

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง

หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)*

จิรพงษ์ แสงทอง วท.ม. (การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ)**

ปัญญาวัฒน์ ไชยเมล์ Ph.D. (Public Health)***

สมเกียรติยศ วรเดช Ph.D. (Public Health)***

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

** กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

*** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

วันรับ:	19 มิ.ย. 2560
วันแก้ไข:	12 ก.พ. 2561
วันตอบรับ:	20 ก.พ. 2561

บทคัดย่อ การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง ประชากรที่ทำการศึกษา คือ เด็กที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 และได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 1,182 คน ตัวแปรที่สนใจ คือ พัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยจำแนกออกเป็น (1) พัฒนาการปกติ (2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า และ (3) พัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาความชุกของพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง พบว่า เด็กช่วงอายุ 1 2 และ 3 ปี มีพัฒนาการปกติร้อยละ 100.00 สำหรับเด็กช่วงอายุ 4 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการปกติ สงสัยล่าช้า และล่าช้าเท่ากับร้อยละ 99.75, 0.17 และ 0.08 ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อเด็กอายุ 5 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการปกติและล่าช้าเท่ากับ ร้อยละ 89.26 และ 10.74 ตามลำดับ จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และควรมีการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงอายุ 4 และ 5 ปี เพื่อเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้อยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดปัญหาการมีพัฒนาการล่าช้า และการเรียนรู้ในเด็กวัยเรียนต่อไป

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็ก, พัฒนาการล่าช้า, เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมที่ให้ผลตอบแทนสูงถึง 6.7 - 17.6 เท่า⁽¹⁾ สุขภาพเด็กแรกเกิด

ถึงช่วงอายุ 5 ปี มีความสำคัญต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่เหมาะสม ซึ่งเด็กในวัยนี้จะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสมอง ซึ่งพัฒนาได้สูงถึงร้อยละ 80.00 เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่⁽²⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการอาจเกิดจากพันธุ-

กรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว⁽³⁾ หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้ารวมถึงพัฒนาการทางภาษา สติปัญญา การเคลื่อนไหว และสังคม⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามหากเด็กได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้นจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการได้ตามปกติ และลดภาระของครอบครัวและสังคมได้

จากรายงานสถานการณ์ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยองค์การอนามัยโลกในปี 2555 พบว่า เด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการล่าช้าสูงถึง ร้อยละ 15.00–20.00⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 4 ครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550 และ 2553 พบว่า เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33 และ 29.71 ตามลำดับ)⁽⁶⁾ เมื่อพิจารณาพบว่า ประมาณ 1 ใน 10 เด็กมีภาวะป่วยเป็นโรค (ร้อยละ 10.00) และประมาณ 1 ใน 5 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่สามารถกระตุ้นให้มีพัฒนาการสมวัยได้ (ร้อยละ 20.00) จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ประมาณ 1 ใน 5 มีพัฒนาการไม่สมวัย (ร้อยละ 22.00) และเด็กอายุ 3 – 5 ปี ประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการไม่สมวัย (ร้อยละ 34.00) นอกจากนี้จากรายงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 42 เดือน⁽⁷⁾ ในปี 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 12 ภาคใต้ตอนล่าง พบว่าเด็กประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการไม่สมวัย (ร้อยละ 30.80)

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กและสตรี⁽⁸⁾ โดยเน้นการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและการส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กซึ่งในกรณีที่พบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 5 ปี⁽⁹⁾ พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 5 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ

17.80) หรือประมาณ 1 ล้านคน เมื่อเทียบกับเด็กทั่วประเทศ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กในครั้งที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾ จากปัญหาดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง โดยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้เร่งรัดและดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ ซึ่งมีความครอบคลุมของการคัดกรองสูงถึงร้อยละ 94.50⁽¹¹⁾

จากการดำเนินงานด้านการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาสำรวจสภาพปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยอย่างครอบคลุมทั้งจังหวัดมาก่อน

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาการเด็กภายใต้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีจำนวนประชากรขนาดใหญ่ ซึ่งส่งผลให้การศึกษาที่มีความถูกต้องแม่นยำสูงเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าหรือพัฒนาการที่ผิดปกติในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นการกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากชุดฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง ประชากรที่ศึกษา คือเด็กที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 และได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก โดยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การควบคุมกำกับโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จนถึงวันที่ 31

ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 1,182 คน และทำการติดตามจนเด็กอายุครบ 5 ปี การศึกษาครั้งนี้ทำการตัดเด็กออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ในกรณีที่เด็กไม่มีผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการและไม่มีกรบันทึกในระบบฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กคือ แบบประเมินอนามัย 55 และ แบบประเมิน Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) เครื่องมือทั้งสองชนิดใช้สำหรับเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบประเมินอนามัย 55 ประกอบด้วย 44 ข้อ ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งแตกต่างจากแบบประเมิน DSPM ที่มีจำนวน 125 ข้อ ประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ซึ่งมีการจำแนกด้านภาษาออกเป็น 2 ส่วน คือ การเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา นอกจากนี้ แบบประเมิน DSPM ยังมีแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากชุดฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง นำข้อมูลประมวลผลและส่งออกเพื่อการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม MySQL Version 5.1.69 และ MS-Excel โดยมีแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) แฟ้ม PERSON (ข้อมูลเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา)
- 2) แฟ้ม NEWBORN (ข้อมูลวิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด ภาวะการขาดออกซิเจน การได้รับวิตามินเค และอาหารของทารกที่รับประทาน)
- 3) แฟ้ม ANC (ข้อมูลลำดับการตั้งครรภ์ และผลการตรวจครรภ์)
- 4) แฟ้ม PRENATAL (ข้อมูลการตรวจระดับฮีมาโตคริต และผลการตรวจอัลตราซาวด์)
- 5) แฟ้ม NUTRITION (ข้อมูลระดับพัฒนาการเด็ก) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และความชุกของพัฒนาการเด็ก

อายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากวัตถุประสงค์การวิจัยดังกล่าว ตัวแปรที่สนใจ (interested variable) คือ ระดับพัฒนาการ ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจกแจง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) พัฒนาการปกติ คือ ผลการประเมินที่เด็กสามารถปฏิบัติตามแบบคัดกรองในแต่ละช่วงวัยทำได้ผ่านทุกข้อ (2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า คือ ผลการประเมินที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติตามแบบคัดกรองในแต่ละช่วงวัยทำได้ข้อใดข้อหนึ่งหรือทำไม่ได้ทุกข้อ และ (3) พัฒนาการล่าช้า คือ เด็กกลุ่มที่มีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยมีการติดตามและประเมินผลซ้ำภายใน 1 เดือน ในกรณีที่เด็กยังไม่สามารถปฏิบัติได้จะถูกส่งต่อเพื่อพบกุมารแพทย์

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ E062/2559 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559)

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของมารดา บิดาและทารก พบว่า มารดาและบิดามีอายุเฉลี่ย 27.51 ปี (SD=6.49) และ 30.53 ปี (SD=7.19) ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาของมารดา พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 68.95) มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ค้าขาย/รับจ้าง (ร้อยละ 78.66) สำหรับการดูแลขณะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาส่วนใหญ่รับบริการการดูแลขณะตั้งครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 91.37) คลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติ (ร้อยละ 83.93) เกือบ 1 ใน 5 ของมารดามีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 18.65) และมารดาส่วนน้อยเป็นโรคหรือเป็นพาหะธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 2.12) ประมาณ 1 ใน 3 ของมารดาเป็นการคลอดบุตรคนแรก (ร้อยละ 37.56) และลำดับที่ 2 (ร้อยละ 37.56)

