Thai Early Child Development in Regional Health Service 4

Abstract

*Thanomrat Prasith-thimet M.S.,MEd**

The objective of this research was to study the situation and factors related to children and had influence to child development. This is a cross-sectional study and three-stage cluster sampling was used to recruit children from the age of 9 months to 5 years old. The data was collected by interview and records from mother and child notebooks and was evaluated child development by using Denver II during June-August 2014. Data was analyzed by descriptive statistics, frequency, cross tabulation and Logistic regression.

The results found that 80% of children have appropriate development and 20% suspected delayed development. The most delayed development was language which accounted for 21.9%. Children ages of 42 months suspected delayed language development more than children ages of 30, 18 and 9 months. Children of ages 0-2 years had appropriate development more than children 3-5 years. The more delayed development when the age was older.

The factors that related to child development were sex, age and weight per height, maternal occupation, education of fathers, family characteristics. By logistic regression analysis, children ages between 3-5 years were suspected delayed development more than children 0-2 years 2.5 times. Male children had delayed development more than female children 2 times and children in family income less than 10,000 Baht found suspected delayed development more than children in family income more than 20,000 Baht 1.1 times. Therefore, we should follow up routine child development by encouraging baby-sitters to mother and child record booklets. This will help increase skills in raising children, increase knowledge and evaluate child development skill for health personnel and every level of workers. Moreover, day care center shall prepare high nutritional food for children so they can reach proper child development.

Keywords : situation, influence factors, early child development.

**Regional Health Promotion Center 2*

พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตบริการสุขภาพที่ 4

บทคัดย่อ

*ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ พบ.ม., กศม.**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง สุ่มตัวอย่างแบบลำดับขั้นสามขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยไทยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 5 ปี เก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์และจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และ

ประเมินพัฒนาการเด็กด้วย Denver II ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค (Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยโดยรวมร้อยละ 80.0 สงสัยว่าล่าช้าร้อยละ 20.0 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 21.9 และเด็กที่มีอายุ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากกว่าเด็กอายุ 30, 18 และ 9 เดือน เด็ก 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็ก 3-5 ปี พัฒนาการล่าช้ามากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กโดยรวม ได้แก่ เพศ อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อาชีพมารดา การศึกษาของบิดา ลักษณะของครอบครัว สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค (Logistic Regression Analysis) พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กอายุ 0-2 ปี 2.5 เท่า เด็กเพศชาย มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กเพศหญิง 1.5 เท่า เด็กที่ค่อนข้างผอม เด็กผอมที่มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีรูปร่างสมส่วน 2 เท่า และครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท มีโอกาสเด็กพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้ามากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ 20,000 ขึ้นไป 1.1 เท่า ดังนั้นควรมีการติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อสังเกตพัฒนาการของเด็กเป็นประจำ เพิ่มทักษะการประเมินพัฒนาการสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพิ่มความรู้ ฝึกทักษะเลี้ยงลูกตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ และศูนย์เด็กเล็กจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เด็ก

คำสำคัญ : สถานการณ์, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พัฒนาการเด็กปฐมวัย

**ศูนย์อนามัยที่ 2*

บทนำ

การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 4 ครั้ง เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 71.7, 72.0, 66.7 และ 70.3 ในปี 2550 ภาพรวมของเด็กทุกกลุ่มอายุมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติลดลงและเมื่อแยกตามอายุ พบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่าด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านภาษา โดยเฉพาะ เด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัวล่าช้า ร้อยละ 86.7[1] และล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2553 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.7 และพัฒนาการด้านภาษายังคงเป็นปัญหาพบว่าสงสัยล่าช้าร้อยละ 18.9 รองลงมาคือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก เมื่อวิเคราะห์เด็กตามกลุ่มอายุพบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 71.4 สงลัยล่าช้าร้อยละ 28.6 และพัฒนาการที่เป็นปัญหาของเด็กอายุ 1-3 ปี คือ พัฒนาการด้านภาษาสงลัยล่าช้า ร้อยละ 16.9 ส่วนเด็กอายุ 4-5 ปี พัฒนาการสมวัยร้อยละ 68.2 สงสัยล่าช้าร้อยละ 31.8 พัฒนาการที่เป็นปัญหาของเด็กวัยนี้ คือ พัฒนาการด้านภาษาสงลัยล่าช้าร้อยละ 22.5 รองลงมาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวร้อยละ 11.7 ซึ่งพัฒนาการทั้งสองด้านเป็นพื้นฐานการพัฒนาสติปัญญาของเด็กในอนาคต

