

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
The Factors Related to Suspect the Delayed Development of Early Childhood
in Vachira Phuket Hospital

อ่อนอนงค์ คำชูชาติ

Onanong Khamchuchat

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Nursing Group, Vachira Phuket Hospital

E-mail: netnuanyai@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการล่าช้าในวัยเด็กตอนต้นของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเด็ก 3,045 คน และรับบริการคัดกรองที่แผนกคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งสามารถดูแลเด็กได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนถึง 5 ปี การวิจัยได้บันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองเด็กตอนต้นสำหรับคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ: DSPM และคู่มือการประเมินพัฒนาการเพื่อการแทรกแซง: DAIM ที่ใช้ในคลินิกเด็กดี รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อิสระกับพัฒนาการล่าช้าที่คาดว่าจะเกิดขึ้นโดยใช้การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 11.0 ด้านพัฒนาการของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว รองลงมาคือ พัฒนาการของกล้ามเนื้อเล็กและสมอง และการรับรู้ภาษา คิดเป็นร้อยละ 8.6 4.8 และ 4.0 ตามลำดับ ปัจจัยด้านสุขภาพของเด็ก เช่น พัฒนาการตามปกติ พัฒนาการตามอายุการเจริญเติบโต และน้ำหนักของเด็ก (น้อยกว่า 2,500 กรัม) $OR=8.89$ (95% $CI=5.01-16.11$) ภาวะทุพโภชนาการ $OR=7.69$ (95% $CI=5.15-11.47$) คะแนนอัปการในนาที่ที่ $1 < 7$ $OR=2.54$ (95% $CI=1.56-4.13$) มีโรคพื้นฐานอยู่ในเด็ก $OR=2.45$ (95% $CI=1.44-4.18$) และการตั้งครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ $OR=1.88$ (95% $CI=1.26-2.81$) ได้รับการเก็บรวบรวมในเชิงสถิติที่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยสงสัยว่าพัฒนาการล่าช้าที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเหล่านี้อาจเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมและประโยชน์ของโภชนาการในเด็กในช่วงอายุ 6 เดือนแรกเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กที่ส่งผลต่อการพัฒนาการล่าช้าในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนาเด็กปฐมวัย, การพัฒนาที่คาดว่าจะล่าช้า, คลินิกสุขภาพเด็ก

Abstract

The retrospective design was to study the factors related to the delayed development of early childhood in Vachiraphuket Hospital. The participants were 3,045 children and received screening services at the well-child clinic Department, Vachiraphuket Hospital, where they can take good care of children from the age of 1 month to the age of 5 years. The research recorded data from the early childhood screening database for the Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM and Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM used in a well-child clinic. The data was collected from 1st October 2018 to 30th September 2019 and analyzed by frequency, percentage, and Chi-square test. Multiple logistic regression was used to analyze the variables that were independently

associated with Suspected delayed development and defined statistically significant levels at $p < 0.05$. The research results found that the suspected delayed development was 11.0 percent aspect in muscle development and movement, small muscle and brain development, and language perception were 8.6, 4.8, and 4.0, respectively. The child health factors such as normal development, the development by the age of growth and weight of a child (less than 2,500 grams) $OR=8.89$ (95% $CI=5.01-16.11$) malnutrition $OR=7.69$ (95% $CI=5.15-11.47$) Apgar score at 1st minute <7 $OR=2.54$ (95% $CI=1.56-4.13$) underlying with a disease of child $OR=2.45$ (95% $CI=1.44-4.18$) and a pregnancy less than <37 weeks $OR=1.88$ (95% $CI=1.26-2.81$) were collected in the statistically significant with a suspected delayed developmental at .05 level. These findings could be a significant guide for promoting the appropriate pregnancy and the benefits of nutrition in the child at the early age of their first 6 months for reducing the risk factors in children towards the development of suspected delays in the future.

