

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลของการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กอายุ 12-36 เดือนที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีกับพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากมารดาปกติขณะมีครรภ์ และคลอด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยการสัมภาษณ์มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก และให้เด็กทำการทดสอบตามแบบประเมินพัฒนาการเด็กรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่) (Gross Motor) พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก / สติปัญญา (Fine Motor) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเอง / สังคม (Personal / Social) โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ประเมินตามแบบประเมินพัฒนาการเด็กร่วมกับการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (การทดสอบและฝึกทักษะ) สำหรับเด็กอายุแรกเกิด ถึง 36 เดือน ของโรงพยาบาลราชานุกูล และอุปกรณ์ประกอบการประเมินพัฒนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows และ Epi Info Version 6.04b ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาศึกษาจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและมารดาปกติขณะมีครรภ์ จำนวนกลุ่มละ 45 ราย มารดาทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย 26 ปี ร้อยละ 50 ได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 ยังอยู่กินกับสามี มารดาติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งกลุ่มอาชีพดังกล่าวเป็นลักษณะที่พบในมารดาปกติเช่นกัน มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นบิดาหรือญาติ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย ป้า น้า และพี่สาว

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ลักษณะทางประชากรที่ศึกษาเป็นเด็กช่วงอายุ 12-36 เดือน จำนวน 90 ราย โดยเป็นเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 เด็กไม่ติดเชื้อ จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 และเด็กที่เกิดจากมารดาปกติ จำนวน 45 ราย เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีสัดส่วนเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง 1 : 1.6 สำหรับเด็กไม่ติดเชื้อ และเด็กปกติ มีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน

อายุเฉลี่ยของเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา สูงกว่าเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ โดยมี อายุ 25.1 เดือน 20.7 เดือน และ 20.0 เดือน ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของเด็กคิดเชื้อ เอชไอวีจากมารดาน้อยกว่าเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ ตามลำดับดังนี้ 2751.3 กรัม 3053.1 กรัม และ 2942.6 กรัม

การเจ็บป่วยภายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีการเจ็บป่วย ทุกคน โดยมีการป่วยเฉลี่ย 1.76 ครั้ง/คน ส่วนเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ ไม่มีอาการเจ็บป่วยเลย ถึงร้อยละ 68.8 และ 53.4 ตามลำดับ

การเลี้ยงดูพบกลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีประวัติได้รับน้ำนมมารดา ร้อยละ 46.2 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 0.00 และ 82.2 ในกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ ตามลำดับ

น้ำหนักตัวเฉลี่ยปัจจุบัน พบว่า เด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยที่สุด 9.88 กิโลกรัม เด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ มีน้ำหนักเฉลี่ยใกล้เคียงกันที่ 11.37 และ 11.26 กิโลกรัม ตามลำดับ ด้านภาวะโภชนาการพบเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 61.6 ซึ่งสูงกว่าเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ ซึ่งพบภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 25.0 และ 20.0 ตามลำดับ

ในด้านพัฒนาการของเด็กทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ระดับพัฒนาการ (Development Quotient) เฉลี่ยทุกด้านของเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดาค่ำที่สุดเท่ากับ 84.2 เปรียบเทียบกับเด็กไม่คิดเชื้อ และเด็กปกติเท่ากับ 120.2 และ 123.1 ตามลำดับ ($p < 0.0001$) เด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติบางราย ผ่านเกณฑ์การประเมินได้มากกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุ เมื่อพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบเด็ก คิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีระดับพัฒนาการเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านการใช้ภาษา มีค่าเท่ากับ 75.3 เปรียบเทียบกับ 109.9 และ 114.3 ในเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ เด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามี ระดับพัฒนาการเฉลี่ยสูงสุดในด้านการช่วยเหลือตนเอง / สังคม ที่ระดับ 89.2 เด็กไม่คิดเชื้อและ เด็กปกติ มีระดับพัฒนาการเฉลี่ยสูงสุดในด้านการเคลื่อนไหว ที่ระดับ 132.3 และ 134.9 ตาม ลำดับ