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

มีปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม หรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดา มารดา ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรม และระดับเชาวน์ปัญญาโดยรวม ประมาณร้อยละ 50[2] ส่วนปัจจัยด้านบิดา มารดา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย[3] ในด้านการศึกษาของบิดา และมารดา พบว่า จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะด้านการศึกษาของมารดาจะมีผลมากกว่าการศึกษาของบิดา[4-6] และช่วงระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หากมารดามีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะการขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด ภาวะน้ำหนักตัวน้อยหรือมากกว่าเด็กปกติ ในขณะตั้งครรภ์มารดาได้รับสารที่จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมากคือ สารไอโอดีน ซึ่งเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง ในพื้นที่ที่ขาดไอโอดีนจะมีผลกระทบต่อระบบประสาท ไม่ว่าการที่จะเป็นสติปัญญาลดลง อาจก่อให้เกิดภาวะสมองพิการ หูหนวก[7] จากการรายงานผลการศึกษาต่างๆ (Meta-analysis) 2 งานวิจัย พบว่า ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9-10.2 จุด[8] และการขาดสารไอโอดีนทำให้ระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กและวัยรุ่นลดลง โดยเฉลี่ยประมาณ 13.5 จุด[9] ฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จะส่งผลพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก[10] ในส่วนของการเลี้ยงดูปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนสำคัญคือปัญหาจากการขาดการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม[11] การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ เล่นอินเตอร์เน็ต ส่งผลต่อปัญหาด้านสมาธิ การเรียน การกิน นอนในเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการ โดยปัจจัยหนึ่งคือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง[12] จึงไม่ควรให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ขวบ ได้ดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่อเพื่อความบันเทิง อื่นๆ[13]

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก คือ ผู้ปกครองมีกิจกรรมร่วมกับเด็กโดยการอ่านหนังสือร่วมกับเด็กจะส่งผลบวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด[13] เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการกระตุ้นพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็ก[13-14] ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยโดยสนับสนุนให้ บิดา มารดา และผู้ปกครองเด็ก มีการจัดกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ร่วมกับเด็ก และมีโครงการหนังสือเล่มแรก (Book start) แจกให้แก่เด็กเพื่อให้ผู้ปกครองนำไปอ่านกับบุตรหลาน ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กคือมีกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยด้านเด็กสิ่งที่สำคัญมาก คือ การดูแลเอาใจใส่และภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดมาก หรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย[13,15-18] ด้านภาวะโภชนาการของเด็กพบว่าในเด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกรน และการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลต่อพัฒนาการในเด็กและการกินนมแม่จะส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19-3.45 จุด[19]

จากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมา ทำให้สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลพัฒนาการเด็กมีหลากหลาย จากปัจจัยตัวมารดา ตัวเด็ก หรือสภาพแวดล้อม การที่พัฒนาการของเด็กไทยยังพบว่าไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะด้านสติปัญญา ส่วนหนึ่งก็น่าจะเป็นเหตุจากปัจจัยต่างๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินพัฒนาการของเด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา

อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลที่ช่วยให้การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และระบบบริการสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการเด็กได้ดีเพิ่มขึ้น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน บิดา มารดาและผู้ดูแล ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญช่วยผลักดัน แก้ไข สนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 และปัจจัยของเด็ก ปัจจัยมารดาบิดา และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก

นิยามศัพท์

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function maturation) ตามอายุ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้าตามลำดับทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor) การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor adaptive) ด้านภาษา (Language) และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal and social) ตามแบบประเมิน DENVER II ผลการประเมินแบ่งเป็นพัฒนาการแบบผลรวมและพัฒนาการรายด้าน โดยผลรวม แบ่งผลการประเมินเป็น 2 ระดับ คือ ปกติ (เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ควรระวัง” เพียง 1 ข้อเท่านั้น) และสงสัยล่าช้า (เด็กที่ทำการประเมินพัฒนามีข้อทดสอบ “ควรระวัง 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” 1 ข้อขึ้นไป) และรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ล่าช้า ปกติ เร็วกว่าวัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาได้แก่เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปีบริบูรณ์ และบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็กในกลุ่มดังกล่าวในเขตบริการสุขภาพที่ 4 การคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความชุกของพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าร้อยละ 29.7 (กรมอนามัย, 2553) ด้วยความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความชุกของสงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่เกิน 3.3% ของความชุกดังกล่าวโดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรให้เป็นตัวแทนระดับจังหวัด ได้ขนาดตัวอย่าง 1,490 คน การสุ่มตัวอย่างแบบสามขั้นตอน (Three-Stage Cluster Sampling) โดยมีอำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สองและเด็ก 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สัมภาษณ์ บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจากแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นและประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้แบบทดสอบ Denver II (Denver Developmental Screening Test) ฉบับภาษาไทย ซึ่งปรับปรุงจาก DDST[20] ประเมินพัฒนาการเด็กโดยพยาบาลวิชาชีพนักวิชาการ ที่ผ่านการอบรมการตรวจพัฒนาการเด็กจากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ต้องเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ผู้ปกครองยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และสามารถให้ประวัติได้ครบถ้วนและมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่วนเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก

เช่น ภาวะ Down syndrome, ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กที่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก และเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ เด็กที่อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เครือญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค (Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของเด็กและสุขภาพเด็ก

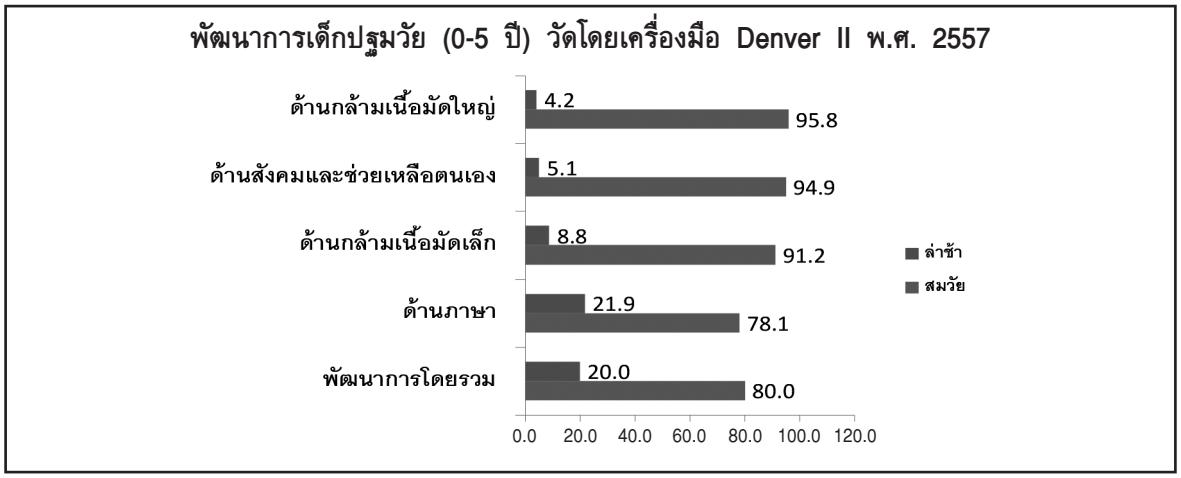
กลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ จำนวน 1,563 คน เป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน เด็กอายุ 0-2 ปี มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.3) ของเด็กอายุ 3-5 ปี เล็กน้อย ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่คลอดครบกำหนดร้อยละ 83.6 มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.8 มีอัตราภาวะขาดออกซิเจนและขาดออกซิเจนรุนแรงที่ 1 นาที 12.0 ต่อพันการเกิดมีชีพ มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 13.0 ส่วนใหญ่จากทารกตัวเหลืองและต้องส่องไฟ/เปลี่ยนถ่ายเลือด

เด็กที่มารับการตรวจพัฒนาการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.5) แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา ป่วยเป็นโรคปอดบวม ร้อยละ 7.8 โรคท้องร่วงร้อยละ 6.7 และเคยตรวจสุขภาพฟันร้อยละ 58.3 พบฟันผุ 1 ใน 5 ด้าน การเจริญเติบโตของเด็กพบว่าเด็กปฐมวัยมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนร้อยละ 63.0 น้ำหนักตามอายุได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 68.6 มีน้ำหนักมาก ค่อนข้างมากร้อยละ 29.4 ขณะเกณฑ์ส่วนสูงตามอายุพบว่ามีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยตามเกณฑ์อายุร้อยละ 9.8 คิดตามเกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงมีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนอยู่ร้อยละ 14.0 และมีเด็กค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 11.3 เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 27.3 โดยรับประทานทุกสัปดาห์ร้อยละ 13.7 และเด็กมีการกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป เพียงร้อยละ 8.1

บิดา มารดาเด็กส่วนมากจบการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช ประกอบอาชีพรับจ้างรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มารดาเด็กส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธ์ ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ร้อยละ 59.8 ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ร้อยละ 59.4 ขณะฝากครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 63.3 ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 72.8 การเล่นกับเด็กโดยการใช้สื่ออิเล็กโทรนิคส์ร่วมกันในวันปกติไม่เกินวันละ 1 ชม. ร้อยละ 56.6

