้มีวิวัฒนาการเป็นทีวีโทรศัพท์ สามารถโทรศัพท์ข้ามแดนไกลๆ แต่ราคาแพง

เจเนอเรชั่น Y เป็นรุ่นเยาวชนนักศึกษาในปัจจุบันรวมทั้งวัยผู้ใหญ่ตอนต้นๆ ที่เริ่มทำมาหากินอายุราวๆ 20-35 ปี วัยนี้รักความสะดวกสบาย ไม่ชอบการต่อสู้ดิ้นรน ไม่ต้องการรอคอย วิถีชีวิตเป็นความสะดวกแบบรีโมทมากขึ้น ทั้งเครื่องใช้ไฟฟ้าอำนวยความสะดวกเกือบทุกเรื่อง เรียกยุคนี้เป็นยุค Millennium ใช้บัตรเครดิตจนติดหนี้สิน ผู้คนไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพราะมีพ่อแม่ที่ชดเชยการต่อสู้มามากก่อนหน้าแล้ว แต่ด้วยสังคมที่เป็นปัจเจกมากขึ้น ต่างคนต่างอยู่มากขึ้น ทำให้เกิดการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่น ผู้หญิงต้องออกไปทำมาหากินเกือบทุกครัวเรือน เปลี่ยนที่ทำงานได้ง่ายหรือแม้แต่เปลี่ยนอาชีพเลย การหย่าร้างมีมากขึ้น การสื่อสารเป็นคอมพิวเตอร์ทางอากาศในรูปแบบใหม่ คือ อีเมล์ โทรศัพท์มือถือที่สามารถพกพาไปได้ทุกที่

เจเนอเรชั่น Z เป็นรุ่นเด็กๆ และวัยรุ่นทั้งหมด อายุตั้งแต่ 5-20 ปี คนในรุ่นนี้อาศัยเทคโนโลยีในการดำเนินชีวิต จนเครื่องมือสื่อสารกลายเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีพ ไม่เพียงแต่ต้องการความสะดวกสบายเท่านั้น แต่ต้องการความรวดเร็วทุกที่ทุกเวลา หาความรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา จนเกิดอาการเสพติดการบริโภคสื่อ การสื่อสารล้ำหน้าจนการสื่อสารในยุคเดิมสูญพันธ์ไปหมด ไม่ว่าจะเป็นจดหมายอากาศ โทรเลข ไปรษณียบัตร เป็นต้น ใช้เครื่องมือสื่อสารอำนวยความสะดวกได้ทุกเรื่อง จนเรียกรุ่นนี้เป็นรุ่นดิจิตัล วิถีชีวิตแบบเร่งรีบตลอดเวลา งานใดๆ ที่ทำเลือกที่จะทำเพื่อตนเองเป็นหลัก สังคมการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่น ต้องการจากผู้อื่นมากกว่าที่จะมอบให้ อยากได้ความรักความเข้าใจจากคนแวดล้อม การเลือกคู่ครองเกิดได้อย่างรวดเร็ว แต่หย่าร้างได้ง่าย กลายสภาพครอบครัวขนาดเล็กลง ผู้หญิงผู้ชายมีความเท่าเทียมกันมากขึ้น เกิดความหลากหลายทางเพศที่สังคมยอมรับกันมากขึ้น ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาท โครงสร้าง และทักษะในการเลี้ยงดู

