

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2569

จุฑามาศ พุกรอด
กาญจนา พันธุ์พานิช
ภักดิ์สร มุกดาเกษม
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดต่อคุณภาพประชากรและการขับเคลื่อนประเทศ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันบริบททางเศรษฐกิจและโครงสร้างครอบครัวสร้างความท้าทายอย่างต่อเนื่องต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย และวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัว ตัวเด็ก การจัดบริการ และพฤติกรรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 ประจำปี พ.ศ. 2569

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 8 เดือน – 5 ปี และผู้ปกครอง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 320 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสอบถามผู้เลี้ยงดูหลัก และประเมินพัฒนาการเด็กด้วย Denver II วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 66.6 และพบภาวะสงสัยล่าช้าร้อยละ 33.4 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สมวัยมากที่สุด (ร้อยละ 88.4) รองลงมาคือด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (ร้อยละ 87.2) ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 77.2) และด้านที่สมวัยน้อยที่สุดคือด้านภาษา (ร้อยละ 69.4) โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี มีอัตราพัฒนาการสมวัยต่ำสุดเพียงร้อยละ 62.6 และมีปัญหาพัฒนาการด้านภาษา สงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 38.5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการ จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับเด็ก ($p=0.013$) ผู้เลี้ยงดูหลัก ($p=0.045$) เพศของเด็ก ($p=0.000$) และความพึงพอใจในภาพรวมในการรับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ($p=0.032$) โดยกลุ่มที่น่ากังวลที่สุด คือ เด็กเพศหญิงและกลุ่มที่มีปูย่าตายายสืบสายโลหิตเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งมีสัดส่วนภาวะสงสัยล่าช้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่ออายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หรือพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ที่บ้าน เนื่องจากผู้ปกครองมากกว่าร้อยละ 44.9 ไม่เคยนำคู่มือมาใช้ฝึกทักษะเด็กเลย

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 ต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ และมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายควรเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ในระดับครัวเรือน โดยเฉพาะกลุ่มครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลัก ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพ และการพัฒนาช่องทางสื่อสารในคลินิกสุขภาพเด็กดีเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: พัฒนาการ; เด็กปฐมวัย; เขตสุขภาพที่ 5; ผู้เลี้ยงดูหลัก; คลินิกสุขภาพเด็กดี

Early Childhood Development Status and Influencing Factors in Health Region 5, 2026

Juthamat Pukrod, Kanchana Phanphanit, and Papussorn Mukdakaseam
Health Promotion Center Region 5, Ratchaburi

Abstract

Early childhood development is a critical determinant of lifelong human capital and national development. However, shifting socioeconomic conditions and changing extended family structures create substantial hurdles for child rearing. This study aimed to investigate the early childhood development status and analyze the familial, child-specific, healthcare service, and caregiving factors influencing development within Health Region 5 in 2026.

This cross-sectional descriptive research surveyed a sample of 320 children aged 8 months to 5 years and their primary caregivers across Health Region 5. Research instruments included the Data collection Maternal and Child Health Handbooks and a structured contextual questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means, standard deviations) and inferential statistics (Chi-square test).

Results Developmental Status: Overall, 66.6% of children exhibited normal development, while 33.4% showed suspected developmental delays. Domain-specific analysis indicated that gross motor skills had the highest normal rate (88.4%), followed by fine motor skills (87.2%), and personal-social skills (77.2%). Language development presented the lowest normalcy rate at 69.4%. Notably, children aged 3–5 years demonstrated the lowest overall normal development rate (62.6%), with a prominent language delay suspected in 38.5% of this age cohort. **Influencing Factors:** Chi-square analysis revealed that factors significantly associated with overall childhood development ($p < 0.05$) were the relationship of the interviewee to the child ($p=0.013$), the primary caregiver ($p=0.045$), the child's gender ($p=0.000$), and the overall satisfaction with services at the Well-Child Clinic ($p=0.032$). The highest vulnerability for developmental delays was observed in female children and those primarily cared for by grandparents. Conversely, parental age, education, occupation, income, and home adherence to the DSPM manual did not reach statistical significance, largely because 44.9% of caregivers admitted to never using the manual for child-rearing activities at home.

Conclusion and Recommendations: The childhood development indicators in Health Region 5 remain under national thresholds and degrade as age progresses. Public health departments must overhaul the dissemination and implementation strategy of the DSPM manual at the household

level, especially in extended families managed by elderly caregivers. Restructuring educational outreach programs within Well-Child Clinics is essential to yield sustainable developmental outcomes.