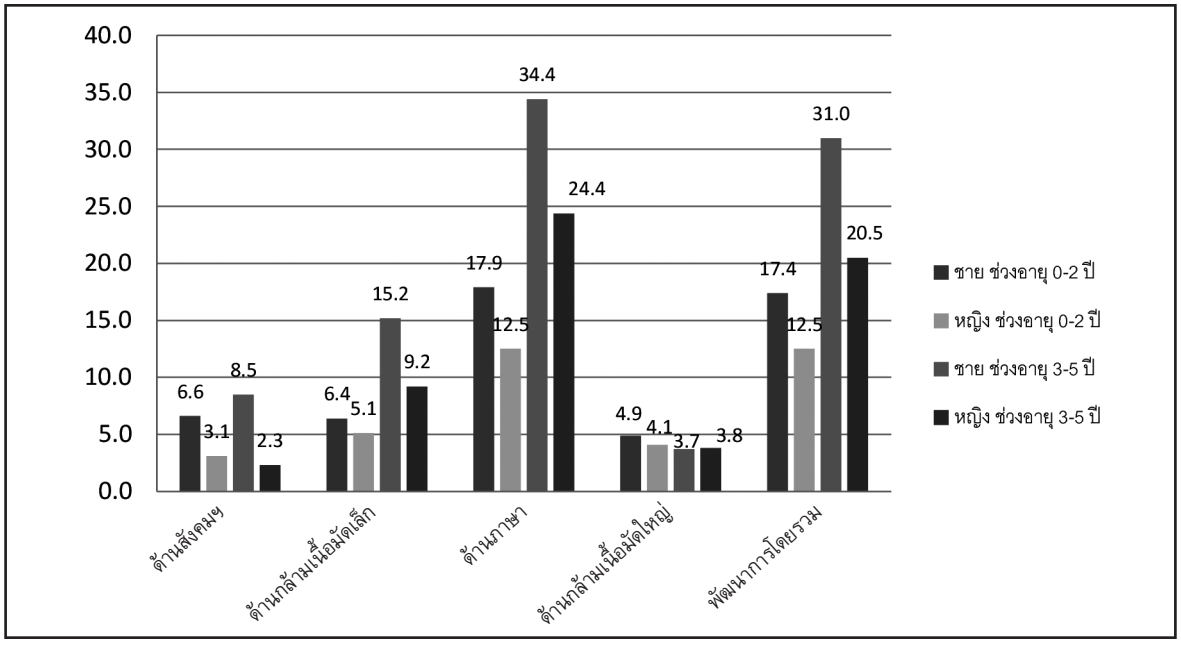
2. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตบริการที่ 4 พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมสมวัยและพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้าแตกต่างกัน คือ ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 20.0 พัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 21.9 รองลงมาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 8.8, 5.1 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 พัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เขตบริการสุขภาพที่ 4

ถ้าจำแนกพัฒนาการล่าช้าตามอายุพบว่าเด็กอายุ 0-2 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 15.0 ในขณะเด็กอายุ 3-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 25.5 และเมื่อแยกชายและหญิงทั้งสองกลุ่มอายุพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด โดยเด็กอายุ 3-5 ปี ทั้งชายและหญิงมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาเพิ่มถึง 2 เท่า ของเด็กอายุ 0-2 ปี รองลงมาทั้งสองกลุ่มมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามลำดับ ดังรูปที่ 2 ซึ่งถือว่าพัฒนาการด้านภาษาเป็นพัฒนาการด้านที่ยังพบปัญหาในทุกกลุ่มอายุและทั้งเพศชายและเพศหญิง



รูปที่ 2 พัฒนาการเด็กปฐมวัยสงสัยล่าช้าจำแนกตามด้านพัฒนาการ เพศและกลุ่มอายุ เขตบริการสุขภาพที่ 4

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กที่อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน พบว่าเด็กอายุ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากสุดร้อยละ 40.0 รองลงมาที่อายุ 30 เดือน 18 เดือน และ 9 เดือน เป็นร้อยละ 22.2, 16.1 และ 0 ตามลำดับ กลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน สงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มากที่สุดร้อยละ 11.6 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน จำแนกตามอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน	9 เดือน (43 คน)		18 เดือน (31 คน)		30 เดือน (36 คน)		42 เดือน (30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	1	2.3	1	3.2	5	13.9	2	6.7
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว	2	4.7	4	12.9	4	11.1	3	10.0
ด้านภาษา	0	0.0	5	16.1	8	22.2	12	40.0
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	5	11.6	0	0.0	3	8.3	1	3.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเด็ก มารดา บิดาและสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมารดา การศึกษาของบิดา ลักษณะของครอบครัว เพศ อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้

เด็กที่มารดาไม่ได้ทำงาน มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และอาชีพเกษตรกรรม มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า 2.1 เท่า 1.9 เท่า 1.8 เท่าและ 1.4 เท่าตามลำดับของมารดาที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