เจเนอเรชั่น Alpha เรียกว่าเป็นกลุ่มเด็กที่เกิดใหม่ และอายุน้อยกว่า 5 ปี ทั้งหมด เป็นวัยเด็กอนุบาล เตาะแตะ เกิดมาพร้อมเทคโนโลยี เด็กเหล่านี้อาจไม่เคยเห็นสังคมที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ หรือไม่มีเทคโนโลยีใดๆ ชีวิตจิตใจฝากไว้กับเทคโนโลยี มีสัมพันธภาพผ่านสังคมที่ไร้พรมแดน ความรักความผูกพันกับผู้คนอ่อนแอลงเรื่อยๆ ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนทุกระดับ สื่อสารด้วยคำพูดไม่ค่อยเก่ง แต่เลือกที่จะสื่อสารด้วยเทคโนโลยีมากกว่า ไม่มีความรักความหวงแหนถิ่นกำเนิด ไม่มีความผูกพันกับสถานที่มากนัก เพราะสังคมของเด็กกลายเป็นสังคมกลางอากาศที่สร้างเครือข่ายได้ทั่วโลก สามารถเลือกที่จะประกอบอาชีพได้หลายอาชีพในคราวเดียวกัน ไม่มีอาชีพหลัก เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็วทุกที่ทุกเวลาทั่วโลก และจัดการเรียนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งระบบการศึกษาแบบเดิมๆ อีก

ต่อไป การศึกษาทางเลือกจะรุ่งเรืองทดแทนการศึกษาในระบบ ลักษณะครอบครัวขนาดเล็ก พ่อแม่มีลูกช้า มีลูกน้อย ดูแลประคบประหงมมากเกินจนอาจไม่มีทักษะในการใช้ชีวิตแบบดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง การแต่งงานช้า เรียนมากและยาวนาน ประกอบอาชีพไปด้วยเรียนไปด้วย มีความเป็นทุนนิยมบริโภคนิยมสูง



รูปภาพ แสดงวิวัฒนาการของการสื่อสารระหว่างกันในแต่ละยุคแต่ละสมัย ตั้งแต่ยุคเจเนอเรชั่น Baby boomers ที่เป็นยุคต่อสู้ดิ้นรน การติดต่อยังใช้จดหมาย เอกสาร เป็นหลัก มาเป็นยุคเจเนอเรชั่น X ที่ผู้คนขยันขันแข็งกันทำมาหาเลี้ยงชีพกันมากขึ้น สังคมเป็นปัจเจกบุคคลชัดเจน ใช้ทีวี วิทยุ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ เป็นเครื่องมือหลักมากขึ้น ต่อมายุคเจเนอเรชั่น Y ที่มีการใช้คอมพิวเตอร์กันแพร่หลาย โทรศัพท์มือถือกลายเป็นปัจจัยที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน มาเป็นยุคดิจิตัล เจเนอเรชั่น Z ที่ทุกอย่างสะดวกรวดเร็ว ผ่านระบบการสื่อสารที่ทันสมัยผ่านออนไลน์ จนการสื่อสารในสมัยเดิมค่อยๆ สูญหายไป และในที่สุดยุคเจเนอเรชั่น Alpha ที่กำลังเติบโตล่าสุดในกลุ่มเด็กเล็ก ที่ทุกสิ่งทุกอย่างในวิถีชีวิตจะเป็นเทคโนโลยีแบบวิวัฒนาการไปหมด โทรศัพท์เพียงเครื่องเดียวทำได้ทุกอย่างในการสื่อสาร หรือการดำเนินชีวิตผ่านออนไลน์ในโทรศัพท์

10 แนวทางที่พ่อแม่ควรปลูกฝังนิสัยและพฤติกรรม

เพื่อให้เขาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

การพัฒนาจุดอ่อนด้อยของเด็กในเจเนอเรชั่นอัลฟา

1. สร้างจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น
2. ทักษะในการควบคุมอารมณ์
3. ทักษะในการสื่อสารที่ดี
4. ทักษะการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นมิตร
5. เรียนรู้ความอดทนเผชิญความยากลำบากขั้นพื้นฐาน
6. ทักษะอยู่ร่วมในสังคม
7. การเคารพกฎเกณฑ์ กติกา มารยาทของสังคม
8. ทักษะชีวิต เช่น วางแผน แยกแยะข้อมูล รับผิดชอบ ประหยัด พอเพียง เป็นต้น
9. พัฒนาคุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม ความกตัญญู
10. รู้จักนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นในทางที่สร้างสรรค์และเท่าทัน