Keywords: Early Childhood Development; Health Region 5; Primary Caregiver; Well-Child Clinic

1. บทนำ

ช่วงเวลาปฐมวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 5 ปีบริบูรณ์ ถือเป็น "หน้าต่างแห่งโอกาส" ที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาสมองและระบบประสาทของมนุษย์ การเจริญเติบโตในช่วงวัยนี้มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างทักษะทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นรากฐานของประชากรที่มีคุณภาพในอนาคต ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) มาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสถานะเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดในภาคตะวันตกและภาคกลางตอนล่าง โครงสร้างครอบครัวไทยได้เปลี่ยนผ่านไปสู่สังคมผู้สูงอายุและครอบครัวขยาย พ่อแม่วัยทำงานจำเป็นต้องประกอบอาชีพรับจ้างนอกบ้าน ส่งผลให้ภาระหน้าที่การดูแลเด็กตกอยู่กับปู่ย่าตายายหรือญาติผู้ใหญ่ที่มีช่องว่างระหว่างวัยสูง ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาสุขภาพของมารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ ตลอดจนพฤติกรรม การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากคู่มือพัฒนาการของรัฐยังเป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ส่งผลให้สถานการณ์พัฒนาการเด็กไทยในหลายพื้นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2569 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ ในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนออกแบบโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัยอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในภาพรวมและแยกรายด้าน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะของตัวเด็ก การเข้าถึงระบบบริการ และพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทต่างๆ กับสถานะพัฒนาการโดยรวมของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5

3. สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดูหลักและโครงสร้างครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการโดยรวมของเด็กปฐมวัย
2. คุณลักษณะของตัวเด็ก (เช่น เพศ และสุขภาพ) มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
3. การจัดบริการสาธารณสุขและระดับความพึงพอใจในการรับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการโดยรวมของเด็กปฐมวัย

4. ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ มารดา หรือบิดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่ดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่อง และเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1. ผู้เลี้ยงดูเด็กหลัก ได้แก่ บิดา หรือมารดา หรือบุคคลในครอบครัว ที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด และดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 2. เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดราชบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีสัญชาติไทย ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม, ความพิการทางสมอง (Cerebral Palsy) , ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก และเด็กยินยอมให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์

การคำนวณขนาดและการสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตสุขภาพ ใช้วิธีการจากโครงการวิจัยพัฒนาการเด็กปฐมวัย กับนโยบายและการจัดการในประเทศไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณที่ทราบจำนวนประชากร (Levy & Lemshow, 2013⁷) ใช้ค่าความชุกของเด็กมีพัฒนาการล่าช้ารวมที่ร้อยละ 26 ด้วยความเชื่อมั่น 95 % และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของพัฒนาการล่าช้าไม่เกิน 5 % ของความชุก จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากเขตสุขภาพ และได้แบ่งจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยสูง กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยต่ำ ทำการสุ่มมา 1 จังหวัดจากแต่ละกลุ่มโดย Simple Random Sampling ได้ 2 จังหวัดต่อเขตสุขภาพ ในแต่ละจังหวัดได้สุ่มตัวอย่างอำเภอ 1 อำเภอ ในแต่ละอำเภอที่สุ่มตัวอย่างได้อำเภอละ 2 ตำบล โดยจังหวัดในเขตสุขภาพที่สุ่มได้ คือ จังหวัดราชบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 320 คู่ โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน (n = 304)