Keywords: Early Childhood Development, Suspected delayed development, Well Child Clinic

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 3,045 ราย จากแบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง คลินิกสุขภาพเด็กดี วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ทดสอบด้วย Chi-square และ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ผลการวิจัยพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.0 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และการเข้าใจภาษา ร้อยละ 8.6 , 4.8 และ 4.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม $OR= 8.98$ (95% $CI=5.01-16.11$) ภาวะโภชนาการไม่สมส่วน $OR=7.69$ (95% $CI=5.15-11.47$) apgar score นาทีที่ 1 ต่ำกว่า 7 $OR=2.54$ (95% $CI=1.56-4.13$) การมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของเด็ก $OR=2.45$ (95% $CI=1.44-4.18$) และอายุครรภ์มารดาน้อยกว่า 37 สัปดาห์ $OR=1.54$ (95% $CI=1.02-2.31$) ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็กให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กปฐมวัยต่อไป

คำรหัส: เด็กปฐมวัย, พัฒนาการสงสัยล่าช้า, คลินิกสุขภาพเด็กดี

บทนำ

เด็กเป็นวัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างรากฐานชีวิตจิตใจของมนุษย์ ส่งผลต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประเทศชาติสู่ความก้าวหน้าในอนาคต⁽¹⁾ จากการใช้ศาสตร์ต่างๆ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสมองและ พัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย พบว่าโอกาสแห่งการเรียนรู้และอัตราการเรียนรู้สูงสุดอยู่ในช่วงวัยเด็ก⁽²⁾ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสมองมีการพัฒนาและสร้างเส้นประสาทสร้างสมองส่วนการมองเห็น การฟัง การรับภาษา การพูด ความคิดและเชาวน์ปัญญา มีการพัฒนาด้านการคิด การเขียนความสามารถในการรับรู้ในการเรียนรู้ และในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่⁽³⁾ เด็กที่มีพัฒนาการสมบูรณ์ ทุกด้าน

ตามวัยเป็นรากฐานที่ดีส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตแข็งแรง มีสุขภาพดี เป็นเยาวชนและพลเมืองที่ดี มีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และอารมณ์ (EQ) มีคุณภาพชีวิตในระยะยาวที่ดี มีงานทำ ลดการพึ่งพิง และไม่ก่ออาชญากรรม จึงเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติ⁽⁴⁾ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จะช่วยให้เด็กปฐมวัยทุกคน ได้รับการเฝ้าระวังพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กไทยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย สามารถค้นหาปัญหาและส่งเสริมแก้ไขตั้งแต่ในระยะแรก อันจะมีผลให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสม จากพ่อแม่ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการช่วยเหลืออย่างถูกวิธีตั้งแต่เริ่มแรก หรือในขณะอายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงที่สมองยังสามารถปรับตัวและพัฒนาได้เด็กอาจเสียโอกาสที่จะมีพัฒนาการก้าวหน้าให้ได้เต็มศักยภาพ เพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพ และมีความสุข^(5,6)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติสูงถึงร้อยละ 15.0-20.0⁽⁷⁾ สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 26.6 27.2 และ 32.5 ตามลำดับ) จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปีมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 23.2 และเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 42.0 เมื่อจำแนกพัฒนาการรายด้าน เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา ร้อยละ 94.8 92.1 90.4 และ 78.4 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยโดยรวม ร้อยละ 67.5^(8,9) ไม่บรรลุเป้าหมายกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85 เมื่อจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรีเพียงเขตเดียวที่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพคนตามช่วงวัย ร้อยละ 85.8 สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552-2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.1⁽¹⁰⁾ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนแรกคลอดที่ 1 และ 5 นาที โดยเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(11,12) เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหากไม่ได้รับการแก้ไข จะมีโอกาสมีปัญหาเรื่องการเรียน สมาธิสั้น ไม่สามารถที่จะศึกษาในระดับฝีมือ อาชีพหรืออุดมศึกษาต่อไปได้⁽¹³⁾

