

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

กัญญารัตน์ สร้อยมาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 276 คน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามโครงการสถานการณ์และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนตุลาคม 2567 - เดือนเมษายน 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test และ Odds Ratio (OR) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.81 มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ ร้อยละ 88.04 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.49 และได้รับนมแม่ ร้อยละ 85.87 ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ 15,001–25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.74 ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา ร้อยละ 49.64 ซึ่งมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง ร้อยละ 52.54; ค่าเฉลี่ย 9.06 ± 1.96 คะแนน เด็กส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 68.48 และมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 71.38 โดยพบล่าช้าด้านภาษาเป็นหลัก ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ปกติ แต่มีแนวโน้มต่ำ ร้อยละ 59.42 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$, Crude OR = 2.22, 95% CI: 1.12–4.41) โดยเด็กที่เตี้ยมีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงปกติ 2.22 เท่า จากผล การศึกษานี้ ควรมุ่งป้องกันภาวะเด็กเตี้ยตั้งแต่ระยะต้น โดยส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย การดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง การติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างบูรณาการ ทั้งในระดับครอบครัวและระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านภาษา ผ่านการใช้คู่มือ DSPM อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ควบคู่กับการให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงของเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนนโยบายสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, เขตสุขภาพที่ 8

Relationship between Nutrition status and Early Childhood Development in Regional Health 8

Kanyarat Soimalai

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the nutritional status, developmental status, and the relationship between nutritional status and early childhood development in Health Region 8. The study sample consisted of 276 early childhood children residing in Health Region 8, selected through purposive sampling. Data were collected using a caregiver interview questionnaire adapted by the researchers from the survey instrument of the project on the situation and models for promoting early childhood development under the transfer of responsibilities to Provincial Administrative Organizations. Data collection was conducted from October 2024 to April 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations were examined using the Chi-square test and Odds Ratio (OR), with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that most children were male (51.81%), had normal birth weight (88.04%), had no underlying diseases (89.49%), and had been breastfed (85.87%). Nearly half of the families had a monthly income of 15,001–25,000 THB (46.74%). The primary caregivers were mostly mothers (49.64%), over half of whom had a high level of nutritional knowledge (52.54%), with a mean score of 9.06 ± 1.96 . Most children received the DSPM handbook (68.48%) and demonstrated normal developmental status (71.38%), with language delay being the most common area of developmental delay. Overall nutritional status was predominantly normal, although a tendency toward overweight was observed (59.42%). Analysis of the relationship between nutritional status and child development revealed that height-for-age was significantly associated with developmental status ($p = 0.021$, crude OR = 2.22, 95% CI: 1.12–4.41). Children with stunting were 2.22 times more likely to experience developmental delay compared with children of normal height-for-age. Based on these findings, early prevention of stunting should be emphasized through age-appropriate nutrition, continuous maternal and child health care, regular monitoring of growth and development, and integrated early childhood development promotion at both family and public health system levels. Particular emphasis should be placed on language development through correct and continuous use of the DSPM handbook, alongside providing caregivers with appropriate nutritional knowledge to reduce the risk of suspected developmental delay. The findings can serve as evidence for health policy planning and for strengthening early childhood development promotion in Health Region 8.

Keyword: Nutritional status, Development, Early childhood, Health Region 8

Health Center 8 Udon Thani, Department of Health, Ministry of Public Health

Received: 11 November 2025

Revised: 31 December 2025

Accepted: 31 December 2025

บทนำ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงที่มีการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและการเรียนรู้เกิดขึ้นมากที่สุด หากเด็กได้รับการเลี้ยงดู การดูแล รวมถึงมีการพัฒนาที่ดี จะทำให้เด็กเติบโตอย่างมีรากฐานชีวิตที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์และมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำ ให้เด็กเกิดโอกาสในการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ซึ่งเป็นปัจจัยในการกำหนดคุณภาพ ประชากรของประเทศระยะยาว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านสมรรถภาพและหน้าที่ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพ ทำให้เกิดทักษะ ความสามารถใหม่ๆ และการปรับตัวด้านต่างๆ อย่างมีแบบแผน และการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความสามารถใหม่ๆ เพิ่มขึ้น กัลยา นาคเพ็ชร และคณะ (2548) องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร ภาวะโภชนาการ การเลี้ยงดู ภาวะสุขภาพ เป็นต้น พันธุกรรมเป็นตัวถ่ายทอดลักษณะทางสรีระ ทำให้มีโครงสร้างและความสามารถด้านต่างๆ แตกต่างกัน ในขณะที่สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลในการกำหนดบุคคลแต่ละคนจะมีพัฒนาไปได้อย่างไร การอบรมเลี้ยงดูเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญเป็นตัวเร้าให้มนุษย์แสดงออกซึ่งพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ และมีผลต่อกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ ด้วยเหตุผลดังกล่าวเด็กจึงมีพัฒนาการแตกต่างกัน เนื่องจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดูเป็นสำคัญ (Susan Rowen James et al., 2013)