สำหรับข้อมูลของเด็กทารก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น

เพศชายและเพศหญิงจำนวนเกือบเท่า ๆ กัน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.58 และมีน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,078 (SD=435) กรัม มีภาวะขาดออกซิเจนร้อยละ 1.35 ประมาณ 1 ใน 5 ไม่ได้รับวิตามินเค เด็กทารกส่วนใหญ่กินนมแม่เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 99.03) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับความชุกของระดับพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ในช่วงปีที่ 1, 2 และ 3 ไม่พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้า อย่างไรก็ตาม ในปีที่ 4 ของการติดตาม พบว่า มีเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.17 และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.08 ใน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของมารดา บิดาและทารก (n=1,182)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุของมารดา (ปี) (n=1,181)			การรับบริการดูแลขณะตั้งครรภ์ครบตามเกณฑ์		
≤20	188	15.92	ครบตามเกณฑ์	102	8.63
21-30	597	50.55	ไม่ครบตามเกณฑ์	1,080	91.37
31-40	372	31.50	วิธีการคลอด		
41-50	24	2.03	ปกติ	992	83.93
Mean±SD = 27.51 ± 6.49, Min:Max = 14:49			ผิดปกติ	190	16.07
อายุของบิดา (ปี) (n=938)			ผลการตรวจขณะได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์		
≤20	70	7.46	ปกติ	440	37.22
21-30	398	42.43	ผิดปกติ	173	14.64
31-40	396	42.22	ไม่ทราบ	569	48.14
41-50	66	7.04	ผลการตรวจฮีมาโทคริต (n=488)		
51-60	7	0.75	ปกติ	397	81.35
>60	1	0.10	ผิดปกติ (<33%)	91	18.65
Mean±SD = 30.53 ± 7.19, Min:Max = 12:68			ผลการตรวจธาลัสซีเมีย		
สถานภาพการสมรสของมารดา			ปกติ	450	38.07
คู่	782	66.16	ผิดปกติ	25	2.12
โสด/ม้าย/หย่า/แยก	250	21.15	ไม่ทราบ	707	59.81
ไม่ทราบ	150	12.69	ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ระดับการศึกษาของมารดา			ครรภ์ที่ 1	444	37.56
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	329	27.83	ครรภ์ที่ 2	445	37.65
มัธยมศึกษา	507	42.89	ครรภ์ที่ 3	187	15.82
อนุปริญญาขึ้นไป	224	18.95	ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	106	8.97
ไม่ระบุ	122	10.32	เพศของทารก		
อาชีพของมารดา (n=1,181)			ชาย	600	50.76
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	2.96	หญิง	582	49.24
เกษตรกร	511	43.27			
ค้าขาย/รับจ้าง	418	35.40			
แม่บ้าน/ไม่มีงานทำ	217	18.37			

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของมารดาบิดาและทารก (n=1,182) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกคลอด (n=1,068)			การได้รับวิตามินเค		
ปกติ ($\geq 2,500$ กรัม)	987	92.42	ได้รับ	964	81.56
ต่ำกว่าเกณฑ์ ($< 2,500$ กรัม)	81	7.58	ไม่ได้รับ	218	18.44
Mean \pm SD = 3,078.53 \pm 435.74			การกินนมแม่ (n=1,031)		
Min:Max = 1,240:4,560			นมแม่อย่างเดียว	1,021	99.03
ภาวะขาดออกซิเจน			นมแม่และน้ำ/นมผสม	10	0.97
ปกติ (ไม่ขาด)	1,166	98.65			
ผิดปกติ (ขาด)	16	1.35			

ส่วนของปีที่ 5 ของการติดตาม พบว่า มีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 10.74 ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

โดยสรุปจากการศึกษาระดับความชุกพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง พบว่า ในช่วงอายุปีที่ 1 2 และ 3 เด็กมีพัฒนาการปกติร้อยละ 100 ส่วนในช่วงอายุปีที่ 4 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 0.17 และพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 0.08 ตามลำดับ และในช่วงอายุปีที่ 5 เด็กมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 10.74

จากการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2553 ถึง 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและรณรงค์ให้บุคลากร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิมีการเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็ก โดยใช้แบบประเมินอนามัย 49 และอนามัย 55 เป็นแบบเฝ้าระวังในการติดตามพัฒนาการเด็ก อย่างไรก็ตามเครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่มีความไว (sensitivity) ต่ำ และมีความจำเพาะ (specificity) สูง⁽¹²⁾ อาจเกิดความผิดพลาดในการตรวจคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ส่งผลให้จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและไม่พบความผิดปกติของพัฒนาการล่าช้าในช่วง 3 ขวบปีแรกของการติดตาม

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก⁽¹³⁾ จากเดิมมาเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and

ตารางที่ 2 ระดับพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดพัทลุง (n=1,182)