เจเนอเรชั่นนี้จะเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีเป็นจุดแข็ง ไม่จำเป็นต้องรีบร้อนให้ใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต ตั้งแต่ยังเล็ก เนื่องจากเมื่อเขาโตขึ้น เขาจะได้เรียนรู้ ได้อยู่กับสิ่งเหล่านี้อยู่แล้ว

อ้างอิง

1. Mark Mc Crindle. The ABC of XYZ Understanding the Global Generations. UNSW Press, 2011.

2. สุริยเดว ทรีปาตี. รู้จักเด็กทั้งตัวและหัวใจ ตอนพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น. โรงพิมพ์แอ๊ปป้า พริ้นติ้ง กรุ๊ป จำกัด; 2558.

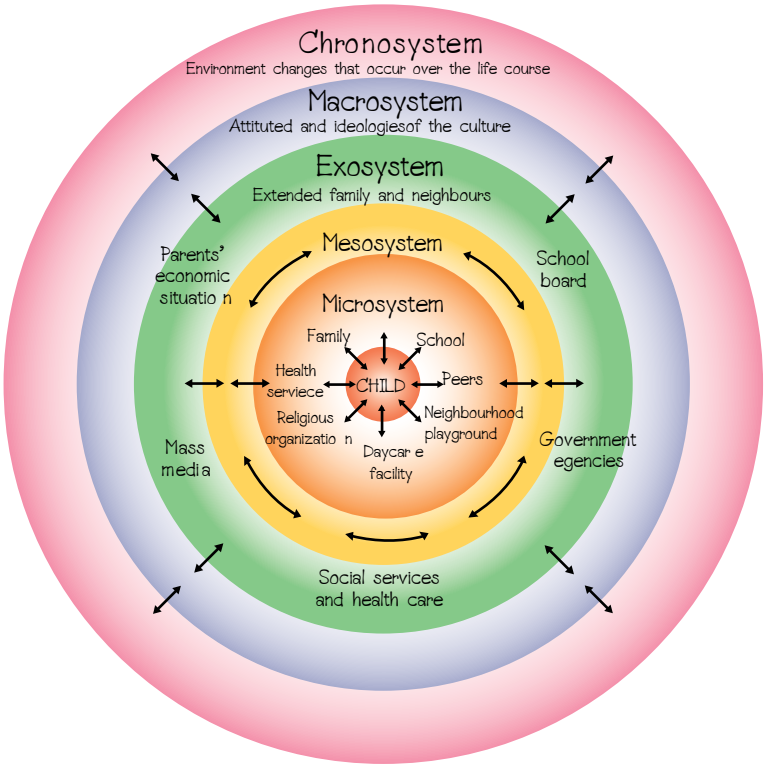
สังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็ก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

สังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็ก

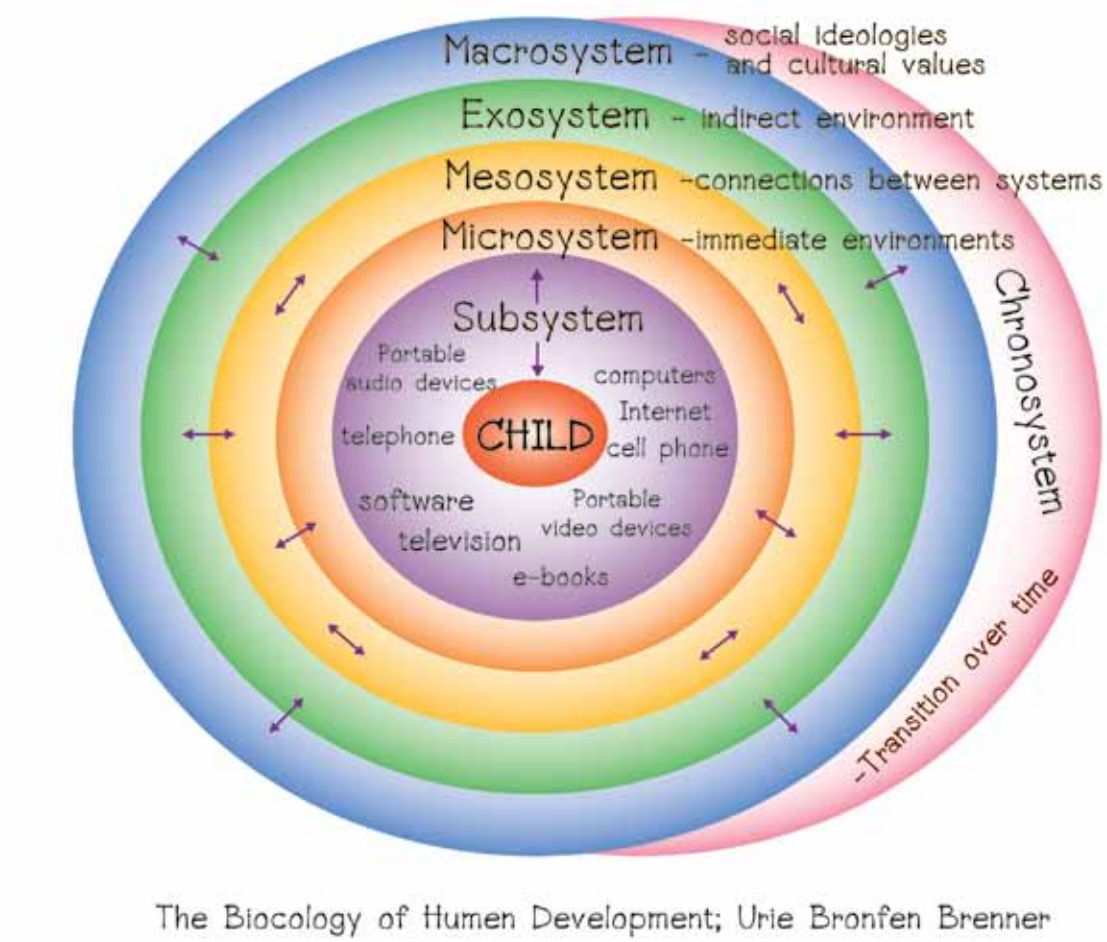
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

ความหลากหลายทางความคิด ค่านิยม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ทำให้ครอบครัวมีบทบาทที่แตกต่าง ด้วยเป้าหมายที่แตกต่างกัน แต่ครอบครัวก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ใกล้ตัวเด็กมากที่สุด และมีอิทธิพลสูงที่สุดในการได้รับความรักความอบอุ่น อยู่รอด ปกป้อง คุ้มครองและได้รับการพัฒนาเจริญเติบโต (ดังแสดงในภาพ ของ Bioecology of Urie Bronfenbenner)



รูปภาพที่ 1 *แสดงระบบนิเวศทางมนุษยวิทยาของเด็ก โดยที่เด็กเป็นศูนย์กลาง (Individual) บ้าน ชุมชนและโรงเรียน เป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุด (Microsystem) โดยเฉพาะครอบครัว*