และเด็กที่มีบิดา จบประถมศึกษา จบมัธยมศึกษา/ปวช และอนุปริญญา/ปวท./ปวส. และไม่ได้เรียน เด็กมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้า 2.2 เท่า 1.8 เท่า 1.7 เท่า และ 0.9 เท่าของเด็กที่มีบิดาจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า

เด็กที่อยู่ครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.3 เท่าของครอบครัวขยาย

เด็กชายมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.6 เท่าของเด็กหญิง เด็กอายุ 3-5 ปี มีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยรวม 0.5 เท่าของเด็กอายุ 0-2 ปี

ด้านภาวะโภชนาการเด็กพบว่า เด็กค่อนข้างผอม เด็กผอม มีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยรวม 1.0 เท่าของเด็กสมส่วน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัย เด็ก มารดา บิดาและสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาการโดยรวมของเด็ก

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง	พัฒนาการ				p-value	OR	95% CI for OR	
		สมวัย		สงสัยล่าช้า					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
อาชีพมารดา						0.02*			
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/อื่นๆ	489	369	75.5	120	24.5		2.1	0.92	4.85
เกษตรกรรม	51	44	86.3	7	13.7		1.4	1.03	1.81
รับจ้าง	689	558	81.0	131	19.0		1.9	1.11	3.15
ค้าขาย	144	124	86.1	20	13.9		1.8	1.10	3.12
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ[ref]	102	81	79.4	21	20.6				
ระดับการศึกษามารดา						0.37			
ไม่ได้เรียน/ไม่ทราบ	87	70	80.5	17	19.5		1.0	0.55	1.95
ประถม	205	153	74.6	52	25.4		1.4	0.90	2.31
มัธยม/ปวช.	922	746	80.9	176	19.1		1.0	0.68	1.48
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	144	115	79.9	29	20.1		1.1	0.63	1.83
ป.ตรี/สูงกว่า[ref]	205	166	81.0	39	19.0				
ระดับการศึกษาบิดา						0.05*			
ไม่ได้เรียน	216	172	79.6	44	20.4		0.9	0.33	2.65
ประถม	250	188	75.2	62	24.8		2.2	1.15	4.22
มัธยม/ปวช.	779	622	79.8	157	20.2		1.8	1.01	3.34
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	185	151	81.6	34	18.4		1.7	0.89	3.46
ปริญญาตรี/สูงกว่า[ref]	133	117	88.0	16	12.0				
ลักษณะครอบครัว						0.04*			
ครอบครัวเดี่ยว	473	363	76.7	110	23.3		1.3	1.01	1.79
ครอบครัวขยาย[ref]	1090	887	81.4	203	18.6				
อายุ (ปี)						0.00*			
0-2 ปี[ref]	818	695	85.0	123	15.0				
3-5 ปี	745	555	74.5	190	25.5		0.5	0.39	0.65
เพศ						0.00*			
ชาย	780	596	76.4	184	23.6		1.6	1.26	2.09
หญิง[ref]	783	654	83.5	129	16.5				

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัย เด็ก มารดา บิดาและสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาการโดยรวมของเด็ก (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง	พัฒนาการ				p-value	OR	95% CI for OR	
		สมวัย		สงสัยล่าช้า					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						0.01*			
ค่อนข้างผอม ผอม	177	128	72.3	49	27.7		1.0	0.68	6.05
ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน	294	245	83.3	49	16.7		0.5	0.16	1.79
สมส่วน[ref]	1092	877	80.3	215	19.7				

*Pearson Chi-Square test, p-value 0.05

4. ผลการวิเคราะห์พยากรณ์โอกาสปัจจัยด้านมารดา บิดา ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านเด็ก ที่ส่งผลกับพัฒนาการรวมเด็กปฐมวัยและรายด้านโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติค (Logistic Regression Analysis) แสดงในตาราง 3

4.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการโดยรวมของเด็กปฐมวัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยและสามารถพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยด้านเด็กได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ปัจจัยด้านมารดาได้แก่รายได้ครอบครัว พบว่า

อายุเด็ก 3-5 ปี มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า 2.5 เท่า ของเด็กอายุ 0-2 ปี

เด็กเพศชาย มีโอกาสมีพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า 1.5 เท่า ของเด็กเพศหญิง

เด็กที่ค่อนข้างผอม เด็กผอม และเด็กที่ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน มีโอกาสพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า 2.0 และ 0.5 เท่า ของเด็กที่มีรูปร่างสมส่วน

ส่วนรายได้ครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท รายได้ 10,001-20,000 บาท ขึ้นไป มีโอกาสที่เด็กพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า 1.1, 0.6 เท่าของ ครอบครัวที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป (ดังตาราง 3)

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการรายด้านของเด็กปฐมวัย

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน 4 ด้าน พบว่า

1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองของเด็กปฐมวัย และสามารถพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี ปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ การใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพ การเลี้ยงดูเด็กในเรื่องการใช้สื่ออิเล็กโทรนิคส์ร่วมกันในวันปกติ พบว่า

มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสงสัยล่าช้า 1.8 เท่า ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ส่วนมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีการใช้สื่ออิเล็กโทรนิคส์ร่วมกันในวันปกติกับเด็กมากกว่า 1 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะมีเด็กพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสงสัยล่าช้า 0.5 เท่า ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการใช้สื่ออิเล็กโทรนิคส์ร่วมกันในวันปกติไม่เกิน 1 ชั่วโมง

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ของเด็กปฐมวัย และสามารถพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยเด็กได้แก่ อายุ เพศ การคลอด น้ำหนักแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนของเด็ก พบว่า

เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวสงสัยล่าช้า มากกว่าเด็กปฐมวัยอายุ 0-2 ปี 3.2 เท่า

เด็กชาย มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวสงสัยล่าช้า 2.5 เท่าของเด็กหญิง

เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวสงสัยล่าช้า 3.3 เท่า ของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม

เด็กเกิดจากการคลอดผิดปกติ มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวสงสัยล่าช้า 0.4 เท่าของเด็กที่คลอดปกติ

เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมีโอกาสเสี่ยงจะมีเด็กพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวสงสัยล่าช้า 0.1 เท่า ของเด็กที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย และพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยเด็กได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ปัจจัยด้านมารดาได้แก่รายได้ครอบครัว การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/triferdine ขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่า

เด็กอายุ 3-5 ปี มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า 1.5 เท่า ของเด็กอายุ 0-2 ปี

เด็กชาย มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า 2.3 เท่า ของเด็กหญิง

เด็กที่ค่อนข้างผอม เด็กผอม มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า 1.9 เท่า และเด็กที่ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน 0.3 เท่าของเด็กสมส่วน

ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท มีโอกาสที่จะมีเด็กพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า 1.0 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ขึ้นไป 0.6 เท่า ของครอบครัวที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป

มารดาที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/triferdine โดยกินไม่ทุกสัปดาห์ มีโอกาสที่จะมีเด็กพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า 2.9 เท่า มารดาที่ไม่กิน 1.6 เท่าของมารดาที่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/triferdine ทุกสัปดาห์

มารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ไม่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีโอกาสที่จะมีเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า 2.1 เท่า ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กปฐมวัย และสามารถพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

มารดาที่ไม่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มีโอกาสที่จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สงสัยล่าช้า 2.6 เท่า ของมารดาที่ฝากครรภ์ ดังตาราง 3

ตาราง 3 วิเคราะห์ปัจจัยด้านเด็ก มารดา บิดา และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก

ปัจจัย	พัฒนาการโดยรวม	ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง	ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว	ด้านภาษา	ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
ปัจจัยด้านเด็ก					
อายุ: 3-5 ปี (0-2 ปี)[ref]	**2.5**** (1.63, 3.80)		**3.2**** (1.44, 7.31)	**1.5*** (1.03, 2.32)	
เพศ: ชาย (หญิง[ref])	**1.5*** (1.02, 2.36)		**2.5*** (1.13, 5.52)	**2.3**** (1.52, 3.51)	
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (สมส่วน[ref])					
ค่อนข้างผอม ผอม	**2.0*** (1.09, 3.59)			**1.9*** (1.05, 3.41)	
ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน	**0.5*** (0.25, 0.94)			**0.3**** (0.16, 0.67)	
น้ำหนักแรกเกิด: <2,500 กรัม (>2,500 กรัม[ref])			**3.3*** (1.06, 10.57)		
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด: มี (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน[ref])			**0.1*** (0.02, 0.93)		
ปัจจัยด้านมารดา					
รายได้ครอบครัว (20,001 บาทขึ้นไป[ref])					
ไม่เกิน 10,000 บาท	**1.1** (0.68, 1.94)			**1.0** (0.62, 1.76)	
10,001-20,000 บาท	**0.6** (0.34, 1.01)			**0.6*** (0.36, 1.02)	
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์: ไม่ (ฝากครรภ์[ref])					**2.6*** (1.08, 6.27)
การคลอด: คลอดผิดปกติ (คลอดปกติ)[ref]			**0.4*** (0.16, 0.92)		
ยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/Triferdine (กินทุกสัปดาห์[ref])					
ไม่ได้รับ				**1.6** (0.95, 2.83)	
ได้รับ กินไม่ทุกสัปดาห์				**2.9**** (1.31, 6.49)	
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม					
ประโยชน์สมุดบันทึกสุขภาพ: ไม่ใช้ (ใช้[ref])		**1.8*** (1.03, 3.18)		**2.1**** (1.27, 3.53)	
สื่ออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกันวันปกติ: ใช้มากกว่า 1 ชม (ไม่เกิน 1 ชม.[ref])		**0.5*** (0.29, 0.94)			