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กและสตรี โดยเน้นการสร้างเด็กฉลาดทางปัญญาและอารมณ์ ด้วยการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม จากพ่อแม่และผู้ปกครอง ผ่านกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในกรณีที่พบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า เด็กเหล่านี้จะได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽¹⁴⁾ จากการสำรวจระดับสติปัญญา(Intelligence Quotient: IQ) ของเด็กไทยในระดับประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โดยเฉลี่ย เด็กไทยมีค่าคะแนนระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 98.59⁽¹⁵⁾ จากสถานการณ์ปัจจุบันเด็กไทยมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น ทำให้ประเทศไทยอาจสูญเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3.1 ขนาด 600 เตียง เปิดให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เฉลี่ยผู้มารับบริการเดือนละ 300-400 ราย พบข้อมูลเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าในปี พ.ศ. 2559-2561 ร้อยละ 8.0, 8.5 และ 9.0 ตามลำดับ แต่ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กที่มาใช้บริการ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงทบทวนวรรณกรรมและศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการของคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต เพื่อเฝ้าระวังเด็กที่มีการพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการรักษาและส่งเสริมอย่างทันที่ หากพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก

จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นแนวทางสนับสนุนพัฒนาการเด็กไทยให้สมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการในเด็กปฐมวัย คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective research design)

ขอบเขตการวิจัย: เด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนเด็กปฐมวัยที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ผู้วิจัยออกแบบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก อายุ(กลุ่มอายุ 1 เดือนถึง 2 ปี, 3 ปีถึง 5 ปี) เพศ น้ำหนักเด็กแรกเกิด(<2500 กรัม, ≥ 2500 กรัม) ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (apgar score นาทีที่ 1 และ 5: < 7 คะแนน, ≥ 7 คะแนน) ภาวะโภชนาการ (สมส่วน, ไม่สมส่วน) การประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ การฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด ประวัติการตั้งครรภ์ (การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์)

เกณฑ์และข้อตกลง:การตรวจคัดกรองใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) สำหรับเด็กคลอดปกติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับเด็กที่คลอดด้วยความเสี่ยงจากน้ำหนักน้อยเมื่อแรกคลอด (low birth weight) และหรือจากการขาดออกซิเจนขณะคลอด (birth asphyxia) รวมทั้งเด็กที่คลอดปกติแต่อาจ เกิดพัฒนาการล่าช้าภายหลัง โดยเกณฑ์การประเมินตามเครื่องทั้ง 2 ชนิด คือ ถ้าตรวจเด็กแล้วไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าไม่ผ่านในช่วงอายุนั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ประชากรตัวอย่างคือ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเข้าศึกษาคือ ข้อมูลเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง อายุ 5 ปี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ข้อมูลมารดาและเด็กที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือมารดาคลอดที่อื่นไม่สามารถให้ประวัติ ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะโภชนาการ ประวัติการตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 3,045 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระเดียวใช้ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)กำหนดตัวแปรตามเป็นชนิด แฉงนับ (dichotomous outcome) โดย

จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มปกติ กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง (reference group) และกลุ่มที่ทำการศึกษา คือ กลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และ นำตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multiple logistic regression analysis) นำเสนอ ด้วยค่า Odds ratio (OR) ค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95 percent confident interval; 95%CI)

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ VPH REC 017/2020

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลของเด็กปฐมวัยที่ศึกษาอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 3,045 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.5 อายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี ร้อยละ 83.4 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,003.8 (S.D=534.2) ส่วนใหญ่น้ำหนักแรกเกิด $\geq 2,500$ กรัม ร้อยละ 84.5 ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 83.3 ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 92.1 มีภาวะขาดออกซิเจนนาที่ 1 (apgar score) < 7 ร้อยละ 8.4 และนาที่ 5 (apgar score) < 7 ร้อยละ 1.8 ส่วนข้อมูลของมารดา พบว่ามารดามีอายุเฉลี่ย 27.3 ปี (S.D=7.45) ส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 77.1 อายุครรภ์ที่คลอด ≥ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 72.0 ฝากครรภ์ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 39.8 ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 39.9 สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.2 และดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.2