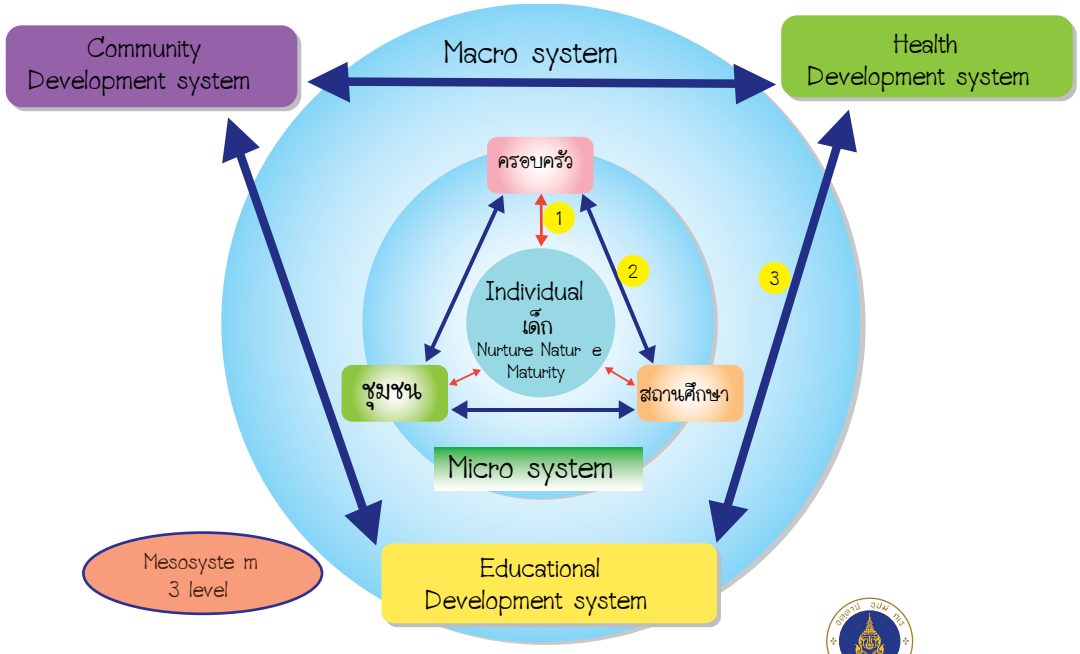
(Immediate Environment) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ชุมชน โรงเรียนและระหว่างกันที่เรียกว่า Mesosystem ซึ่งทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมเร็วที่สุดและมากที่สุด สำหรับสิ่งแวดล้อมที่ห่างตัวเด็กออกมาอีกชั้นหนึ่ง เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน สถานที่ทำงาน หรือสถานบริการต่างๆ เรียกว่า Exo system มีผลกระทบต่อเด็กในการเปลี่ยนแปลงน้อยลง และวงสุดท้ายที่มีผลกระทบห่างๆ คือค่านิยม วัฒนธรรม กฎหมายในสังคม