เขตสุขภาพ	จังหวัด	อำเภอ/เขต	ตำบล/แขวง	จำนวน (n)
เขต 5	ประจวบคีรีขันธ์	ทับสะแก	เขาล้าน	76
			ทับสะแก	76
	ราชบุรี	สวนผึ้ง	สวนผึ้ง	76
			ตะนาวศรี	76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากครอบครัวเด็กปฐมวัยในเด็ก 2 กลุ่มอายุ (เด็ก 8 เดือน – 2 ปี 11 เดือน 29 วัน และ เด็ก 3 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่มารับบริการในหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดราชบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 ในเขตสุขภาพที่ 5 โดยการสัมภาษณ์ครอบครัว คือ ผู้เลี้ยงดูหลักในเด็ก การตรวจประเมินจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยแบบประเมิน DENVER II ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องพัฒนาการเด็ก โดยมีการทำความเข้าใจร่วมกับทีมเพื่อเตรียมกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บเอกสาร รวมถึงการชักชวนให้เกิดองค์ความรู้ที่เท่ากัน และเกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งเมื่อตรวจสอบข้อมูล จัดการข้อมูลสูญหาย และคัดข้อมูลของเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี 11 เดือน 29 วันออกไป ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามผู้เลี้ยงดูหลัก ใช้เครื่องมือของโครงการวิจัยพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับนโยบายและการจัดการในประเทศไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน ข้อมูลแม่ ข้อมูลเด็ก การจัดการบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM และผลการตรวจพัฒนาการเด็ก
2. การประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลที่มีสเกลบอกค่าน้ำหนักได้ละเอียด 100 กรัม (0.1 กิโลกรัม) เครื่องวัดความยาว/ที่วัดส่วนสูง และกราฟการเจริญเติบโต
3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)⁸
4. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II⁹ ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและปรับตัว ด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย ภายใต้รหัสโครงการวิจัยที่ 844/2568 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2568 แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และลักษณะการดำเนินโครงการวิจัย โดยผ่านผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวนผึ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทับสะแก และรายละเอียดการพิทักษ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีข้อบังคับใดๆ รวมถึงการอธิบายวิธีการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะเป็นการนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยหรือระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด ไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

5. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5

จากการประเมินเด็กปฐมวัยจำนวน 320 คน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมทุกด้าน ร้อยละ 66.6 และพบภาวะสงสัยล่าช้า ร้อยละ 33.4 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มีพัฒนาการสมวัยมากที่สุด ร้อยละ 88.4 รองลงมาคือ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 87.2 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 77.2 และด้านที่สมวัยน้อยที่สุดคือด้านภาษา ร้อยละ 69.4 เมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มเด็กเล็ก (8 เดือน - 2 ปี) มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านสูงถึง ร้อยละ 71.7 แต่ในกลุ่มเด็กโต (3 - 5 ปี) อัตราพัฒนาการสมวัยลดลงเหลือ ร้อยละ 62.6 โดยพัฒนาการด้านภาษาในกลุ่มเด็กโตอายุ 3-5 ปี เป็นปัญหาที่วิกฤตที่สุด โดยพบว่ามีพัฒนาการสมวัยเพียง ร้อยละ 61.5 และสงสัยล่าช้าสูงถึง ร้อยละ 38.5 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: ร้อยละของเด็กจำแนกตามสถานะพัฒนาการภาพรวม รายด้าน และกลุ่มอายุ (n = 320)

พัฒนาการ	กลุ่มอายุ 8 เดือน - 2 ปี (ร้อยละ)	กลุ่มอายุ 3 - 5 ปี (ร้อยละ)	ภาพรวมอายุ 8 เดือน - 5 ปี (ร้อยละ)
พัฒนาการโดยรวม			
- สมวัย	71.7	62.6	66.6
- สงสัยล่าช้า	28.3	37.4	33.4
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง			
- สมวัย	76.8	77.5	77.2
- สงสัยล่าช้า	23.2	22.5	22.8
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก			
- สมวัย	90.6	84.6	87.2
- สงสัยล่าช้า	9.4	15.4	12.8
ด้านภาษา			
- สมวัย	79.8	61.5	69.4
- สงสัยล่าช้า	20.2	38.5	30.6
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่			
- สมวัย	87.0	89.6	88.4
- สงสัยล่าช้า	13.0	10.4	11.6

ส่วนที่ 2: ปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลของผู้เลี้ยงดูและครอบครัว

จากการศึกษารายละเอียดประชากรศาสตร์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 71.6 และมารดาทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 60.3 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.13 ปี (อายุต่ำสุด 16 ปี และสูงสุด 80 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 47.5 และส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 43.4 สำหรับข้อมูลของบิดามีอายุเฉลี่ย 33.28 ปี (อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 62.8) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 61.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 73.1 ส่วนมารดามีอายุเฉลี่ย 30.81 ปี (อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 70.0) จบมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 62.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.3 โดยพบว่ามารดา ร้อยละ 11.6 มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง และโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3: ปัจจัยด้านตัวเด็กและการเลี้ยงดู