โดยสรุปพบว่า กลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย คือมี ระดับพัฒนาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 ($DQ \leq 75$) ร้อยละ 38.3 ส่วนกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อและเด็ก ปกติไม่พบพัฒนาการล่าช้าจากการศึกษารั้งนี้

อภิปรายผล

จากการศึกษาพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากมารดาที่คิดเชื้อเอชไอวี และมารดาปกติ ขณะมีครรภ์ ที่คลอด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ มีอายุเฉลี่ย 26 ปี เป็นช่วงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์หรือวัยแรงงาน ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและประกอบอาชีพรับจ้าง ดังนั้นการได้รับเชื้อเอชไอวี อาจได้รับจากสามี ตามการศึกษาของมยุรี ยกตรี (2539) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องเอดส์...ผลกระทบต่อเด็กในประเทศไทย พบว่า ชายไทยมีทัศนคติต่อการเที่ยวโสเภณีว่าเป็นเรื่องปกติที่พึงปฏิบัติได้ และส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักถึงการป้องกันโรคอย่างถูกวิธีเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ วีรสิทธิ์ สิทธิไกรย์ และ Tim Brown (2539) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่าชายไทยส่วนใหญ่ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศโดยไม่มีการป้องกันโรคอย่างถูกวิธี และมีการนำเชื้อเอชไอวีแพร่กระจายไปสู่คู่นอนและภรรยาที่เป็นแม่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยในคู่สมรสเป็นสิ่งที่ไม่นิยมปฏิบัติกันในเมืองไทย ทำให้โอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่า อายุเฉลี่ยของเด็กทั้ง 3 กลุ่ม ต่างกันคือ กลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีอายุเฉลี่ย 25.1 เดือน กลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อมีอายุเฉลี่ย 20.7 เดือน และกลุ่มเด็กปกติมีอายุเฉลี่ย 20.0 เดือน เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบบังเอิญและมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน ได้แก่ กลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาคิดเชื้อเอชไอวี รวบรวมข้อมูลจากเด็กที่มาตรวจตามแพทย์นัด ที่คลินิกเด็กคิดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งให้บริการทุกวันพุธ สำหรับเด็กที่แพทย์ไม่ได้นัดตรวจในช่วงที่ทำการศึกษา ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีส่งจดหมายเชิญให้ผู้ปกครองพาเด็กมาประเมินพัฒนาการ โดยขอใช้สถานที่ของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนกลุ่มเด็กปกติรวบรวมข้อมูลจากเด็กที่มารับบริการจิตเวชขึ้นเมื่ออายุ 18 เดือน ซึ่งให้บริการทุกวันพฤหัสบดีที่คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ด้านน้ำหนักแรกเกิดของเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดาพบว่ามือน้ำหนักเฉลี่ย 2715.3 กรัม แม้จะน้อยกว่าเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติ แต่อยู่ในเกณฑ์ปกติของน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของเด็กไทย (2,500-3,000 กรัม) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของน้ำหนักแรกเกิดต่อการ

คิดเชื้อเอชไอวีของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ เลาห์เรณู และคณะ (2541) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่อง การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gay CL. et al. (1995) ซึ่งพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของน้ำหนักแรกเกิดของเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี กับเด็กที่คลอดจากมารดาปกติ