The Biocology of Humen Development; Urie Bronfen Brenner

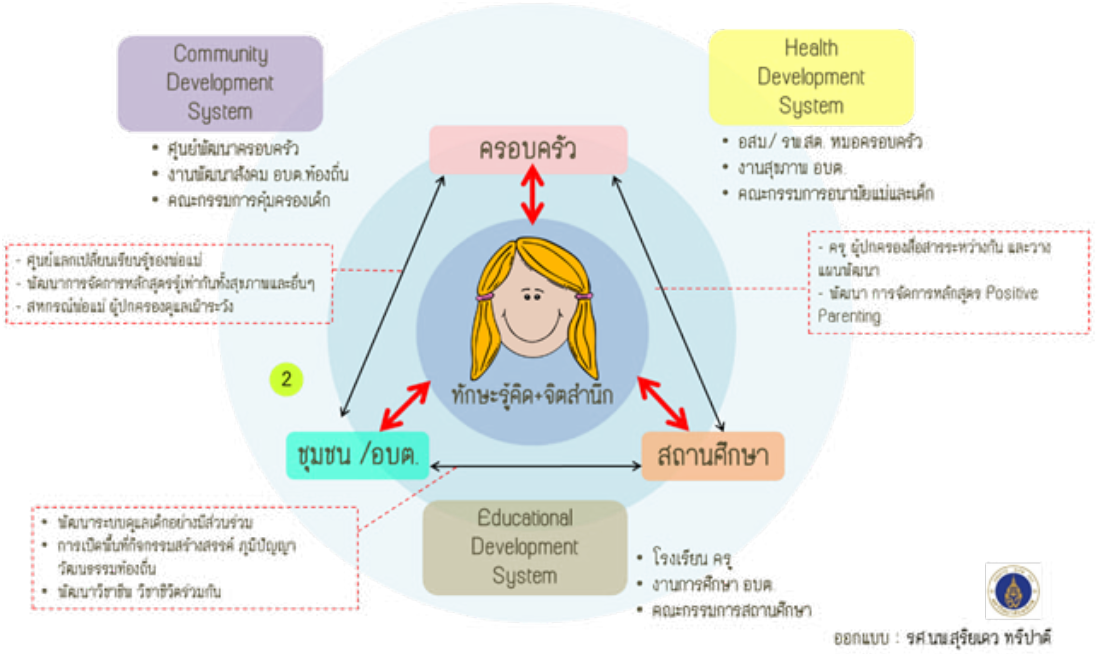
รูปภาพที่ 2. *แสดงระบบนิเวศทางมานุษยวิทยาที่กำลังเกิดขึ้นในยุคเทคโนโลยี ที่มีเด็กเป็นศูนย์กลางและมีเทคโนโลยีเข้ามาห้อมล้อมรอบตัวเด็ก (Subsystem) ในรูปแบบต่างๆ แทนที่ ครอบครัวซึ่งเดิมใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุดและมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด แต่เมื่อดูจากภาพแสดงจะเห็นว่าเทคโนโลยีที่ล้อมรอบตัวเด็ก และมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กแทนครอบครัว ทำให้ระบบนิเวศของเด็กกำลังได้รับการท้าทาย หากเทคโนโลยีมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กได้ดีกว่าครอบครัว ชุมชนและโรงเรียนก็จะส่งผลเชิงสัมพันธภาพในการอยู่ร่วมกันของสังคม ความอ่อนแอในมิติ ด้านคุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรมมากขึ้น*

ภาพทั้งสองเปรียบเทียบให้เห็นว่าบทบาทของครอบครัวในการเลี้ยงลูกจากอดีตถึงปัจจุบันและแม้ในอนาคตมีความสำคัญที่สุด แต่ครอบครัวกำลังเผชิญกับการท้าทายจากอำนาจเทคโนโลยีสื่อสารรอบตัว หากครอบครัวสามารถพัฒนา การใช้เทคโนโลยีให้เป็นตัวเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างบ้าน ชุมชนและโรงเรียนให้ดียิ่งขึ้น หรือในทางตรงกันข้ามการใช้เทคโนโลยีที่รู้ไม่เท่าทันจนเป็นเหตุให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบ้าน ชุมชนและโรงเรียนต่อตัวเด็กเสียหายได้ด้วยเช่นกัน