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ปัญหาทุโภชนาการในประเทศไทยพบเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย อ้วน ผอม ร้อยละ 10.6, 9.1 และ 5.6 ตามลำดับ หรือ 1 ใน 10 ของเด็กปฐมวัยไทยมีภาวะเตี้ยหรืออ้วน และเมื่อเด็กเติบโตเข้าสู่วัยเรียนในช่วงอายุ 6 - 14 ปี มีแนวโน้มพบภาวะเตี้ยร้อยละ 8.3 และผอมร้อยละ 4.3 นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.1 (กรมอนามัย, 2562) ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีกว่าสถานการณ์เฉลี่ยระดับนานาชาติที่พบว่าอัตราเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่แคระแกร็น อยู่ที่ระดับ 0.89 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานโลกที่กำหนดค่าไว้ในระดับ 0.77 (วิมล ไทยเหนือ, 2562) และจากรายงานข้อมูลสุขภาพเด็กอายุ 0 - 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กเตี้ย ร้อยละ 12 รองลงมา คือ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.7 และผอม ร้อยละ 6.4 (Health Data Center, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys : MICS) พ.ศ.2565 พบว่าในประเทศไทย เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 13 และมีภาวะผอมร้อยละ 7 สาเหตุเกิดจากการขาดสารอาหารอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยภาวะเตี้ยและผอมมักพบมากในเด็กในครอบครัวยากจน, เด็กในครอบครัวที่ไม่พูดภาษาไทย และเด็กที่แม่มีการศึกษาน้อยหรือไม่มีเลย นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยเผชิญภาวะเตี้ยสูงสุด คืออยู่ที่ร้อยละ 20 ขณะเดียวกันภาวะอ้วนในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีของประเทศไทยก็เพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2565 โดยมีสาเหตุหลักมาจากการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและไขมันสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ & องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย, 2566) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565-2567) เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.69, 58.05 และ 62.34 ตามลำดับ สำหรับปัญหาทุโภชนาการของเด็กพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 12.62, 11.92 และ 10.73 ตามลำดับ ภาวะผอม ร้อยละ 6.88, 7.50 และ 6.72 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.63, 8.22 และ 7.30 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

สำหรับสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 , 2547, 2550, 2553, 2557, 2560 และ 2564 พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0, 67.5 และ 70.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75.3 และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 61.3 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง (พ.ศ. 2562-2566) พบว่าเด็กมี พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สถาบันพัฒนานามวัยเด็กแห่งชาติ, 2567)

นอกจากเครื่องมือ Denver II แล้ว ยังมีคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่หน่วยงานสาธารณสุขนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงจะมีพัฒนาการไม่สมวัย (Early Detection) และเพื่อให้คำแนะนำ ส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็ว (Early Intervention) ที่ช่วยให้พ่อแม่และครูสามารถใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จากสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565-2567) เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า มีเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.14, 80.91 และ 70.81 ตามลำดับ และพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.41, 25.29 และ 25.30 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

จากรายงานสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 ยังคงมีปัญหาทุพโภชนาการและพัฒนาการสมวัยที่น้อยกว่าค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 18.10 และ 15.44 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมาย $\geq$ 86) โดยจะเห็นได้ว่าทั้งสองจังหวัดนี้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย ที่พบว่า มีเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 32.13 และ 26.47 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567) แต่อย่างไรก็ดีการดำเนินการดังกล่าวก็ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ ทั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริม เฝ้าระวัง และแก้ปัญหา โภชนาการและพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยในพื้นที่ ให้เหมาะสมตามบริบทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

