

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557

พนิต โล่เสถียรกิจ พ.บ.*

กรวิกา ภู่งวงษ์พันธุ์กุล ส.ด.**

มลลื แสนใจ วท.ม.***

วิยดา บุญเลื่อง พ.บ.*****

แนนน้อย รูปเข้ม ค.บ.*****

ดวงหทัย จันทร์เชื้อ ประ.ด.*****

สุคนธ์ สุวรรณบัณฑิตฐ์ วท.ม.*****

* ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

*** ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

***** ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

***** ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

***** ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

***** ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

วรรณภา กางก้น สค.ม.*

โชติรส พันธุ์พงษ์ พ.บ.***

ถนนมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ พบ.ม.. กศ.ม.*****

พรณิชา ชุณหะวัณธรส วท.ม.*****

เยาวรัตน์ รัตนันต์ พ.บ.*****

ฉลอง เรืองศรี พย.บ.*****

** ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

**** ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

***** ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ

***** ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

***** ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก

***** ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 31 จังหวัด กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กไทยอายุ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน รวมทั้งสิ้น 9,986 คน และบิดา มารดา หรือผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสัมภาษณ์บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็ก และแบบประเมินพัฒนาการ Denver II (ฉบับภาษาไทย) เก็บข้อมูล 10 เดือน ระหว่าง เมษายน 2557 - มกราคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 27.2 ลำช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 19.7 รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองและด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 8.9, 7.5 และ 6.7 ตามลำดับ ปัจจัยด้านแม่ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ โรคประจำตัวแม่ การฝากครรภ์คุณภาพ อายุเมื่อตั้งครรภ์ และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อาชีพผู้ดูแล รายได้ครัวเรือน การศึกษาผู้ดูแล การเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ การเล่นทานอย่างมีคุณภาพ อายุของผู้ดูแล และลักษณะครอบครัว ปัจจัยด้านเด็กที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ภาวะออกซิเจนแรกคลอดที่ 5 นาที ภาวะออกซิเจนแรกคลอดที่ 1 นาที ภาวะโภชนาการเด็ก อายุครรภ์แรกคลอด น้ำหนักแรกคลอด โรคประจำตัว การได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะให้บรรจุเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของชาติ เสริมความเข้มแข็งและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยใช้กลไกเขตสุขภาพและคณะกรรมการแม่และเด็ก มีการสำรวจพัฒนาการทุก 3-5 ปี และสร้างกระแสสังคม การเลี้ยงดูให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กเล่นและสื่อสารอย่างเหมาะสมกับอายุ

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็ก, มาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคม ที่ควรส่งเสริมพัฒนาเด็กให้เต็มศักยภาพเพื่อให้เจริญเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพ ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 200 ล้านคนที่พัฒนาการไม่สมวัย⁽¹⁾ จากการจัดลำดับความสามารถทางสติปัญญาเด็กไทยพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับระดับสติปัญญาเด็กในประเทศเอเชียหลาย ๆ ประเทศ เช่น สิงคโปร์ จีน เกาหลีใต้ เวียดนาม มาเลเซีย การสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ใน พ.ศ. 2550 ด้วยเครื่องมือ Denver II พบว่า เด็กทุกกลุ่มอายุมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 66.7 เมื่อแยกตามอายุ พบว่าเด็ก 1-3 ปี และ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่าง ๆ พบว่า ด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านภาษา โดยเฉพาะเด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า ถึงร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว⁽²⁾

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีหลากหลาย ทั้งทางด้านบวกและลบ ปัจจัยด้านพ่อ แม่ พบว่า การศึกษาของพ่อและแม่จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพ และภาวะโภชนาการของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ รวมทั้งด้านปัจจัยแวดล้อม ฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะส่งผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก⁽³⁾ ในส่วนการเลี้ยงดู ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กล่าช้าส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม⁽⁴⁾ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งสหรัฐอเมริกาได้แนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ เพื่อความบันเทิง⁽⁵⁾ และปัจจัยด้านเด็กที่สำคัญมากคือ ภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมาก

มาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักแรกคลอดน้อย^(6,7) ในด้านภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย มีค่าเฉลี่ยของระดับพัฒนาการ/เชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเด็กสูง⁽⁸⁾ เด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก แม้ได้รับการรักษาก็ไม่ช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับคืนมาได้ดังเดิม⁽⁹⁾ รายงานสรุปขององค์การอนามัยโลก ในพ.ศ. 2556 พบว่าการกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็กเพิ่มขึ้น 2.19-3.45 จุด⁽¹⁰⁾

ปัจจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้นสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กทั้งสิ้น ทั้งปัจจัยจากพ่อ แม่ ผู้ดูแล ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ พฤติกรรมการเลี้ยงดู รวมถึงปัจจัยจากตัวเด็กเอง จึงควรมีการศึกษาด้านการพัฒนารูปแบบการเลี้ยงดู และปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ วางแผนและประเมินผล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลจัดบริการสุขภาพมารดาและเด็กที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กไทยในเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) กลุ่มพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็ก และ (2) เด็กอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการหรือภาวะทางสมองที่มีผลต่อพัฒนาการ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบลำดับขั้น (three-stages cluster sampling) มีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่งทั้งสิ้น 31 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และสุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม ได้จำนวนตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 9,986 ราย

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูล

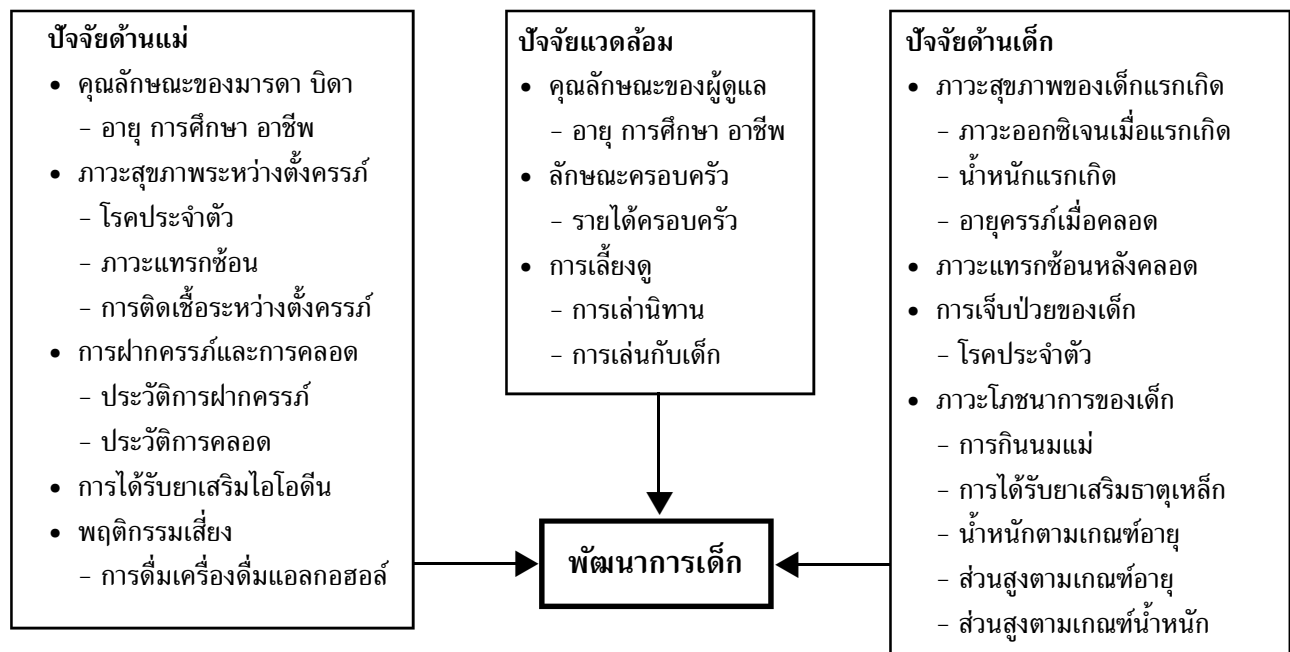
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยเกี่ยวกับเด็ก และปัจจัยแวดล้อม ดังแสดงในกรอบการวิจัย (ภาพที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย (1) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (2) แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็ก และ (3) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ฉบับภาษาไทย โดยเครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง (specificity 0.43-0.80)⁽¹¹⁾ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเมษายน 2557 – มกราคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ Odd Ratio และ 95%Confidential interval