สำหรับน้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบัน ของกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเฉลี่ย 9.88 กิโลกรัม และ 77.5 เซนติเมตร ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อและกลุ่มเด็กปกติ ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะการเจริญเติบโตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่าเด็กปกติ จากอาการตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต และผิวหนังอักเสบ และโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยในเด็กกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคปอดบวม โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus peritonitis โรคติดเชื้อ Salmonella septicemia และโรคท้องร่วง รวมทั้งเด็กอาจได้รับการดูแลในเรื่องโภชนาการไม่เพียงพอ เป็นผลให้การเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของสุธีระ วัชรบุปผ์ (2535) ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่อง การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดระนอง และพบว่า การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ เลาห์เรณู และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาพบว่าหลังอายุ 2 เดือนน้ำหนักของกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่ากลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อ และเมื่อติดตามเด็กไปจนอายุ 18 เดือน พบกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีอัตราการเจริญเติบโตของร่างกายต่ำกว่ากลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อ และจากผลการศึกษารั้งนี้ พบเด็กติดเชื้อเอชไอวี จากมารดามีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการมากกว่ากลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อและกลุ่มเด็กปกติ โดยพบ ภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ร้อยละ 61.6 กลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อและกลุ่ม เด็กปกติ ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 20.0 ทั้งนี้อาจเกิดจากผลของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาหรือ จากการเลี้ยงดูเพราะบิดามารดาของเด็กกลุ่มนี้มีอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยประเมิน ภาวะโภชนาการของเด็กจากค่า Z-score ของน้ำหนักต่ออายุซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสม เนื่องจาก ช่วงอายุของเด็กแรกเกิดถึง 2 ขวบแรก เด็กจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วชัดเจนกว่าการเจริญ เติบโตด้านอื่น ๆ โดยพิลลิเทอรี (1981 : 58-60) กล่าวไว้ว่า หากเด็กได้รับสารอาหารครบถ้วน จะทำให้เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงขึ้นและมีความพร้อมในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ได้ แต่การที่เด็กมีภาวะทุพโภชนาการเช่นนี้อาจเป็นผลให้เด็กมีพัฒนาการต่ำกว่าปกติ

ในกลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เด็กได้รับน้ำหนักจากมารดาร้อยละ 46.2 เปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อที่ไม่มีเด็กได้รับน้ำหนักมารดา การได้รับน้ำหนักมารดาจึงอาจเป็น สาเหตุหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็ก เพราะเป็นที่แน่ชัดว่าเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอด

จากมารดาสูบบุหรี่ได้ทางน้ำนม (เกียรติ รัชย์รุ่งธรรม, 2541) ดังนั้นถ้ามารดาที่คิดเชื้อเอชไอวี
 ไม่มีความรู้ในเรื่องนี้และยังคงให้น้ำนมมารดาแก่บุตร อาจทำให้อุบัติการณ์ของการคิดเชื้อเอชไอวี
 ในเด็กสูงขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายลดอัตราการคิดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
 ให้เหลือร้อยละ 5 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 โดยมารดาที่คิดเชื้อเอชไอวีควรงดให้น้ำนมมารดาแก่บุตร
 และทางกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยจะเป็นผู้จัดหานมที่เหมาะสมให้กับเด็กที่เกิด
 จากมารดาคิดเชื้อเอชไอวี แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีมารดาที่คิดเชื้อเอชไอวีให้น้ำนมมารดา
 แก่บุตรสูงถึงร้อยละ 46.2 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการดกนมที่ทำการศึกษามีระดับการศึกษา
 เพียงชั้นประถมศึกษาจึงทำให้ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบาย
 ของกระทรวงสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึงมากกว่าที่ดำเนินการอยู่

เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่ากลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีพัฒนาการทางสมอง
 ถ่าช้ากว่ากลุ่มเด็กปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับพัฒนาการรายด้านทั้ง 5 ด้านต่ำกว่ากลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อ
 และกลุ่มเด็กปกติ จากการศึกษาในเด็กที่มีระดับพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย ($DQ \leq 75$) ร้อยละ 38.3
 ในกลุ่มเด็กคิดเชื้อ ส่วนกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อและเด็กปกติมีระดับพัฒนาการสมวัย ($DQ > 75$) ทุกคน
 และเมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มเด็กปกติมีระดับพัฒนาการทุกด้านสูงกว่า
 กลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดาและกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อ และพบว่ากลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาคิดเชื้อ
 เอชไอวี มีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่ากลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาปกติ แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่พบนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ($P = 0.056$) เนื่องจากกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อพบระดับพัฒนาการทุกด้านใกล้เคียงกับกลุ่มเด็ก
 ปกติ แต่ถ้าพิจารณาในรายด้านพบว่า กลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีระดับพัฒนาการด้าน
 การช่วยเหลือตนเองและสังคมสูงสุด อาจเนื่องจากอายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มนี้สูงกว่าเด็กอีก 2 กลุ่ม
 ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ไปตามวัย ซึ่งพัฒนาการด้านอื่นพบว่าต่ำกว่าเด็กอีก 2 กลุ่ม ซึ่งถ้า
 เปรียบเทียบเด็กทั้ง 3 กลุ่ม ที่มีอายุเท่ากันอาจพบพัฒนาการของกลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดา
 มีระดับพัฒนาการด้านต่าง ๆ แตกต่างกว่าเด็กอีก 2 กลุ่มมากยิ่งขึ้น ส่วนกลุ่มเด็กไม่คิดเชื้อและ
 กลุ่มเด็กปกติมีระดับพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวสูงสุดทั้ง 2 กลุ่ม โดยฟิลลิปทอร์ (1981 : 58-60)
 กล่าวว่า หากเด็กได้รับสารอาหารครบถ้วนจะทำให้เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงขึ้นและ
 มีความพร้อมในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพัฒนาการของเด็กกับการคิดเชื้อเอชไอวีของมารดา
 พบว่า กลุ่มเด็กคิดเชื้อเอชไอวีจากมารดามีระดับพัฒนาการโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเด็กปกติ ซึ่งสอดคล้อง
 กับการศึกษาของสุธีระ วัชรคุปต์ (2535), Msellati P. et al. (1995), Wolters PL. et al. (1995),

Gay CL. *et al.* (1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรพรรณ เกาท์เรณู และคณะ (2541) ซึ่งพบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีจะมีพัฒนาการทางสมองล่าช้ากว่าเด็กปกติ

ในด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นมารดา มีจำนวนเด็กน้อยที่เป็นบิดา พี่เลี้ยง หรือปู่ย่า ตายาย อาจกล่าวได้ว่า บุตรที่มาจากมารดาที่มีการศึกษาค่ำ และมีอาชีพไม่มั่นคง จะทำให้การเลี้ยงดูเด็กไม่ดีเท่าที่ควรและส่งผลกระทบต่อเด็กขาดการกระตุ้นและมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัยเนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งสภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก จึงทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าได้ ตามที่กัลยา สุตะบุตร และเรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ (2530 : 713-716) กล่าวไว้ในเรื่อง ปัญญาอ่อน ในตำราจิตเวชศาสตร์ สำหรับวชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ (2540 : 9) ซึ่งได้กล่าวว่าการครอบครัวยุคใหม่ที่มีอาชีพและรายได้ไม่มั่นคง ย่อมมีโอกาสน้อยที่จะสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุตรได้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามารดาติดเชื้อเอชไอวีภาวะโภชนาการของร่างกายอาจไม่ดีและจะมีผลต่อขนาดศีรษะ สติปัญญาของทารก และเมื่อหลังคลอดทารกได้รับอาหารไม่ถูกส่วนจะเป็นโรคขาดสารอาหารและยังมีผลถึงพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็กด้วย สอดคล้องกับที่ฟิลลิปเพอร์รี่ (1981 : 58-60) กล่าวไว้ว่า หากเด็กได้รับสารอาหารครบถ้วนจะทำให้เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ได้ตามวัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีมีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ 38.3 เปรียบเทียบกับการศึกษาพัฒนาการเด็กปกติอายุ 2-60 เดือน จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยคณะกรรมการระบาควิทยานแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2534-2535 พบค่าเฉลี่ยของเด็กปกติมีพัฒนาการล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 26.3 แสดงว่ากลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจะมีระดับพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยมากกว่ากลุ่มเด็กปกติ ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสนใจและหาวิธีการแก้ไขปัญหานี้ สุรัตน์ สิริรัตนทกานต์ (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2537 : 46) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการตรวจพัฒนาการว่า ถ้าประเมินพัฒนาการแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าจะได้ไขทันท่วงที เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่เด็กในการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