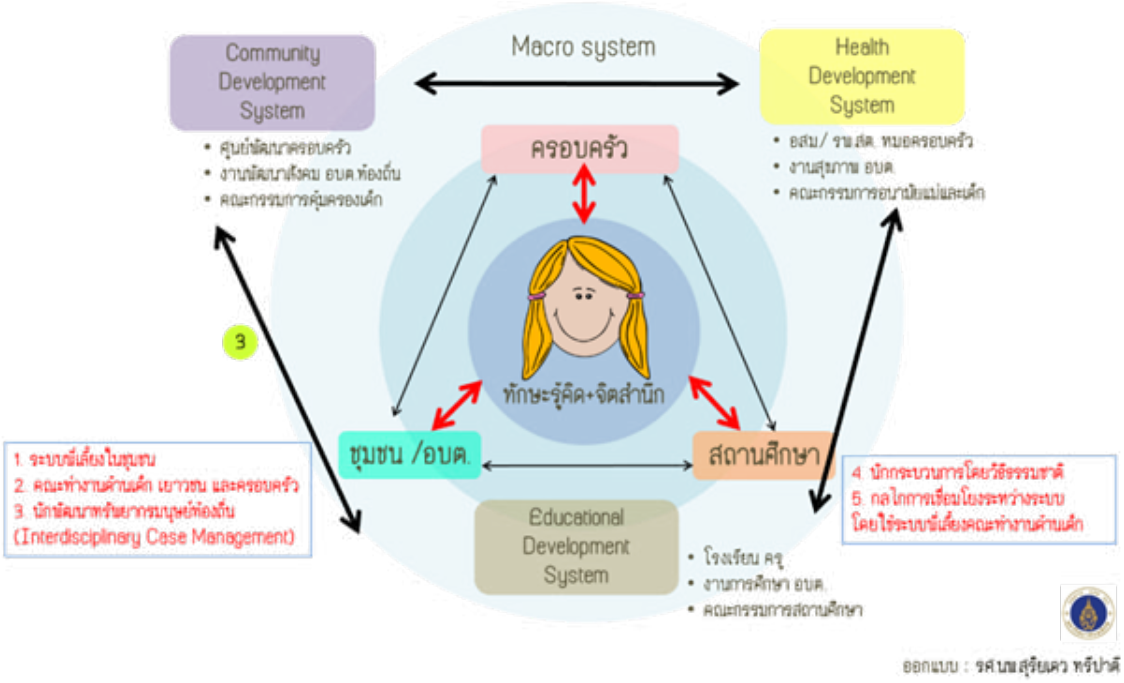


ออกแบบโดย รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี

รูปภาพที่ 3 *แสดงความเชื่อมโยงของบ้านชุมชนและโรงเรียนที่เป็นสังคมที่ใกล้ชิดตัวเด็กและส่งผลต่อการพัฒนา การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน (Mesosystem) จึงเป็นตัวเสริมให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการที่ยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ซึ่ง Mesosystem มี 3 ชั้น กล่าวคือ ชั้นแรกเป็นชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ของสังคมที่ใกล้ตัวเด็กที่สุดกับเด็กเอง (ลูกศรสีแดง หมายเลข 1) ชั้นที่สองเป็นชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสังคมที่ใกล้ตัวเด็กมากที่สุดโดยที่เป็นไปเพื่อการมุ่งเป้าพัฒนาเด็กนั่นเอง (ลูกศรสีน้ำเงินชั้นใน หมายเลข 2) ชั้นที่สามคือชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ของระบบหรือกลไกของท้องถิ่นที่มีเพื่อการพัฒนาเด็กในสังคมท้องถิ่นของตนเอง (ลูกศรสีน้ำเงินชั้นนอก หมายเลข 3)*



รูปภาพที่ 4 *แสดงรายละเอียดการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ชั้นแรกและชั้นที่สอง ด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น ศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาวิชาชีพ วิชาชีวิต พื้นที่กิจกรรมสร้างสรรค์ การบริหารจัดการร่วมกันเป็นต้น*



รูปภาพที่ 5 *แสดงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชั้นนอกคือระบบกลไกของท้องถิ่นที่มุ่งเป้าพัฒนาเด็ก เช่น โครงการนักพัฒนาการมนุษย์ท้องถิ่น นักกระบวนกรในระบบพี่เลี้ยงที่ปรึกษากับเด็กและเยาวชน คณะทำงานด้านเด็กและเยาวชน เป็นต้น*

ขอขอบคุณ

คณะทำงานหนังสือ คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้เขียนงานวิชาการด้านเด็กปฐมวัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนไทย

พญ.แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ

นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ผศ.ดร.บัญญัติยงย่วน

ดร.พัชรินทร์ เสรี

รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ

ผศ.ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์

รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี

รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์

ขอขอบคุณผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับภาพประกอบหนังสือ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

999 มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑลสาย 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล

จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 02-441-0602-8 โทรสาร 02-441016-7

www.cf.mahidol.ac.th

Website Facebook