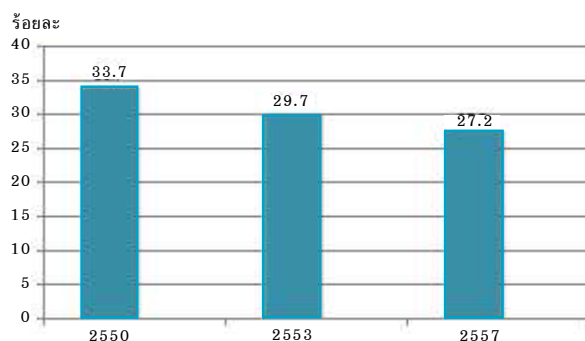
ผลการศึกษา

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการรวมล่าช้า ร้อยละ 27.2 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2550 และ 2553 ดังภาพที่ 2 เมื่อพิจารณารายด้าน เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 19.7 รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 8.9, 7.5 และ 6.7 ตามลำดับ ดังภาพที่ 3 เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ เด็กแรกเกิด-2 ปี และ เด็ก 3-5 ปี มีพัฒนาการรวมล่าช้า ร้อยละ 21.9 และร้อยละ 34.0 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้ามากกว่าร้อยละ 30.0 ได้แก่

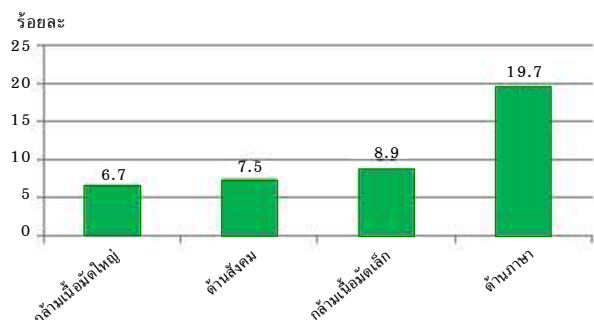
ภาพที่ 1 กรอบการวิจัย



ภาพที่ 2 สัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ปี 2550, 2553 และ 2557



ภาพที่ 3 พัฒนาการล่าช้ารายด้าน



เขตสุขภาพที่ 10 (อุบลราชธานี) ที่ 11 (สุราษฎร์ธานี) และที่ 8 (อุดรธานี) ดังภาพที่ 4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัยด้านแม่ที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อาชีพแม่ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โรคประจำตัวของแม่ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง อายุแม่เมื่อตั้งครรภ์ และการได้รับสารไอโอดีน โดยโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้า เป็น 1.9, 1.7, 1.3, 1.2, 1.2, และ 1.1 เท่าตามลำดับ

ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ อาชีพผู้ดูแล รายได้ครัวเรือน การศึกษาผู้ดูแล การเล่น และการเล่านิทานอย่างมีคุณภาพ อายุผู้ดูแล และลักษณะครอบครัว มีผลต่อพัฒนาการเด็กล่าช้า เป็น 1.9, 1.7, 1.5, 1.4, 1.4, 1.2 และ 1.1 เท่าตามลำดับ