ขอบเขตการศึกษา

1) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 11,762

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3,318 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,867 คน เนื่องจากทั้ง 2 จังหวัด เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายสูงและมีบริบทพื้นที่ แตกต่างกันสามารถสะท้อนสถานการณ์โภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 8 ได้อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

2) ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและจัดเก็บข้อมูล คือ ตำบลหมากแข้ง ตำบลนาแก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตำบลนาเพียง ตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

3) ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กกลุ่มเป้าหมายที่มีช่วงอายุครบตรวจพัฒนาการตามช่วงวัย (5 ช่วงวัย) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568 โดยผู้วิจัยได้ทำการใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประมาณ เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนเมษายน 2568

นิยามศัพท์

1) เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุ 5 ช่วงวัยตามการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ดังนี้

- อายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 9 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 18 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน

2) เขตสุขภาพที่ 8 หมายถึง เขตพื้นที่สำหรับดำเนินงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดเลย จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดหนองคาย และจังหวัดนครพนม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นเด็กสัญชาติไทย ที่มีอายุ 5 ช่วงวัย ดังนี้
 - อายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 9 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 18 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน
- 2) มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัมขึ้นไป
- 3) ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia
- 4) ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- 5) เด็กที่ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก
- 6) ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถให้ประวัติได้ครบถ้วนและมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 7) ได้รับการยินยอมจาก พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักในการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพขณะทำการศึกษา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงนับ นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องในกรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ นำเสนอ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568

พื้นที่การศึกษา ตำบลหมากแข้ง ตำบลนาแก อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี ตำบลนาเพียง ตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 11,762 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3,318 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,867 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 จากประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร จากนั้นกระจายขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด (Proportional allocation) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 160 คน กลุ่มเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 136 คน รวมทั้งสิ้น 296 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างจากจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร จังหวัดละ 2 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 4 ตำบล โดยจังหวัดอุดรธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 80 คน และจังหวัดสกลนคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 68 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 296 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล (ความละเอียด 0.1 กิโลกรัม) และเครื่องวัดส่วนสูง (ความละเอียด 0.1 เซนติเมตร)
- 2) การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ.2564
- 3) การประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ปี 2565
- 4) แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จากแบบสอบถามโครงการสถานการณ์และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใต้การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยปรับปรุงข้อคำถามด้านโภชนาการของเด็กปฐมวัยเพิ่มเติมจากข้อคำถามของโครงการฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ มารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดู ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลของครอบครัวเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก ข้อมูลการได้รับบริการสาธารณสุข (ดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) และแบบบันทึกการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง/ความยาวของเด็ก

สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (Multiple logistic regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประเภทโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full Board Review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ HPC08031 ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

ลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.81 มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,500–3,999 กรัม ร้อยละ 88.04 และส่วนมากเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 42.03 ส่วนใหญ่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 96.74 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.49 และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 68.12 ในกลุ่มที่เคยนอนโรงพยาบาล สาเหตุที่พบมากที่สุดคือป่วยเป็นไข้สูง ร้อยละ 40.91 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลเพียง 1 ครั้ง ร้อยละ 60.23 เกินกว่าครึ่งยังไม่ได้เข้า ศพด. ร้อยละ 51.81 ส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ ร้อยละ 85.87 รูปแบบการกินนมส่วนมากคือได้กินนมแม่ร่วมกับนมผสม ร้อยละ 80.43 ระยะเวลาการกินนมแม่อย่างเดียว นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 62.68 การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยกินทุกวันหรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา ร้อยละ 40.58 ดื่มนมจืด ร้อยละ 80.80 ดื่มนมละ 1–2 กล่อง ร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่ฟันไม่ผุ ร้อยละ 68.84 ใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสอาหาร ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ร้อยละ 64.49 เด็กเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ร้อยละ 96.01 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูหลักพบว่าเด็กส่วนใหญ่เลี้ยงง่าย ร้อยละ 76.09 พบว่าเด็กเริ่มสัมผัสหน้าจอเมื่ออายุ 2 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 41.30 และใช้เวลาในการดูสื่อไม่เกิน 30 นาทีต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 43.12 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก		
ชาย	143	51.81
หญิง	133	48.19
น้ำหนักแรกคลอด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	30	10.87
2,5000 – 3,999 กรัม	243	88.04
4,000 กรัมขึ้นไป	3	1.09
ลำดับบุตร		
คนที่ 1	116	42.03
คนที่ 2	111	40.22
คนที่ 3 ขึ้นไป	49	17.75
สถานที่คลอด		
รพ.รัฐ	267	96.74
รพ.เอกชน	9	3.26
โรคประจำตัวของเด็ก (ตามที่แพทย์ให้การวินิจฉัย)		
ไม่มีโรคประจำตัว	247	89.49
มีโรคประจำตัว	29	10.51
โรคหอบหืด	15	5.43
โรค G-6PD Deficiency	4	1.45
โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	2	0.72
โรคภูมิแพ้	1	0.36
โรคธาลัสซีเมีย	7	2.54
โรคไตเรื้อรัง	29	10.5
อื่นๆ	15	5.43
การเจ็บป่วยรุนแรงของเด็กจนต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	188	68.12
เคย	88	31.88
สาเหตุการเจ็บป่วยรุนแรงของเด็กจนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (n=88)		
ไข้สูง	36	40.91
อุบัติเหตุ	3	3.41
อุจจาระร่วง	10	11.36
โรคปอดบวม	7	7.95
อื่นๆ	32	36.36
จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล (n=88)		
1 ครั้ง	53	60.23
2 ครั้ง	20	22.73
มากกว่า 2 ครั้ง	15	17.05
อายุเด็กตอนเข้า ศพด./เตรียมอนุบาล		
ยังไม่ได้เข้า ศพด./เตรียมอนุบาล	143	51.81
1-2 ปี	52	18.84
มากกว่า 2 ปี	81	29.35
เด็กได้กินนมแม่หรือไม่		
ไม่กิน	39	14.13
กิน	237	85.87
รูปแบบการกินนมแม่		
นมแม่อย่างเดียว	54	19.57
นมแม่และนมผสมหรือน้ำ	222	80.43
ระยะเวลาการกินนมแม่อย่างเดียว		
น้อยกว่า 6 เดือน	103	37.32
6 เดือนขึ้นไป	173	62.68

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	112	40.58
กิน ไม่สม่ำเสมอ	54	19.57
ไม่ได้กิน	110	39.86
การแพ้อาหาร		
ไม่แพ้	259	93.84
แพ้	17	6.16
การดื่มนมจืด		
ไม่ดื่ม	53	19.20
ดื่ม	223	80.80
จำนวนนมจืดที่ดื่ม/วัน (n=223)		
1-2 กล่อง	89	39.9
3-4 กล่อง	68	30.5
5-6 กล่อง	42	18.8
มากกว่า 6 กล่อง	24	10.8
สุขภาพฟัน		
ไม่ผุ	190	68.84
ไม่ผุ มีคราบเหลือง/น้ำตาล	20	7.25
ผุ	66	23.91
ใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสอาหาร ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน		
ไม่ใช้	98	35.51
ใช้	178	64.49
การได้รับวัคซีนตามกำหนด		
ไม่ได้รับ	4	1.45
ได้รับ แต่ไม่ครบ	7	2.54
ได้รับครบ	265	96.01
พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูหลัก		
เลี้ยงง่าย	210	76.09
ปรับตัวช้า	1	.36
เลี้ยงยาก	9	3.26
แบบผสม	56	20.29
อายุที่เด็กเริ่มดู/สัมผัสจอ		
ยังไม่ให้ดู/สัมผัสจอ	65	23.56
น้อยกว่า 2 ปี	97	35.14
2 ปี ขึ้นไป	114	41.30
ระยะเวลาในการสัมผัสจอ/วัน (เวลารวมตลอดทั้งวัน)		
น้อยกว่า 30 นาที	119	43.12
30 – 60 นาที	63	22.82
มากกว่า 60 นาที	94	34.06

2. ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแลหลักของเด็ก

จากการศึกษาพบว่า การศึกษาของพ่อส่วนใหญ่จบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 24.28 ขณะที่การศึกษาของแม่ส่วนใหญ่จบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เช่นกัน ร้อยละ 30.07 สำหรับประวัติการตั้งครรภ์ของแม่ พบว่ามีการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด ร้อยละ 39.86 และจำนวนบุตรในครอบครัว ส่วนใหญ่มีบุตรเพียง 1 คน ร้อยละ 43.84 ด้านสุขภาพของแม่ พบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ร้อยละ 42.03 และแม่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 71.38 อีกทั้งยังฝากครรภ์ครบทุกครั้ง ร้อยละ 76.09 ส่วนภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 85.14 สำหรับการดูแลสุขภาพด้วยการกินยาวิตามิน พบว่า ก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้กิน ร้อยละ 70.65 แต่ในระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กินวิตามินเป็นประจำ ร้อยละ 77.54 ในด้านเศรษฐกิจและครอบครัว พบว่า

รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15,001 – 25,000 บาท ร้อยละ 46.74 และสถานภาพของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.83 ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กคือแม่มากที่สุด ร้อยละ 49.64 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.03 เมื่อพิจารณาอายุของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่ามีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 28.99 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.30 และอาชีพของผู้เลี้ยงดูหลักพบว่ามีอาชีพด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.59 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแลหลักของเด็ก

ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาของพ่อ		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.45
ประถมศึกษา	51	18.48
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	20.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	67	24.28
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	45	16.30
ปริญญาตรี	29	10.51
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.36
ไม่ทราบ	22	7.97
การศึกษาของแม่		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	33	11.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	74	26.81
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	83	30.07
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	31	11.23
ปริญญาตรี	50	18.12
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.36
ไม่ทราบ	4	1.45
ประวัติการตั้งครรภ์ของแม่ (ครั้ง)		
1 ครั้ง	110	39.86
2 ครั้ง	103	37.32
3 ครั้ง ขึ้นไป	63	22.83
จำนวนบุตร (คน)		
1 คน	121	43.84
2 คน	113	40.94
3 คน ขึ้นไป	42	15.22
ดัชนีมวลกายของแม่ก่อนตั้งครรภ์ (BMI)		
น้ำหนักน้อย (≤ 18.5)	51	18.48
น้ำหนักปกติ ($18.5-22.9$)	116	42.03
น้ำหนักเกิน ($23.0-29.9$)	93	33.70
อ้วน (≥ 30.0)	16	5.80
อายุครรภ์ครั้งแรกที่ฝากครรภ์		
≤ 12 สัปดาห์	197	71.38
13 สัปดาห์ขึ้นไป	79	28.62
ฝากครรภ์ครบทุกครั้ง		
ครบ	210	76.09
ไม่ครบ	60	21.74
ไม่ทราบ	6	2.17
แม่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์		
มี	41	14.86
ไม่มี	235	85.14
การกินยาวิตามินของแม่ก่อนตั้งครรภ์		
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	60	21.74

ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
กิน ไม่สม่ำเสมอ	21	7.61
ไม่ได้กิน	195	70.65
การกินยาวิตามินของแม่ระหว่างตั้งครรภ์		
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	214	77.54
กิน ไม่สม่ำเสมอ	37	13.41
ไม่ได้กิน	25	9.06
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 15,000 บาท	88	31.88
15,001 – 25,000 บาท	129	46.74
25,000 – 35,000 บาท	59	21.38
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก		
อยู่ด้วยกัน	201	72.83
อยู่คนละที่	19	6.88
แยกทางกัน	53	19.20
หม้าย	3	1.09
ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก		
พ่อ	12	4.35
แม่	137	49.64
ตา/ปู่/ยาย/ย่า	127	46.01
เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก		
ชาย	22	7.97
หญิง	254	92.03
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก		
น้อยกว่า 20 ปี	5	1.81
21-30 ปี	72	26.09
31-40 ปี	75	27.17
41-50 ปี	44	15.94
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	80	28.99
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.09
ประถมศึกษา	114	41.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	17.39
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	60	21.74
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	21	7.61
ปริญญาตรี	25	9.06
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.09
ไม่ทราบ	2	0.72
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก		
เกษตรกร	101	36.59
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	81	29.35
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	12.32
รับจ้างทั่วไป	43	15.58
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	4.71
พนักงานเอกชน	4	1.45

3. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

จากการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 68.48 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากตึกหลังคลอดมากที่สุด ร้อยละ 76.19 สำหรับการใช้คู่มือ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการสอนวิธีใช้คู่มือ DSPM มากที่สุด ร้อยละ 79.37 และในกลุ่มที่ได้รับการสอน ส่วนใหญ่เข้าใจวิธีการใช้คู่มือ ร้อยละ 88.67 ขณะที่การอธิบายโดย อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้อธิบาย ร้อยละ 66.67 แต่ในกลุ่มที่ได้รับการอธิบาย ส่วนใหญ่เข้าใจ