**p-value<0.01, *p-value<0.05

อภิปรายผล

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของชาติ เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีพัฒนาการสมวัยโดยรวมร้อยละ 80.0 สูงกว่าการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยในปี 2542, 2547, 2550, 2553 ซึ่งพบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 71.7, 72.0, 66.7 และ 70.3 ตามลำดับ เมื่อแยกพิจารณาพัฒนาการรายด้าน การสำรวจครั้งนี้พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 21.9 และยังพบว่าภาพรวมทุกด้านของการพัฒนาการมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจหลายครั้งที่ผ่านมาพัฒนาการที่ล่าช้าชัดเจน และยิ่งล่าช้ามากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ได้แก่ ด้านภาษา เพิ่มจากร้อยละ 16.1 ในอายุ 18 เดือน เป็น 22.2 และ 40.0 ในอายุ 30 และ 42 เดือนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กที่ผ่านมายังไม่ได้ใช้มาตรการที่เจาะจงให้ตรงกับปัญหาของเด็ก จึงทำให้ปัญหายังคงย้ำอยู่เช่นเดิม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีทั้งปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านสังคม แม้ว่าหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาของมารดาจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กมากกว่าการศึกษาของบิดา[4-6] แต่การศึกษานี้กลับพบว่าเด็กที่บิดามีการศึกษาสูง มีแนวโน้มพัฒนาการดีกว่าเด็กที่บิดามีการศึกษาต่ำกว่า และเด็กที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีพัฒนาการดีกว่าเด็กที่เลี้ยงดูอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ลักษณะของครอบครัวจึงมีผลต่อพัฒนาการเด็กด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เด็กในครอบครัวเดี่ยว อาจขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม เนื่องจากเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวน้อยลง[11] หรือเด็กอาจถูกปล่อยให้ดูโทรทัศน์ตามลำพัง[12]

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคของการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กและสามารถพยากรณ์โอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า คือ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และรายได้ของครอบครัว โดยเด็กชายมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.5 เท่าของเด็กหญิง และพบว่าเด็กค่อนข้างผอม เด็กผอม มีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยรวม 2.0 เท่าของเด็กสมส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Oddy WH และคณะ[21] ที่พบว่าเด็กที่มีภาวะเตี้ย แคระแกรน และการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลต่อพัฒนาการในเด็กและการกินนมมารดาจะส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19-3.45 จุด[19] การแก้ปัญหาโภชนาการในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นมาตรการที่สำคัญในการป้องกันภาวะพัฒนาการล่าช้าของเด็ก

การวิเคราะห์รายด้าน พบว่ามารดาที่ไม่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มีโอกาสที่จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สงสัยล่าช้า 2.6 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ช่วงก่อน 12 สัปดาห์เป็นช่วงที่มารดาต้องได้รับการดูแล ให้คำแนะนำเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในเรื่องอาหาร การได้รับยาบำรุงที่เป็นส่วนสำคัญในการสร้างเซลล์สมองของเด็ก และพบว่ามารดาที่ขณะตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/Triferdine โดยกินไม่ทุกสัปดาห์ มีโอกาสที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา 2.9 เท่าของมารดาที่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน Obemin/Triferdine ทุกสัปดาห์ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารอาหารเหล่านี้ส่งผลต่อการพัฒนาโครงสร้างของสมองทารกในครรภ์ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก มารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ไม่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีโอกาสที่จะมีเด็กพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า 2.1 เท่า มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองสงสัยล่าช้า 1.8 เท่า ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กนั้น แสดงให้เห็นว่าบทบาทในการให้ความรู้บิดา มารดา

ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นบทบาทสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และต้องมีหน้าที่ในการแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ถูกต้องแก่ผู้ปกครองในโรงเรียนเพื่อให้ผู้ปกครองมีตำราในการดูแลเด็กที่ถูกต้องใกล้ๆ ตัว

สำหรับปัจจัยด้านตัวเด็ก การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักแรกคลอดน้อย มีการศึกษาที่รายงานว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย[13,15-18] สอดคล้องกับการศึกษานี้ ซึ่งพบว่าเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ด้านภาวะโภชนาการของเด็ก มีรายงานว่าหากเด็กมีภาวะเตี้ยแคระแกรนและขาดธาตุเหล็กจะส่งผลต่อพัฒนาการในเด็ก[10,14]