อายุ (ปี)	จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรอง		ระดับพัฒนาการ					
			ปกติ		สงสัยล่าช้า		ล่าช้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	401	33.93	401	100.00	0	0.00	0	0.00
2	367	31.05	367	100.00	0	0.00	0	0.00
3	361	30.55	361	100.00	0	0.00	0	0.00
4	1,182	100.00	1,179	99.75	2	0.17	1	0.08
5	1,182	100.00	1,055	89.26	0	0.00	127	10.74

promotion manual : DSPM) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความไว (Sensitivity=96.04) สูง และมีความจำเพาะ (Specificity=64.67) ต่ำ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ในกรณีที่คัดกรองแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการผิดปกติหรือสงสัยล่าช้า สามารถส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อคัดกรองซ้ำ และการส่งต่อ จากผลการดำเนินงานการคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุ 5 ขวบปีแรก พ.ศ. 2558 จังหวัดพัทลุง พบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าสูงถึงร้อยละ 10.74 ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการและบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลให้มีการคัดกรองตรวจพัฒนาการเด็กที่มีความผิดปกติเพิ่มสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ พบว่า ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด มีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ คุณลักษณะทางประชากรด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพของบิดามารดา การเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร โภชนาการ และพฤติกรรมความเสี่ยงดู มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 5 มีวิธีการคลอดผิดปกติ (ร้อยละ 16.07) และผลการตรวจขณะการตั้งครรภ์ผิดปกติ (ร้อยละ 14.64) มารดามีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 18.65) เป็นโรคหรือเป็นพาหะธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 2.12) ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 7.58) และมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (ร้อยละ 1.35) จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้พบความชุกของภาวะพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างนี้

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bedregal P, et al.⁽¹⁶⁾ ซึ่งศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชนเขตนครหลวงในประเทศชิลี ในเด็กอายุ 30-58 เดือน จำนวน 1,045 คน พบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 14.40 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม ยนต์เจริญล้ำ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมความเสี่ยงดูและ

ภาวะสุขภาพเด็กที่คลอดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ในเด็กที่คลอดจากมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 304 คน พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 5 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 20.00) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมย์ คุ่มรักษาและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาสภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการติดตามประเมินพัฒนาการของเด็กด้วยแบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ (แบบประเมินอนามัย 55) ในกลุ่มเด็กจำนวน 1,159 คน จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 5 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 19.50)

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ กชกร วัชรสุนทรกิจ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตตรวจราชการที่ 17 (จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์) จำนวน 500 คน พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 33.97) และแตกต่างจากการศึกษาของกาญจณา เอกปัทมา และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปี ที่มารับบริการตรวจพัฒนาการที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดแพร่ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็ก DSI ของกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 26.90) นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ⁽³⁾ ที่ศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย (จังหวัดแพร่ บุรีรัมย์ สระบุรี และกรุงเทพมหานคร) ในเด็กจำนวน 224 คน โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 30.00) อีกทั้ง การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธรร และคณะ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในกลุ่มเด็กจำนวน 4,885 คน โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II และพบว่า เด็กประมาณ

1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า (ร้อยละ 27.20)

ทั้งนี้จากการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองพัฒนาการที่ต่างกันไปอาจส่งผลความผิดปกติของพัฒนาการในเด็กที่ต่างกันไป เนื่องจากการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองพัฒนาการชนิด Denver II เป็นการประเมินพัฒนาการตามกลุ่มวัยอายุของเด็กในด้านต่างๆ ซึ่งครอบคลุมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor) การเข้าใจภาษา (Receptive language) การใช้ภาษา (Expressive language) และการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and social) จำนวน 125 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กต้นแบบที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาประยุกต์และพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (อนามัย 55) และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ดังนั้นจึงส่งผลให้การศึกษาดังกล่าวข้างต้น สามารถพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้มากกว่าการศึกษาที่ใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ส่งผลกระทบยาวต่อการพัฒนาทั้งในระบบบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ และควรจัดให้มีการติดตามการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือดังกล่าว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง และรวมทั้งควรให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ให้ครอบคลุมเพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้มีพัฒนาการที่สมวัย ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet* 2011;378:1325-38.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
3. สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุกฤษ และดวงพร แก้วศิริ. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 2547; 2:3-10.
4. อารีรัตน์ ขำอยู่, มณีรัตน์ ภาครูป, จินตนา วัชรสินธุ์, นุจรี เนตรทิพย์ และวรรณิ เตียววิศเรศ. พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรมการพัฒนาชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2545; 10: 1-12.
5. 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*. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
7. สำนักตรวจและประเมินผลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการเด็กไทย ประจำปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร: ทีเอสอินเตอร์พรีนซ์; 2558.
8. ชลน่าน ศรีแก้ว. นโยบายยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: https://www.moph.go.th/document/581015moph_policy_hm.pdf
9. ปรีญนุช ชัยกองเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* 2561;5: 161-71.