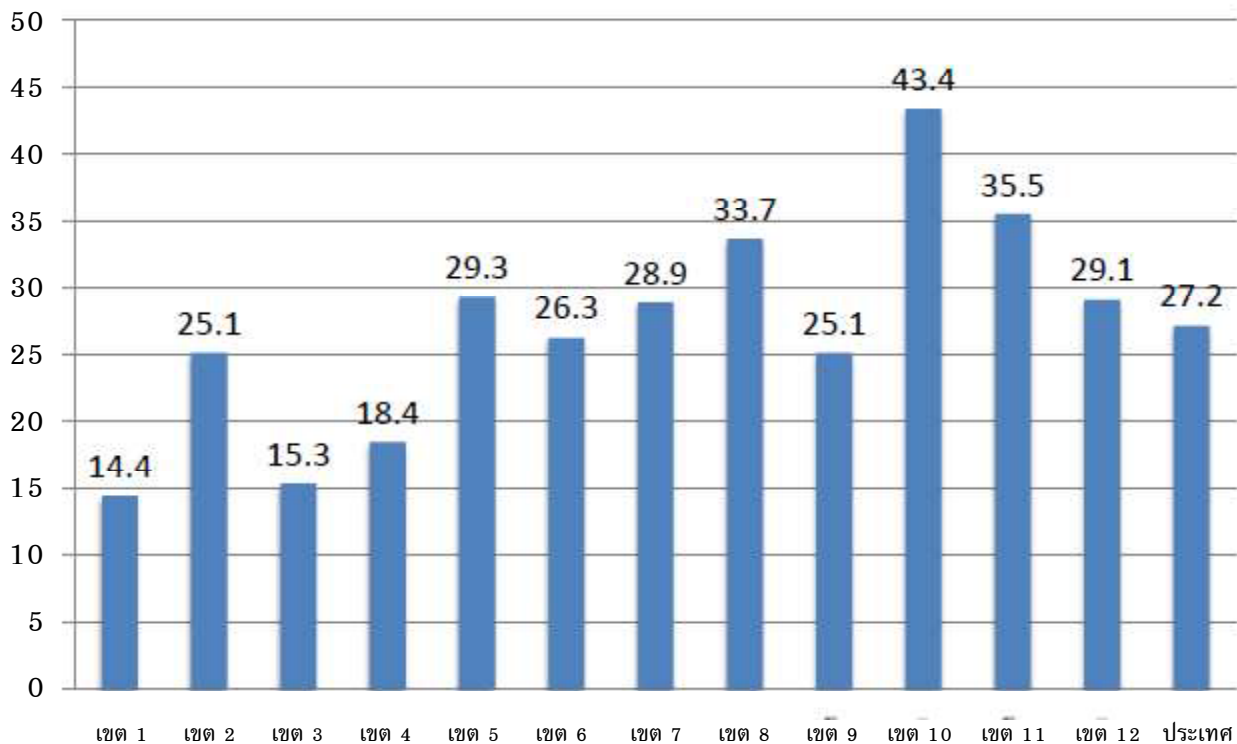
ปัจจัยด้านเด็ก ที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ภาวะออกซิเจนที่ 5 นาที และ 1 นาที ภาวะโภชนาการ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด โรคประจำตัวเด็ก การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และภาวะแทรกซ้อนในเด็ก โดยโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้า เป็น 3.6, 1.8, 1.5, 1.3, 1.3, 1.3, 1.2 และ 1.1 เท่าตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

วิจารณ์

พัฒนาการรวมเด็กปฐมวัยไทย ณ พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 72.8 ดีขึ้นกว่าการสำรวจในปี 2550 และ 2553 ที่พัฒนาการสมวัยร้อยละ 66.7 และ 71.3 ตามลำดับ พัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด - 2 ปี และอายุ 3-5 ปี ในปี 2557 เป็นร้อยละ 78.1 และ 66.0 ซึ่งดีกว่าในปี 2550

ภาพที่ 4 พัฒนาการล่าช้า รายเขตสุขภาพ พ.ศ.2557

ร้อยละ



หมายเหตุ:	เขต 1 เชียงใหม่	เขต 2 พิษณุโลก	เขต 3 นครสวรรค์	เขต 4 สระบุรี
	เขต 5 ราชบุรี	เขต 6 ระยอง	เขต 7 ขอนแก่น	เขต 8 อุดรธานี
	เขต 9 นครราชสีมา	เขต 10 อุบลราชธานี	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	เขต 12 สงขลา

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กไทย

	ปัจจัย	p-value	OR	95%CI
ปัจจัยด้านแม่				
อายุแม่เมื่อตั้งครรภ์	20-35 ปี / 36 ปีขึ้นไป	0.031	1.2	1.04-1.39
อาชีพแม่	รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ / เกษตรกรรม	<0.001	1.9	1.50-2.51
การฝากครรภ์	ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง / ไม่ครบ 5 ครั้ง	0.001	1.2	1.06-1.27
โรคประจำตัวแม่	ไม่มีโรคประจำตัว / มีโรคประจำตัว	<0.001	1.3	1.16-1.57
ภาวะแทรกซ้อนแม่	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน / มีภาวะแทรกซ้อน	<0.001	1.7	1.41-2.09
ได้รับยาเสริมไอโอดีน	ได้รับ / ไม่ได้รับ	<0.001	1.1	1.03-1.28
ปัจจัยแวดล้อม				
อายุผู้ดูแล	: 20-39 ปี / 60 ปี ขึ้นไป	0.001	1.2	1.05-1.46
การศึกษาผู้ดูแล	: ปริญญาตรี / สูงกว่า / ไม่ได้เรียนหนังสือ	<0.001	1.5	1.12-1.96
อาชีพผู้ดูแล	: รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ / เกษตรกรรม	<0.001	1.9	1.32-2.71
ลักษณะครอบครัว	: ครอบครัวขยาย / ครอบครัวเดี่ยว	0.007	1.1	1.04-1.24
รายได้ครัวเรือน	: 20,001 บาทขึ้นไป / ไม่เกิน 10,000 บาท	<0.001	1.7	1.47-1.90
การเล่นกับเด็ก	: เล่นอย่างมีคุณภาพ / ไม่มีการเล่นกับเด็ก	0.002	1.4	1.14-1.61
การเล่นิทาน	: เล่นอย่างมีคุณภาพ / ไม่เล่น	<0.001	1.4	1.26-1.61
ปัจจัยด้านเด็ก				
อายุครรภ์เมื่อคลอด	ครบกำหนด / ก่อนกำหนด	<0.001	1.3	1.13-1.49
น้ำหนักแรกคลอด	2,500 กรัมขึ้นไป / <2,500 กรัม	0.001	1.3	1.11-1.49
ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก	ได้รับ / ไม่ได้รับ	0.014	1.2	1.03-1.32
ภาวะออกซิเจนที่ 1 นาที	ปกติ / ขาดออกซิเจน	<0.001	1.8	1.42-2.42
ภาวะออกซิเจนที่ 5 นาที	ปกติ / ขาดออกซิเจน	<0.001	3.6	2.19-6.00
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน / มีภาวะแทรกซ้อน	0.050	1.1	1.00-1.26
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว / มีโรคประจำตัว	0.016	1.3	1.05-1.55
ภาวะโภชนาการ	สูงตามเกณฑ์ / ค่อนข้างเตี้ย	<0.001	1.5	1.31-1.81