พัฒนาการเด็กปฐมวัยสมวัย ร้อยละ 89.0 และสงสัยล่าช้าร้อยละ 11.0 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าช่วงอายุ 3 ถึง 5 ปี พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.6 และช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 9.1ตามลำดับ การจำแนกพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน พบด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และด้านเข้าใจภาษา ร้อยละ 8.6, 4.8 และ 4.0 ตามลำดับ จำแนกตามช่วงอายุพบว่าเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 3 ถึง 5 ปี พบพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และด้านเข้าใจภาษา ร้อยละ 14.7, 9.5 และ 8.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด โรคหรือภาวะแทรกซ้อน ภาวะโภชนาการ apgar score ที่ 1 นาที่และ ที่ 5 นาที่ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ที่คลอด การฝากครรภ์ และการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 2

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาวิเคราะห์พร้อมกันด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิด $< 2,500$ กรัม มีโอกาสจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 2,500$ กรัม (OR=8.98, 95% CI=5.01-16.11) เด็กที่มีภาวะโภชนาการไม่สมส่วนมีโอกาสจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการสมส่วน (OR=7.69, 95% CI=5.15-11.47) เด็กที่มีค่า Apgar score นาที่ที่ 1 < 7 จะมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีค่า Apgar score นาที่ที่ 1 ≥ 7 (OR=2.54, 95 % CI= 1.56-4.13) เด็กที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเด็กจะมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (OR=2.45, 95% CI=1.44-4.18) และมารดาที่คลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ จะมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ามารดาที่คลอดอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ (OR=1.54, 95% CI=1.02-2.31) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์ผล

เด็กปฐมวัยที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 3,045 คน พบว่ามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 89.0 สูงกว่าสถิติองค์การ

อนามัยโลกที่พบร้อยละ 80.0-85.0 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย^(13,14) และการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยทั้ง 3 ครั้ง ปี พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.1^(8,12,13) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนบูรณาการการพัฒนาคุณภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85 การศึกษาค้นคว้าเปรียบเทียบพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน พบด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 8.6 โดยเฉพาะเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี สงสัยล่าช้ามากถึง ร้อยละ 14.7 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา ร้อยละ 4.8 และด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว การเข้าใจภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก⁽¹⁵⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8 ในเด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.5 โดยเฉพาะด้านด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองพบมากที่สุด ร้อยละ 22.6 และในเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 46.3 โดยเฉพาะด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 58.6⁽⁸⁾ นอกจากนี้การตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กไทยไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคยร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่นๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการบอกสีได้อย่างถูกต้อง ส่วนทักษะการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 35.2⁽⁹⁾ ซึ่งเด็กเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้านที่ล่าช้า เด็กจะมีโอกาสมีปัญหาทางการเรียนรู้ไม่สามารถที่จะศึกษาในระดับฝีมืออาชีพ หรืออุดมศึกษาต่อไปได้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำแนกตามอายุ (n=3,045)

พัฒนาการของเด็ก	ช่วงอายุ (ปี)					
	1 เดือน ถึง 2 ปี		3 ถึง 5 ปี		1 เดือน ถึง 5 ปี	
	(n=2,541)		(n=504)		(n=3,045)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการโดยรวม						
ปกติ	2,309	90.9	400	79.4	2,709	89.0
สงสัยล่าช้า	232	9.1	104	20.6	336	11.0

ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง						
ปกติ	2,477	97.5	487	96.6	2,964	97.3
สงสัยล่าช้า	64	2.5	17	3.4	81	2.7
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา						
ปกติ	2,442	96.1	456	90.5	2,898	95.2
สงสัยล่าช้า	99	3.9	48	9.5	147	4.8
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว						
ปกติ	2,353	92.6	430	85.3	2,783	91.4
สงสัยล่าช้า	188	7.4	74	14.7	262	8.6
ด้านเข้าใจภาษา						
ปกติ	2,460	96.8	463	92.0	2,923	96.0
สงสัยล่าช้า	81	3.2	40	8.0	121	4.0
ด้านสื่อสารภาษา						
ปกติ	2,459	96.8	473	93.8	2,932	96.3
สงสัยล่าช้า	82	3.2	31	6.2	113	3.7