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.3 และเพศหญิง ร้อยละ 49.7 เด็กเกือบทั้งหมดคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 99.1) มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,044.38 กรัม โดยพบเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (< 2,500 กรัม) สูงถึงร้อยละ 10.9 เด็กส่วนใหญ่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงถึง ร้อยละ 30.3 ซึ่งสาเหตุหลัก 3 อันดับแรก คือ ภาวะตัวเหลืองและต้องส่องไฟ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวต้องได้รับออกซิเจน และภาวะปอดติดเชื้อ นอกจากนี้เด็กมีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.1 ซึ่งโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ หอบหืด ธาราล์ซีเมีย และไส้เลื่อน ทางด้านการเจริญเติบโตพบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.2 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.7 ในด้านพฤติกรรมและการเลี้ยงดู พบว่า เด็กได้รับนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน ร้อยละ 40.8 และมีเด็กเพียง ร้อยละ 65.0 ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยกินสม่ำเสมอทุกสัปดาห์เพียงร้อยละ 58.4

ส่วนที่ 4: ปัจจัยด้านการจัดบริการ การเข้าถึง และพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM

ในด้านระบบบริการสาธารณสุข ผู้เลี้ยงดูหลักพาเด็กไปรับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ของรัฐ สูงถึง ร้อยละ 98.4 และมีความสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 99.2 โดยมีระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงสถานพยาบาลเพียง 6.29 กิโลเมตร และร้อยละ 91.0 ใช้ระยะทางน้อยกว่า 10 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 30 นาทีกว่า ร้อยละ 92.2 ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 75.9 และมีความพึงพอใจในบริการภาพรวมระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.7 อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ประโยชน์จากคู่มือพัฒนาการ (DSPM) พบช่องว่างทางพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยมีผู้ได้รับคู่มือ ร้อยละ 71.3 แต่ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่ได้นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กเลย สูงถึงร้อยละ 44.9 มีการนำมาใช้บ้างนานๆ ครั้ง ร้อยละ 37.9 และมีการนำมาใช้เป็นประจำทุกวันเพียง ร้อยละ 17.2 เท่านั้น เมื่อสรุปพฤติกรรมตามเกณฑ์ "ได้รับ-อ่าน-ใช้" พบว่ากลุ่มที่ได้รับ อ่าน และใช้ มีเพียง ร้อยละ 46.7 ในขณะที่เป็นกลุ่มได้รับแต่ไม่ได้อ่านและไม่ได้ใช้สูงถึง ร้อยละ 31.7 และได้รับ แต่อ่านแล้วไม่ได้นำไปใช้ฝึกจริง ร้อยละ 21.6

ส่วนที่ 5: ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวม

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรเชิงบริบททั้งหมดมาทดสอบหาความสัมพันธ์ กับสถานะพัฒนาการโดยรวมของเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับเด็ก, ผู้เลี้ยงดูหลัก, เพศของเด็ก และความพึงพอใจในภาพรวมต่อการรับบริการในคลินิก สุขภาพเด็กดี (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทกับสถานะพัฒนาการปฐมวัยโดยรวม (n = 320)

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการ	พัฒนาการสมวัย จำนวน (ร้อยละ)	พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)	ค่า p-value
ผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับเด็ก			0.013*
- มารดา	163 (76.5%)	66 (61.7%)	
- บิดา	14 (6.6%)	8 (7.5%)	
- ปู่ย่าตายาย / ญาติ	36 (16.9%)	33 (30.8%)	
ผู้เลี้ยงดูหลัก			0.045*
- มารดา	136 (63.8%)	57 (53.3%)	
- บิดา	12 (5.6%)	3 (2.8%)	
- ปู่ย่าตายาย / ญาติ	65 (30.5%)	47 (43.9%)	
เพศของเด็ก			0.000*
- หญิง	90 (42.3%)	69 (64.5%)	
- ชาย	123 (57.7%)	38 (35.5%)	
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อคลินิก WCC			0.032*
- ปานกลาง	14 (8.6%)	5 (6.1%)	
- มาก	53 (32.7%)	41 (50.0%)	
- มากที่สุด	95 (58.6%)	36 (43.9%)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุประเด็นตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์: จากผลการทดสอบทางสถิติ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพัฒนาการโดยรวมกับอายุบิดามารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สภาพความสัมพันธ์ ลักษณะครอบครัวขยาย น้ำหนักแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด หรือพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM แบบดั้งเดิมในภาพรวม

6. การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2569 มีประเด็นสำคัญเชิงวิชาการที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้:

1) สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยต่ำกว่าเป้าหมาย

ผลการวิจัยที่พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 5 มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมทุกด้านเพียง ร้อยละ 66.6 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งตัวชี้วัดเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88 สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์ลักษณ์ แจ่มวงษ์ และคณะ.¹ ที่ศึกษาพัฒนาการเด็กในพื้นที่ภาคกลางและพบอัตราพัฒนาการสมวัยลดลงในทศวรรษที่ผ่านมา ประเด็นที่น่ากังวลที่สุด คือ อัตราพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 71.7 ในเด็กเล็ก (8 เดือน - 2 ปี) เหลือเพียง ร้อยละ 62.6 ในกลุ่มเด็กโต (3 - 5 ปี) และพัฒนาการด้านภาษาเป็นด้านที่พัฒนาการสมวัยต่ำที่สุด (ร้อยละ 61.5 ในกลุ่มเด็กโต) ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction วีก็อตสกี) ว่าเด็กวัย 3-5 ปีเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมกว้าง ทั้งในสถานพัฒนาเด็กและโรงเรียนอนุบาล ซึ่งต้องการทักษะการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ที่ซับซ้อน แต่ผลการวิจัยนี้พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่ต้องทำงานรับจ้างนอกบ้าน (บิดาร้อยละ 73.1, มารดาร้อยละ 54.3) ส่งผลให้เกิดภาวะ "ขาดเวลาที่มีคุณภาพ" และปล่อยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กด้วยสื่อหน้าจอ (Screen Time) เช่น สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต ซึ่งเป็นการรับสารทางเดียว (Passive learning) ส่งผลให้สมองส่วนหน้าขยายตัวช้า ขาดคลังคำศัพท์ และส่งผลกระทบต่อเนื่องทางลบ ทำให้เด็กโตมีพัฒนาการทางภาษาส่งสัยล่าช้าสูง ถึงร้อยละ 38.5

2) อิทธิพลของโครงสร้างผู้ดูแลหลักในครอบครัวขยายต่อการเกิดภาวะล่าช้า

ผลการทดสอบสถิติไคสแควร์ชี้ชัดเจนว่า ผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.045$) โดยกลุ่มเด็กที่มีปู่ย่าตายายหรือญาติผู้ใหญ่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก มีสัดส่วนของภาวะส่งสัยล่าช้าสูงถึง ร้อยละ 43.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มารดาเลี้ยงดูเองอย่างเห็นได้ชัด ข้อมูลนี้มีความสอดคล้องเชิงโครงสร้างกับงานวิจัยของชนิกา สิทธิเดช และพรทิพย์ ศิริบุรณ์¹ ซึ่งระบุว่า ในบริบทสังคมไทยต่างจังหวัดที่เป็นครอบครัวขยาย (ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบครอบครัวขยายสูงถึงร้อยละ 67.2) ผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย อายุเฉลี่ยสูงถึง 40.13 ปี และสูงสุดถึง 80 ปี ตลอดจนขาดความเข้าใจในหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ และเทคนิคการกระตุ้นพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ทำให้การเลี้ยงดูเด็กเน้นเพียงการดูแลทางกายภาพให้ปลอดภัยและอิ่มท้อง (ส่งผลให้พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่สมวัย สูงถึงร้อยละ 88.4) แต่ขาดการจัดกิจกรรมอ่านนิทานหรือการพูดคุยโต้ตอบเพื่อกระตุ้นสมองของเด็ก ยิ่งไปกว่านั้นการที่เพศของเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) โดยพบพัฒนาการส่งสัยล่าช้าในเด็กเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 64.5 อาจสะท้อนความเชื่อหรือค่านิยมในการเลี้ยงดูในพื้นที่ที่มักจำกัดพฤติกรรมการเล่นสำรวจของเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย

3) ประสิทธิภาพของระบบบริการกับพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM

ผลการวิจัยชี้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 5 มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการสูงมาก โดยผู้เลี้ยงดูเด็กหลักพาเด็กมารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ของรัฐ สูงถึงร้อยละ 98.4 ระยะทางเฉลี่ยใกล้บ้านเพียง 6.29 กิโลเมตร และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงร้อยละ 75.9 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการภาพรวมส่งผลต่อพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) อย่างไรก็ตามปัญหาที่แท้จริงไม่ใช่