ที่เป็นร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ โดยพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า มากที่สุด ร้อยละ 19.7

ปัจจัยสำคัญของการพัฒนาความสามารถการสื่อสารในเด็กคือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู การเล่นกับเพื่อน ๆ หรือผู้เลี้ยงดูประจำ และการอ่านหนังสือร่วมกับเด็ก⁽¹²⁾ เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กมีหลากหลาย ทั้งปัจจัยด้านบวกและด้านลบ ปัจจัยด้านแม่ ทั้งด้านประชากร

เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งอายุแม่ขณะตั้งครรภ์ (ที่มากกว่า 35 ปี) การศึกษาของแม่และผู้ดูแล (ต่ำกว่าปริญญาตรี) อาชีพ (เกษตรกรรม) รายได้ (ต่ำกว่า 10,000 บาท) เสี่ยงต่อการมีบุตรที่พัฒนาการล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาและรายงานที่แสดงว่า การศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพ สัมพันธ์กับสุขภาพ การเรียนรู้ และอารมณ์สังคมของเด็ก ซึ่งผลกระทบนี้มีตั้งแต่ในครรภ์จนถึงวัยผู้ใหญ่ กลไกผลกระทบนี้ เนื่องจากการเข้าถึงทรัพยากรของแม่หรือผลจากความเครียดของแม่ ภายในครอบครัว

และจากเพื่อนบ้าน⁽¹³⁻¹⁵⁾

การฝากครรภ์ครบ ไม่ครบ 5 ครั้ง ส่งผลน้อยต่อพัฒนาการเด็กและการฝากครรภ์น่าจะมีผลต่อสุขภาพมารดา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงดูและการดูแลสุขภาพบุตรมากกว่า⁽¹⁶⁾

สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และสุขภาพมารดา มีผลต่อพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะความเครียด ความซึมเศร้า มีผลระยะยาวต่อพฤติกรรมและอารมณ์ ความไม่ตั้งใจ และเด็กซนสมาธิสั้น (hyperactive child) รวมทั้ง น้ำหนักแรกคลอดน้อย และภาวะโภชนาการทารก เช่น น้ำหนักน้อย และตัวเตี้ย⁽¹⁷⁾

เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าไอโอดีน จำเป็นต่อการพัฒนาสมองทารกในครรภ์ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนระดับสติปัญญาจะต่ำลง 6.9-10.2 จุด ขึ้นกับเศรษฐกิจของครอบครัว อาหารที่หลากหลายในครอบครัว การศึกษาแม่ และการกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึง น้ำหนัก ส่วนสูง การคลอดก่อนกำหนดของเด็ก และการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ประกอบกับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไทยน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร ร้อยละ 51.3 บ่งชี้ว่า ประเทศไทยยังขาดสารไอโอดีนในบางพื้นที่⁽¹⁹⁾

ครอบครัวเดียวจะมีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าครอบครัวขยาย ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่อยู่ในครอบครัวขยาย จะได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นใกล้ชิด ช่วยเหลือกันดูแล เด็กและเด็กก็มีโอกาสได้สื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว หลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการเด็ก

เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จะส่งผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก⁽³⁾ เด็กในครอบครัวที่มีรายได้มากกว่าจะมีพัฒนาสมวัยมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าและโอกาสของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ และรายได้ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน มีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ 1.3 และ 1.4 เท่าตามลำดับ

พ่อแม่ที่เล่นกับลูกอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้พัฒนา-

การเด็กดีกว่าถึง 1.4 เท่า เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง การเลียนแบบ และความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัว คือ วิธีการสำคัญของครอบครัวที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ปฏิสัมพันธ์โดยตรงส่งผลต่อพัฒนาการสติปัญญา การเลียนแบบ และเรื่องของครอบครัว มีอิทธิพล ทั้งทางบวก/ ทางลบต่อความเชื่อมั่น ความเฉลียวฉลาด และความสำเร็จของเด็ก⁽²⁰⁾

พ่อแม่ที่อ่านหนังสืออย่างมีคุณภาพ ทำให้การพัฒนาการเด็กดีกว่า 1.4 เท่า การอ่านหนังสืออย่างนุ่มนวล ให้เด็กเล็ก จะก่อให้เกิดพลังต่อการสร้างประสบการณ์ทางภาษา เสริมพลังการอ่านให้เข้าใจอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จด้านการศึกษา ทักษะทางภาษาควรพัฒนา ก่อนอายุ 3 ปี ซึ่งทักษะนี้มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ รวมทั้งเพิ่มสมรรถนะแนวคิดและพฤติกรรม ทำให้สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ได้ดีรวมถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้

การสร้างสภาพแวดล้อมต่อการเรียนรู้ด้านภาษา ด้านการอ่านหนังสือให้ฟังมีหลักการสำคัญ 6 ประการ⁽²¹⁾ คือ

- 1) เด็กควรได้ฟังคำศัพท์มากๆ บ่อยๆ
- 2) เด็กจะเรียนรู้คำศัพท์เมื่อสนใจ
- 3) เด็กเรียนรู้ดีที่สุดเมื่อผู้ใหญ่ตอบสนองกับเด็ก
- 4) เด็กจะเรียนรู้คำศัพท์ได้ดีเมื่อเข้าใจ ความหมายที่ชัดเจน
- 5) คำศัพท์และไวยากรณ์ควรเรียนรู้ด้วยกัน
- 6) การอ่านทางบวกเต็มเต็มด้วยความรัก

ดังนั้น การอ่านหนังสือให้เด็กฟังเป็นส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมความสามารถทางภาษาในเด็ก

เด็กในประเทศกำลังพัฒนาที่มีภาวะขาดออกซิเจน เมื่อแรกเกิดและรอดชีวิตของหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ จะพบความผิดปกติของระบบประสาท ร้อยละ 31.0⁽²²⁾ เด็กที่ขาดออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีภาวะออกซิเจนเป็นปกติ ถึง 1.8 และ 3.6 เท่าตามลำดับ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังในขั้นตอนการรื้อคลอด และระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจน

ในเด็กแรกเกิด

การขาดธาตุเหล็กทำให้เกิดปัญหาหลายอย่าง ทั้งภาวะโลหิตจาง การเจริญเติบโตเด็กผิดปกติ ความผิดปกติของระบบประสาท และความจำในระยะยาว ทำให้พัฒนาการทางระบบประสาท การเรียนและพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งบางส่วนพบว่า เด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กการเรียนรู้และสติปัญญาบกพร่อง เมื่อเทียบกับเด็กที่ปกติ⁽²³⁾ องค์การอนามัยโลกแนะนำ ควรเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่ที่มีภาวะโลหิตจาง⁽²⁴⁾ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้มีมาตรการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในประชากรกลุ่มเสี่ยง สำหรับกลุ่มเด็กปฐมวัย ตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน พ.ศ.2556 ซึ่งได้กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁵⁾ แต่จากการศึกษาภาวะโลหิตจางในปี 2557 พบว่า เด็กอายุ 6 และ 9 เดือน มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 38.5 และ 27.8 ตามลำดับ⁽²⁶⁾ และภาวะโภชนาการที่ดีเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพดีตลอดชีวิต โดยเฉพาะในช่วงเจริญเติบโตตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 5 ปี ที่สมองและร่างกายกำลังเจริญเติบโต เด็กที่กินอาหารด้อยคุณค่าโภชนาการหรือไม่เพียงพอ มีผลให้เด็กผอม น้ำหนักน้อย ส่วนเด็กเตี้ย เกิดจากเด็กขาดอาหารเป็นเวลานาน เรื้อรัง ส่งผลให้การพัฒนาสมองไม่ดี ภูมิ-ต้านทานโรคต่ำ แต่ถ้ากินมากเกินไป ทำให้เด็กมีภาวะอ้วน เสี่ยงที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับขา เข่า และโรคเรื้อรัง⁽⁸⁾ เด็กเตี้ย และค่อนข้างเตี้ย จะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และค่อนข้างสูง เช่นเดียวกัน เด็กผอมจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กท้วมหรือรูปร่างสมส่วน