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย	สงสัยพัฒนาการ	ปกติ	X ²	P-value
	ล่าช้า n=336 จำนวน (ร้อยละ)	n=2,709 จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านเด็ก				
เพศ				
ชาย	169 (50.3)	1,399 (51.6)	0.217	0.642
หญิง	167 (49.7)	1,310 (48.4)		
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)				
< 2,500	264 (78.6)	209 (7.7)	1,143.831	<0.001*
≥ 2,500	72 (21.4)	2,500 (92.3)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัย	สงสัยพัฒนาการล่าช้า n=336 จำนวน (ร้อยละ)	ปกติ n=2,709 จำนวน (ร้อยละ)	X ²	P-value
--------	--	-----------------------------------	----------------	---------

โรคหรือภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	78 (23.2)	2,459 (90.8)	981.510	<0.001*
มี	258 (76.8)	250 (9.2)		
ภาวะโภชนาการ				
สมส่วน	167 (49.7)	2,636 (97.3)	925.900	<0.001*
ไม่สมส่วน	169 (50.3)	73 (2.7)		
apgar score ที่ 1 นาที				
< 7	171 (6.3)	86 (25.6)	143.832	<0.001*
≥ 7	250 (74.4)	2,538 (93.7)		
apgar score ที่ 5 นาที				
< 7	316 (94.0)	2,674 (98.7)	36.606	<0.001*
≥ 7	20 (6.0)	35 (1.3)		
ด้านมารดา				
อายุ (ปี)				
< 20	57 (17.0)	332 (12.3)	6.174	0.046*
20-35	249 (74.1)	2,098 (77.4)		
≥ 35	30 (8.9)	279 (10.3)		
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)				
> 37	198 (58.9)	358 (13.2)	404.285	<0.001*
≥ 37	138 (41.1)	2,351 (86.8)		
การฝากครรภ์				
ไม่ฝากครรภ์	29 (8.6)	140 (5.2)	6.839	0.009*
ฝากครรภ์	307 (91.4)	2,569 (94.8)		
การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์				
ไม่สูบบุหรี่	314 (93.5)	2,602 (96.1)	4.973	0.026*
สูบบุหรี่	22 (6.5)	107 (3.9)		
การดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์				
ไม่ดื่ม	329 (97.9)	2,648 (97.7)	0.294	0.588
ดื่ม	7 (2.1)	61 (2.3)		

*ทดสอบ chi-square ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยเมื่อควบคุมตัวแปร

ปัจจัย	Adjust OR (95% CI)	p-value
น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม	8.98 (5.01-16.11)	<0.001*

ภาวะโภชนาการไม่สมส่วน	7.69 (5.15-11.47)	<0.001*
Apgar score ที่ 1 นาที < 7	2.54 (1.56-4.13)	<0.001*
โรคหรือภาวะแทรกซ้อนของเด็ก	2.45 (1.44-4.18)	<0.001*
อายุครรภ์แรกเกิด < 37 สัปดาห์	1.54 (1.02-2.31)	0.036*