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบเด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีร้อยละของการพัฒนาการล่าช้าลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของกรมอนามัยในปี 2542-2553 อย่างไรก็ตาม ร้อยละของพัฒนาการสมวัยโดยรวมของเด็กยังคงลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และพัฒนาการด้านภาษา ยังเป็นปัญหามากกว่าพัฒนาการด้านอื่นๆ เช่นเดียวกับการสำรวจหลายครั้งที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กที่ผ่านมายังไม่ได้ใช้มาตรการที่เฉพาะเจาะจงให้ตรงกับปัญหาของเด็ก จึงทำให้ปัญหายังคงย้ำอยู่เช่นเดิม

ข้อเสนอแนะ

การสำรวจแยกรายอายุ ทำให้เห็นพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าของเด็กแต่ละช่วงวัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ให้บริการควรปรับกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการเด็กจากการจัดบริการภาพรวม เป็นการเลือกใช้มาตรการที่เฉพาะเจาะจง และตรงกับปัญหาของเด็กแต่ละคน การกระตุ้นพัฒนาการต้องมีความต่อเนื่องและเหมาะกับวัย เพื่อให้การแก้ไขปัญหาบังเกิดผลมากที่สุด โดยฝึกทักษะมารดาผู้เลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ และแนะนำให้ศูนย์เด็กเล็กจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณในความกรุณาของนายแพทย์อมร แก้วใส ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิชรา เรืองดารกานนท์ (คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ (กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย) ขอบคุณ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนักวิชาการที่รับผิดชอบงานแม่และเด็ก รพสต. ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 และทีมภาคสนามศูนย์อนามัยที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2553.
2. Plomin R., Craig IW. Human behavioral genetics of cognitive abilities and disabilities. Bioessays 1997;19:1117-24.
3. Naoko Kozuki, Anne CC Lee, Mariangela F Silveira, Cesar G Victora, Linda Adair, Jean Humphrey, Robert Ntozini, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health 2013,13(Suppl 3):S2.
4. Dubow EF, Boxer F, Huesmann LR. Long-term effects of parent' Education on children's educational and Occupational Success: Mediation by Family Interaction, Child Aggress, and Teenage Aspiration. Merrill-Palmer Q. 2009;55(3):224-49.
5. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol. 2002;53:371-99.
6. Benasich AA, Brooks-Gunn J. Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: Associations with family and child outcomes. Child Development 1996;67(3):1186-205.
7. Rajatanavin R, Chailurkit L, Winichakoon P, Mahachoklertwattana P, Soranasataporin S, Wacharasin R, Chaisongkram V. Endemic cretinism in Thailand: a multidisciplinary survey. Eur J Endocrinol 1997;137(4):349-55.
8. Bougma K, Aboud F E, Harding KB, Marquis GS. Iodine and Mental Development of children 5 years Old and Under: A Systematic Review and Meta-analysis. Nutrients. 2013; 5(4),1384-416.
9. Qian M, Wang D, Watkins WE, Gebski V, Yan YQ, Li M, Chen ZP. The effects of Iodine on intelligence in children: a meta-analysis of studies conducted in China. Asia Pacific. Journal of Clinical Nutrition 2005;14(1):32-42.
10. Dickerson A, Popil G. Persistent poverty and children's cognitive development: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. The University of Sheffield. Sheffield Economic Research Paper Series. SERP Number:2011023 Nov. 2011.
11. Isaranurug S, Nanthamongkolchai S, Kaewsin D. Factors influencing development of children aged one to under six years old. J Med Assoc Thai 2005;88(1):86-90.
12. พนิต โล่เสถียรกิจ. เด็กพูดช้า. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2550;26(4):240-46.
13. Van Noort-van der Spek IL, Franken MC, Weisqlas-Kuperus N. Language Functions in preterm-born children: A systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2012;129(4): 745-54.

14. กลุ่มวิจัยอาหารเพื่อโภชนาการ. ผลระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี 2553. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (วันที่ค้นข้อมูล 30 พฤษภาคม 2554). แหล่งข้อมูล : http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/_iodine/ui 75 จังหวัด. pdf
15. Aarnoudse CS., Kuperus, NW., van Goudoever JB., Oosterlaan J. Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. Pediatrics 2009;124(2):717-28.
16. Martina Estevam Brom Vieira, Maria Beatriz Martins Linhares. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool and school-age. Journal de Pediatria 2011;87(4):281-91.
17. McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early Childhood Development of Late-Preterm Infants: A Systematic Review. Pediatrics 2011:127(6):1111-24.
18. Aylward GP, Pfeiffer SI, Wright A, Verhulst SJ. Outcome studies of low Birth weight infants published in the last decade: A meta analysis. The Journal of Pediatrics 1989;115(4): 515-20.
19. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization; Geneva:2013.
20. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอวัสดาตระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว;2556.
21. Oddy WH, Li J, Robinson M., & Whitehouse AJ. The long-term effects of breastfeeding on development. Contemporary Pediatrics 2012:57-78.