โดยสรุป พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยล่าช้า ร้อยละ 27.2 ในปี 2557 น้อยลงกว่าร้อยละ 37.7 ในปี 2550 แต่พัฒนาการด้านภาษายังคงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ คือล่าช้า ร้อยละ 19.7

ปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยด้านแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็ก

ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญ จึงเสนอแนะมาตรการและกลวิธีสำคัญที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เต็มศักยภาพ ดังนี้

1. ผลักดันในเรื่องการพัฒนาคนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีการดำเนินงานเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ
2. ในระดับเขตสุขภาพต้องมีการกำหนดมาตรการติดตาม เฝ้าระวังและสะท้อนปัญหาในประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับเขต รวมถึงพัฒนาระบบการบริหารจัดการเครือข่ายพัฒนาการเด็กในระดับจังหวัด
3. ใช้ระบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในการกำกับ ติดตาม มาตรฐานการดำเนินงานทั้งในเรื่องคุณภาพการฝากครรภ์ คุณภาพห้องคลอดรวมถึงในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. มีการติดตามเฝ้าระวังในเรื่องพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดให้มีการสำรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เป็นประจำทุก 3-5 ปี
5. สร้างกระแสสังคมในการเลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะในเรื่องการดื่มนมแม่ การเล่นและการเล่นิทานกับเด็ก รวมถึงการแนะนำการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิชรา เรือง-ดารกานนท์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุสุมา ชูศิลป์ ตรี.ประภาพรรณ จูเจริญ นายแพทย์สมศักดิ์ ภักทรกุล-วณิชช์ และรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา ที่ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางวิจัย ขอขอบคุณคณะเก็บข้อมูล ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัดทั้ง 31 จังหวัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม-สุขภาพตำบล ที่ได้ประสาน และอำนวยความสะดวก การเก็บข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์เด็กเล็ก อาสาสมัคร-สาธารณสุขมูลฐาน และผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs T, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries. *Lancet* 2007; 369:145-57
2. รัตโนทัย พลับรูการ, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, นิตยา คชภักดี, นิชา เรืองดารกานนท์, รวิวรรณ รุ่งไพโรจน์, จันทิภา พุกษานานนท์, และคณะ. วิเคราะห์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นวัย 1-5 ปี. ใน: วันดี นิงสานนท์, วินัดดา ปิยะศิลป์, สมิตร์ สุตรา, นันทา อ่วมกุล, รัตโนทัย พลับรูการ, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, และคณะ, บรรณาธิการ. สุขภาวะของเด็ก และวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552 กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์-เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552. หน้า 115-36.
3. Dickerson A, Popli G. Persistent poverty and children's cognitive development: evidence from the UK Millennium cohort study [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 2]. Available from: <http://www.equityforchildren.org/persistent-poverty-and-childrens-cognitive-development-evidence-from-the-uk-millennium-cohort-study/>
4. Isaranurug C, Nanthamongkolchai S, Kaewsiri D. Factors influencing development of children aged one to under six years old. *J Med Assoc Thai* 2005;88:86-90.
5. American Academy of Pediatrics. Media and children [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10]. Available from: [www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives /Pages /Media-and-Children.aspx](http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx)
6. Arnoudse-Moens CSH, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J, Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics* 2009;124:717-28.
7. Van der Spek ILVN, Franken MCJP, Weisglas-Kuperus N. Language functions in preterm-born children : a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129:745-54.
8. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ และการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด - 5 ปี. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2557.
9. Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD001444.
10. Horta BL, Victora CG. Long term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and standardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992;89:91-7.
12. จุฑามาศ วรโชติกำจร. พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
13. Dubow EF, Boxer P, Huesmann LR. Long-term effect of parent' educational and occupational success: mediation by family Interactions, child aggression, and teenage aspirations. *Merrill Palmer* 2009;55:224-49.
14. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002;53:371-99.
15. Benasich AA, Brooks-Gunn J. Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: association with family and child outcomes. *Child Dev* 1996;67:1186-205.
16. Noonan K, Corman H, Reichman NE. Effect of prenatal care on child health at age 5. *Mat child Hlth J* 2013;17: 89-99.
17. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva: World Health Organization; 2008.
18. Bougma K, Aboud FE, Harding KB, Marquis GS. Iodine and mental development of children 5 years old and under: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2013;5:1384-416.
19. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/files/urine_iodene56.pdf
20. Kagan J. The role of parents in children's psychological development. *Pediatrics* 1999;104:164-7.