*ทดสอบ multiple logistic regression ควบคุมตัวแปร ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด โรคหรือภาวะแทรกซ้อน ภาวะโภชนาการ (การได้รับนมใน 6 เดือนแรก) Apgar score ที่ 1 นาที Apgar score ที่ 5 นาที อายุมารดา อายุครรภ์ที่คลอด การฝากครรภ์ และการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียวด้านเด็ก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม โรคหรือภาวะแทรกซ้อน ภาวะโภชนาการ ภาวะขาดออกซิเจน (apgar score) นาทีที่ 1 และ 5 และหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร พบว่า น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม (OR= 8.98, 95% CI=5.01-16.11) ภาวะโภชนาการไม่สมส่วน (OR= 7.69, 95% CI=5.15-11.47) และภาวะขาดออกซิเจน (Apgar score) นาทีที่ 1 < 7 (OR= 2.54, 95% CI=1.56-4.13) และการมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเด็ก (OR= 2.45, 95% CI=1.44-4.18) สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย พบว่าน้ำหนักแรกเกิด $\geq$ 2,500 กรัม มีโอกาสพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัย เมื่อแรกเกิด < 2,500 กรัม เป็น 1.38 เท่า ส่วนเด็กปฐมวัยที่คลอดครบกำหนดมีโอกาพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่า และสูงกว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า^(10,11) เช่นเดียวกับการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี จากการทบทวนวรรณกรรม พบเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.5 เท่า (95 % CI 1.29-1.77) และเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.3 เท่า (95% CI 1.08-1.48)⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้การศึกษาภาวะโภชนาการ เด็กเตี้ยจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ 1.5 เท่า (95% CI 0.75-2.84) สอดคล้องกับการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” ปี พ.ศ.2557⁽¹⁰⁾ พบว่า ส่วนสูงตามอายุ ของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กมีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและค่อนข้างเตี้ยจะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.5, 1.1 และ 1.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีภาวะเตี้ย ส่วนน้ำหนักตามอายุ ของเด็กปฐมวัยพบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างน้อย จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.5 และ 1.1 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ แต่เด็กที่มีน้ำหนักค่อนข้างมาก จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 72.9 และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็กเริ่มท้วม ค่อนข้างผอม และสมส่วน จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น 1.6 , 1.4 และ 1.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่รูปร่างผอม^(8,9) การศึกษาของประเทศยูกันดา ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ และเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคประจำตัวมีโอกาเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้า 2.4 เท่า (95% CI 1.05-1.55)^(8,10,16) สำหรับ Apgar score นาทีที่ 1 < 7 และการมีโรคและภาวะแทรกซ้อนของเด็ก สอดคล้องกับรายงานของ WHO ใน ค.ศ. 2013 พบว่า การมีโรคและภาวะแทรกซ้อนและ ค่า Apgar score นาทีที่ 1 < 7 เสี่ยงต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็กลดลง⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าเด็กที่มีภาวะการขาดออกซิเจนขณะคลอดและไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการของทารก โดยทารกที่มีภาวะหายใจเร็วหรือหยุดหายใจ และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นสมองพิการ และเสียชีวิตได้ โดยทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนที่นาทีที่ 1 มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.8 เท่า (95 % CI 1.42-2.42) และทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนนาทีที่ 5 มีโอกาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 3.6 เท่า (95% CI 2.19-6.00)⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย กรมอนามัย พบว่า การกินนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยที่เด็กที่กินและไม่กินนมแม่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียว ปัจจัยด้านมารดา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย ได้แก่ มารดาอายุ < 20 ปี อายุครรภ์ที่คลอด < 37 สัปดาห์ การไม่ฝากครรภ์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^(6,7,8,10) และหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้า คือ อายุครรภ์ที่คลอด < 37 สัปดาห์ มีโอกาสสงสัยพัฒนาการล่าช้าเป็น 1.54 เท่า (95 % CI 1.02-2.31) ของมารดาอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 จำนวน 10,053 คน ของกรมอนามัย พบว่าการคลอดครบกำหนด จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า และสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่า^(7,8) การศึกษาของกรมอนามัย พบมารดาอายุ 45 ปีขึ้นไป มีโอกาสพัฒนาการล่าช้าเป็น 1.48 เท่า ของอายุมารดา 20-35 ปี แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งการศึกษานี้แบ่งเกณฑ์อายุน้อยกว่า 20 ปี 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปีจึงทำให้เกณฑ์แตกต่างกัน และการศึกษานี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า แตกต่างจากการศึกษาของไสวรรณและคณะ พบว่าการไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอมีโอกาสมีพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่สมวัยเป็น 0.09 เท่าของเด็กที่มารดาฝากครรภ์สม่ำเสมอ มารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า 1.2 เท่า (95% CI 1.06-1.27) ของเด็กที่มารดาฝากครรภ์ครบเกณฑ์^(11,16) ทั้งนี้การศึกษานี้ได้แบ่งเกณฑ์การฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ อาจทำให้เกณฑ์การฝากครรภ์ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(14,15) การไม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า 1.44 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กปฐมวัยที่มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้สารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ในควันบุหรี่ และทาร์จะมีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดปามีน (dopamine) และนอร์อีพิเนฟริน (nor epinephrine) ส่งผลให้มีการขัดขวางการพัฒนาของเซลล์ประสาทของทารก มีการหดตัวของหลอดเลือดตามดลูก ทำให้เลือดผ่านรกลดลง ทารกจึงได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผลให้น้ำหนักแรกเกิดน้อย ขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์และก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยด้านมารดาและปัจจัยด้านเด็กเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นกับสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดู ประชากรของผู้ดูแลเด็กและพันธุกรรม^(20,21)