การเข้าถึงบริการ แต่คือ "พฤติกรรมการไม่นำคู่มือ DSPM ไปใช้จริงที่บ้าน" ซึ่งพบว่ามีผู้ปกครองสูงถึงร้อยละ 44.9 ที่ไม่เคยนำคู่มือมาใช้ฝึกหรือเล่นกับเด็กเลย และอีกร้อยละ 31.7 ได้รับคู่มือแต่ไม่ได้เปิดอ่านและไม่ได้ใช้ ประเด็นนี้ สอดคล้องกับข้อค้นพบของวิพรรณ ผาสุก และคณะ³ ที่อธิบายว่า รูปแบบการให้คำแนะนำในคลินิกปฐมภูมิของไทย ส่วนใหญ่มักเป็นการสื่อสารทางเดียวและแจกคู่มือเป็นเล่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักในพื้นที่ (ซึ่งส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช.) และข้อจำกัดด้านเวลาของครอบครัวผู้ใช้แรงงานรับจ้าง ส่งผลให้คู่มือ DSPM ซึ่งเป็นคู่มือระดับชาติกลายเป็นสิ่งของที่ถูกละทิ้งไว้ โดยไม่ได้สร้างพฤติกรรมกระตุ้นพัฒนาการในชีวิตประจำวันของเด็ก อย่างแท้จริง

7. ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 การเชื่อมโยงสวัสดิการรัฐเชิงเงื่อนไข: จากการที่ครอบครัวพึ่งพาเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สูงถึงร้อยละ 90.3 เขตสุขภาพที่ 5 ควรกำหนดนโยบายระดับภูมิภาคร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยใช้เงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนผูกติดกับการพาเด็กมารับการคัดกรองพัฒนาการ และการส่งมอบประวัติการกินยาล้ำเสริมธาตุเหล็กประจำสัปดาห์ เพื่อเพิ่มอัตราความครอบคลุมของการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 นโยบายควบคุมปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ในครรภ์: เร่งรัดมาตรฐานเชิงรุกในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) เพื่อควบคุมและรักษาภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (เบาหวาน, โลหิตจาง, ความดันสูง ซึ่งพบร้อยละ 11.6) เพื่อลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 10.9) อันเป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพที่ทำให้เกิดปัญหาเด็กมีพัฒนาการล่าช้า

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การปรับรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (Overhaul WCC Education): เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ต้องเปลี่ยนวิธีการแจกคู่มือ DSPM แบบเดิม ไปสู่การทำ "Family Care Plan" ระยะสั้น เน้นกระบวนการสาธิตแบบจับมือทำ (Demonstration) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่ย่าตายาย ในครอบครัวขยาย ปรับเปลี่ยนคู่มือเล่มใหญ่ให้เป็นคลิปวิดีโอสั้นภาษาถิ่น หรือแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายผ่านสมาร์ทโฟน

2.2 ระบบอาสาสมัครในการเฝ้าระวังโภชนาการและพัฒนาด้านภาษา (Mobile Speech & Iron Tracking): กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลเด็กปฐมวัย ดำเนินการเยี่ยมบ้านเชิงรุก เพื่อติดตามการกินยาล้ำเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กที่มีประวัติซีดหรือภาวะเตี้ย (ร้อยละ 7.2) ให้สม่ำเสมอครบทุกสัปดาห์ พร้อมจัดกิจกรรม "ถูนิทานและของเล่นภูมิปัญญาเคลื่อนที่" เพื่อชดเชยการเลี้ยงลูกด้วยหน้าจอในกลุ่มครอบครัวอาชีพรับจ้าง

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ดูแลเด็กที่เป็นผู้สูงอายุ ในครอบครัวขยาย เปรียบเทียบกับการใช้คู่มือ DSPM รูปแบบดั้งเดิม

3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มมารดาวัยรุ่น (อายุน้อยสุดในการศึกษาคือ 16 ปี) เพื่อทำความเข้าใจความเครียด ปัญหาทางจิตสังคม และความต้องการการสนับสนุนในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างตรงจุด

10. เอกสารอ้างอิง (References)

1. สุรีย์ลักษณ์ แจ่มวงษ์ และคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยท่ามกลางวิกฤตการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีดิจิทัล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(2),145-158.
2. ชนิกา สิทธิเดช, พรทิพย์ ศิริบุรณ. บทบาทและข้อจำกัดของปู่ย่าตายายในครอบครัวขยายต่างจังหวัดต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(1),89-102.
3. วิพรรณ ผาสุก และคณะ. ช่องว่างระหว่างการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขและพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ในระดับครัวเรือนไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3),211-225.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2568.
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. รายงานการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพและภาวะโภชนาการที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็กไทย. 2566; กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.