21. Dickinson DK, Griffith JA, Golinkoff RM, Hirsh-Pasek K. How reading books fosters language development around the world. Child Development Res [Internet]. 2012 [cited 2013 May 30];article ID 602807. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cdr/2012/602807/>
22. Halloran DR, McClure E, Chakraborty H, Chomba E, Wright LL, Carlo WA. Birth asphyxia survivors in a developing country. J Perinato 2009;29:243-9.
23. Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG, Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. Pediatrics 2001;107:1381-6.
24. World Health Organization. Method of assessing iron status, Iron deficiency anemia assessment, prevention and control a guide for program managers. Geneva: World Health Organization; 2001.
25. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
26. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. พัฒนาการเด็กและโภชนาการในเด็กที่คาดหวัง: ข้อเสนอแนะบทบาทศูนย์อนามัยเพื่อการพัฒนา-การเด็กไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2557]. แหล่งข้อมูล: www.hpc4.go.th/director/data/mch/LaddaChildev25082014.pdf
27. Daelmans B, Black MM, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K, et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. BMJ 2015;351:h4029.

Abstract: Situation of Thai Childhood Development in 2014

Panit Losatiankit, M.D.*; Wannapa Kangkan, M.A. (Demography)*; Kronvika Pupongpunkul, Ph.D. (Public Health); Chotiros Phanpong, M.D.***; Malulee Saenjai, M.Sc. (Epidemiology)****; Thanomrat Prasith-thimet, M.S. (Demography), M.Ed. (Health Education)*****; Wiyada Bunleang, M.D.*****; Pornnicha Chunhakhantarot, M.Sc. (Public Health)*****; Nangnoi Toopcham, B.H. Econ.*****; Yoawarat Ratnan, M.N.S. (Midwifery)*****; Duanghatai Janchua, Ph.D. (Health Systems and Policy)*****; Chalong Rueangsri, B.N.S.*****; Sukhon Suwanbandit, M.Sc. (Nutrition)*******

** Health Promotion Center 3; ** Health Promotion Center 8 ; *** Health Promotion Center 10; **** Health Promotion Center 7; ***** Health Promotion Center 2; ***** Health Promotion Center 1; ***** Health Promotion Center 4; ***** Health Promotion Center 5; ***** Health Promotion Center 6; ***** Health Promotion Center 9; ***** Health Promotion Center 11; ***** Health Promotion Center 12, Thailand*

Journal of Health Science 2017;26:S199-S208.

This study aimed to explore and identify the situation and factors related to Thai childhood development. The case study groups were selected by cluster sampling from 31 provinces of Public Health Regions 1 – 12. There were altogether 9,986 children between ages 8 months 16 days to 5 years 11 months and 29 days; Their parents and relatives were also included. Data collection tools consisted of mother and child health record book, questionnaires and Denver II test (Thai version). The period of data collection was 10 months (April 2014 – January 2015). The statistics used for data analysis were percentage and logistic regression. It was found that delayed development of Thai childhood was 27.2 percent. The most delayed aspect was language (19.7%), fine motor (8.9%), personal social (7.5%) and gross motor (6.7%), respectively. Maternal factors that affected child development were career, complications during pregnancy, underlying diseases, antenatal care quality, pregnant aged and iodine medication during pregnancy. Environmental factors were quality of babysitters, household income, quality of storytelling and playing with children, and family characteristic. Children factors were birth asphyxia at 5 and 1 minute, nutritional status, gestational age at delivery, birth weight, underlying diseases, iron supplements and birth complications. Recommendations to promote child development include inclusion of child development issues in the National Strategy, strengthen and improve health care system through regional health mechanism and maternal and child health board, regular child development surveillance (every 3–5 years), and building society for appropriate recreation and communication with their children.

Key words: child development, measure to promote child development