สรุป

เด็กปฐมวัยที่มารับบริการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยรวม ร้อยละ 11.0 เด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.6 พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 8.6 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 4.8 และด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม ภาวะโภชนาการไม่สมส่วน apgar score นาทีที่ 1 < 7 การมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของเด็ก และอายุครรภ์มารดา < 37 สัปดาห์ การศึกษานี้บ่งชี้ว่าพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดี ควรเพิ่มความตระหนักและมีแนวทางการเฝ้าระวังและการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ ควรเน้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กในกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และมารดาอายุครรภ์แรก < 37 สัปดาห์ โดยให้คำปรึกษาก่อนสมรส สนับสนุนให้มารดาตั้งครรภ์ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและคณะผู้บริหาร กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ได้ให้ความสนับสนุน และเจ้าหน้าที่หน้าคลินิกสุขภาพเด็กดี ผู้ปกครองเด็กวัยปฐมวัยที่อนุเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนกำลังใจจากครอบครัว อันเป็นที่รักยิ่ง ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สรรพม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อศิรานุรักษ์, ดวงพร แก้วศิริ. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2547; 2(1):3-10.
2. ศศิธรา พิชัยชาญณรงค์. แนวทางการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2556.
3. พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์; 2556
4. วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์ และนัยพินิจ คชภักดี. บทบาทของสมองต่อการพัฒนาการเด็ก. ใน: สุรีย์ ลักษณะสุจริตพงศ์ และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. สีวิ่ง จำกัด; 2561.
5. นิตยา คชภักดี. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร; 2554.
6. Bee H. The Growing Child New York: Harper Collins College Publishers; 1995.3-28,105-83.
7. World Health Organization Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. Child and adolescent health and development. Telaviv: Ankara Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
9. พนิด โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
10. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2557”. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2558.
11. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันนิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2560.
12. วิชัย เอกพลกร. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
13. พนิด โล่เสถียรกิจ, วิดาบุญเลื่อง, ฌอนมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, วรณภา กางกัน, พรณิชา ชุนหคันธรส, แฉ่งน้อย รูปแฉ่มและคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
14. ชลน่าน ศรีแก้ว. นโยบายยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก กระทรวงสาธารณสุข, 2556 [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2563] แหล่งข้อมูล: https://www.moph.go.th/document/581015moph_policy_hm.pdf
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2555.
16. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, จิรพงษ์ แสงทอง ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(1):15-25.

- 17.เยาวรัตน์ รัตนันต์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8; 2559 [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2563] แหล่งข้อมูล: <http://203.157.71.148/Information/center/research-web.pdf>
18. นิชรา เรื่องคารกานนท์. พัฒนาการและเขาวปัญหาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ; 2554.
- 19.ธัญพร เมฆรุ่งจรัส และอดิสรสุดา เพื่องฟู. ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.สียวิ้ง จำกัด.2561.
- 20.Bernardo, L. Horta, Rajiv Bahl., Jose, C. Martines & Cesar G. Victora. Evidence on the Long-Term Effects of Breastfeeding; a Systematic Review and Meta-Analyses.Geneva: World Health Organization; 2013.
21. Jaipaul Roopnarine L.J., Fouts N. H., Lamb, and E. M., and Lewis-Elligan Y. T. Mothers' and Fathers' Behaviors Toward Their 3- to 4- Month-Old Infants in Lower, Middle, and Upper Socioeconomic African American Families. Journal of Developmental Psychology.2005; 41(5): 723-32.
22. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ปราณี สุทธิสุนทร. การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2550; 5(1):105-18.