10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจสถานะพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัยปี พ.ศ. 2550 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ม.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: www.saiyairakhospital.com/back-office/upload/document/aaaa.doc
11. คณะทำงานประเมินคุณภาพระบบข้อมูล 43 แห่ง เขตสุขภาพที่ 12. ผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.229.33/archives/Files/general_doc/saroop2_2559.pdf
12. ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ, รัตโนทัย พลบูรณ์ และชุลีพร ตีระเศรษฐ์ศักดิ์. การศึกษาผลของการประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบอนามัย 49 เทียบกับการประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการ Denver II ในเด็กอายุ 6 และ 12 เดือน. *กุมารเวชสาร* 2553;17:72-8.
13. ชลทิศ อรุณฤกษ์กุล. Child development series [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: www.hpc4.go.th/director/dspm
14. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศวรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2561;5:281-596.
15. Chaimay B, Thinkhamrop B and Thinkhamrop J. Risk factors associated with language development problems in childhood – a literature review. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:1080-6.
16. Bedregal P, Hernandez V, Mingo V, Castanon C, Valenzuela P, Moore R, et al. Early child development inequalities and associated factors between public and private providers at Metropolitan Region in Chile. *Rev Chil Pediatr* 2016;87:351-8.
17. ประทุม ยนต์เจริญล้ำ, บุญสนอง ภิญโญ, อ้อยทิพย์ สุทธิ-ประมา, มธุรส เพ็ชรดี, รัชดาวรรณ บุญมีจิ๋ว, ปวีณา เมณฑกุล, และคณะ. พฤติกรรมการเลี้ยงดูและภาวะสุขภาพเด็กที่คลอดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี. *รายงานประจำปีศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก* 2552;20:55.
18. นิรมัย คุ่มรักษา, พรพิมล ธีรนนท์, ศุภรพรรณ ศรศิริรัศมี, เอกชัย เกิดสวัสดิ์, บุศราศุภพันธ์. สภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2557; 22:76-83.
19. กชกร วัชรสุนทรกิจ, ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์, อ้อยทิพย์ สุทธิ-ประมา, มธุรส เพ็ชรดี, รัชดาวรรณ บุญมีจิ๋ว, ปวีณา เมณฑกุล, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขต 17. *รายงานประจำปีศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก* 2552;20:54.
20. กาญจนา เอกปรัชญา, ศรีนยา พงศ์พันธุ์ และโสภาวดี แสนศิริวงศ์. ภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปี จังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2552;18:71-6.
21. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. การศึกษาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557. *กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย* [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://inspection.anamai.moph.go.th>

Abstract: Prevalence of Child Development Delay among Children Aged under 5 Years Old in Phatthalung Province

Nuengruetai Kue-iad, M.Sc. (Health System Management)*; Jirapong Sangthong, M.Sc. (Management of Information Technology); Bhunyabhadh Chaimay, Ph.D. (Public Health)***; Somkiattiyos Woradet, Ph.D. (Public Health)*****

** Klongkud Primary Care Unit, Muang District, Satun Province; ** Public Health Strategic and Developmental Department; Phatthalung Provincial Health Office, Phatthalung Province; *** Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28:215-23.

The objective of this retrospective descriptive study was to investigate the prevalence of delayed child development among children aged under 5 years old. The population of the study was children born in Phatthalung Province between January and December 2010. Totally, 1,182 children were included. They were followed and screened for the level of growth and development by health professional until 31 December 2015. The main variable was child development level which was classified into 3 groups as follow: (1) normal, (2) suspected-delayed development, and (3) delayed development. The data was analyzed by descriptive statistics. It was found that all children aged 1 - 3 years old had normal development. However, at aged 4 they were found to have normal, suspected-delayed and delayed development at the percentage of 99.75, 0.17 and 0.08, respectively. In addition, children aged 5 years old shows normal and delayed development at 89.26% and 10.74%, respectively. The findings suggested that delayed development is increasingly common when children grow-up; and thus health professional should pay more attention on child development screening among children aged under 5 years old and continue to follow children with suspected-delayed development in order to promote and stimulate development so as to attain normal level, particularly among children aged at 4 and 5 years old. Such practice should reduce the prevalence of delayed child development delayed and prevent learning disability among school children.

Keywords: child development, delayed development, children under 5