สำหรับระดับพัฒนาการพบเด็กทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาต่ำที่สุด อาจเนื่องจากการใช้ภาษาโดยผู้ประเมินใช้ภาษาไทยกลาง แต่เด็กและมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กใช้ภาษาพื้นเมือง อาจทำให้การสื่อความหมายคลาดเคลื่อนหรือขาดความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน แต่เชื่อว่าไม่ทำให้ผลการศึกษาที่ได้คิดไป เพราะเด็กทุกคนได้รับการประเมินจากผู้ประเมินคนเดียวกัน หรืออาจเกิดจากปัจจัยด้านมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาระดับต่ำ ขาดการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาแก่เด็ก โดยเฉพาะกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา

มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาต่ำกว่ากลุ่มเด็กไม่ติดเชื้อและกลุ่มเด็กปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Mscellati P. *et al.* และ Wolters PL. *et al.* (1995) ซึ่งพบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้ากว่ากลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาปกติ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการที่พบว่าเด็กไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านการใช้ภาษาเป็นจำนวนมากนั้น อาจเกิดจากปัจจัยด้านการศึกษาระดับต่ำของมารดา หรือผู้ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็ก องค์กรและสถาบันที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกต้อง เพื่อผลในการพัฒนาเด็ก โดยให้มารดามีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตั้งแต่ขั้นตอนการคิด ตัดสินใจและวางแผนในการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยให้มารดาเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่มารดาเริ่มตั้งครรภ์
2. ควรศึกษาสัมพันธภาพของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของมารดา บิดา หรือผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็ก ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะเมื่อเด็กกำพร้ามารดาหรือบิดา เนื่องจากเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงในการนำไปวางแผนให้บริการปรึกษาแก่ครอบครัวให้ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้อง ซึ่งถ้าเป็นกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวี จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษทั้งจากครอบครัวและแพทย์
3. ควรติดตามกลุ่มเด็ก ไม่ติดเชื้อเพื่อเปรียบเทียบการเจริญเติบโตและพัฒนาการกับกลุ่มเด็กปกติว่าจะพบความแตกต่างในเรื่องใดบ้าง และชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร หากขาดบิดาหรือมารดา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลและสรุปผลที่ได้เพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ จึงขอเสนอให้มีการศึกษาแบบติดตามมารดาและเด็กตั้งแต่มาฝากครรภ์และพบว่าผลการตรวจเลือดเป็นบวก โดยเป็นการศึกษาไปข้างหน้า ใช้นวลายาว และแบ่งเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง และควรเป็นการศึกษาแบบ Prospective cohort study อาจจะได้ผลการศึกษาที่มีความครอบคลุมและชัดเจน สามารถนำไปอ้างอิงได้กว้างขวางขึ้น
2. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กรายด้านด้วยวิธี Development Skills test Inventory (DSI) ของโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเหมาะสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า แต่มีวิธีประเมินพัฒนาการเด็กหลายวิธีที่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับเด็กไทย จึงขอเสนอว่าถ้าจะทำการศึกษาเรื่องพัฒนาการเด็กควรเลือกวิธีประเมินพัฒนาการแบบอื่น เช่น Denver development Screening Test เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาเพื่อหาแบบประเมินที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับกลุ่มศึกษา
3. หากมีผู้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องพัฒนาการเด็กควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่าง ควรมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาที่เหมาะสม จะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน เพื่อการเปรียบเทียบผลของการเลี้ยงดูที่มีต่อพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งควรศึกษาด้านต่าง ๆ ให้ละเอียดลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อผลการศึกษาจะได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นตัวแทนที่ดีในการนำไปขยายผล เพื่อการศึกษาในสถานที่อื่น ๆ ต่อไป