ร้อยละ 90.48 ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการอ่านคู่มือ DSPM ร้อยละ 74.07 และเมื่อนำวิธีการส่งเสริมพัฒนาการมาใช้ พบว่า ส่วนใหญ่นำมาใช้บ้างเป็นครั้งคราว ร้อยละ 66.67 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM (n=276)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับคู่มือ DSPM		
ได้	189	68.48
ไม่ได้	87	31.52
การได้รับคู่มือ DSPM (n=189)		
เมื่อมาฝากครรภ์	11	5.82
ตึกหลังคลอด	144	76.19
การเยี่ยมบ้านหลังคลอด	20	10.58
เมื่อพาลูกมารับวัคซีน	10	5.29
อื่นๆ	4	2.12
การสอนใช้คู่มือ DSPM โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=189)		
สอน	150	79.37
ไม่สอน	39	20.63
ความเข้าใจการสอนใช้คู่มือ DSPM โดยเจ้าหน้าที่ (n=150)		
เข้าใจ	133	88.67
ไม่เข้าใจ	17	11.33
การอธิบายใช้คู่มือ DSPM โดย อสม. (n=189)		
อธิบาย	63	33.33
ไม่อธิบาย	126	66.67
ความเข้าใจการอธิบายใช้คู่มือ DSPM โดย อสม. (n=63)		
เข้าใจ	57	90.48
ไม่เข้าใจ	6	9.52
การได้อ่านคู่มือ (n=189)		
อ่าน	140	74.07
ไม่ได้อ่าน	49	25.93
การนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็ก (n=189)		
นำมาใช้บ่อยๆ เกือบทุกวัน	28	14.81
นำมาใช้บ้าง นานๆ ครั้ง	126	66.67
ไม่ได้นำมาใช้เลย	35	18.52

4. พัฒนาการเด็ก

จากเด็กที่เข้ารับการประเมินพัฒนาการทั้งหมด 276 คน พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการคัดกรองในช่วงอายุ 18 เดือน (ร้อยละ 21.74) รองลงมาคือช่วงอายุ 60 เดือน (ร้อยละ 21.38) และ 42 เดือน (ร้อยละ 20.29) ขณะที่อายุ 30 เดือน และ 9 เดือน มีสัดส่วนร้อยละ 18.48 และ 18.12 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลการคัดกรองพัฒนาการรวมทุกช่วงอายุ เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 71.38 ขณะที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 28.62 โดยเมื่อลงลึกเป็นรายด้าน พบว่า ล่าช้ามากที่สุดในการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ร้อยละ 46.38 รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา (Expressive Language; EL) ร้อยละ 44.20 กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor; FM) ร้อยละ 34.06 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (Personal-Social; PS) ร้อยละ 25.00 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor; GM) ร้อยละ 15.58 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่ล่าช้าเพียง 1 ด้าน ร้อยละ 30.96 รองลงมาคือ ล่าช้า 2 ด้าน ร้อยละ 29.95 ล่าช้า 3 ด้าน ร้อยละ 19.80 ล่าช้า 4 ด้าน ร้อยละ 15.23 และล่าช้า 5 ด้าน ร้อยละ 4.06 พัฒนาการเด็กแยกตามกลุ่มอายุ

อายุ 9 เดือน เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 70.00 ขณะที่สงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.00 โดยพบมากที่สุดในการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 18.00 รองลงมาคือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 16.00 การเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 8.00 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 6.00 และกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 4.00 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่ล่าช้า 1 ด้าน ร้อยละ 20.00

อายุ 18 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 90.00 โดยพบมากที่สุดในการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 50.00 กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 35.00 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 20.00 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 6.67 ส่วนจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 1 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 38.33

อายุ 30 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 74.51 โดยพบมากที่สุดในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) และการเข้าใจภาษา (RL) เท่ากันที่ร้อยละ 19.61 รองลงมาคือการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 17.65 กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 11.76 และทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 5.88 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 3 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 50.98

อายุ 42 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 76.79 โดยพบมากที่สุดในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 66.07 รองลงมาคือการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 30.36 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 39.29 กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 23.21 และการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 16.07 ส่วนจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 2 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 25.00

อายุ 60 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 60.71 โดยพบมากที่สุดในการใช้ภาษา (EL) และการเข้าใจภาษา (RL) เท่ากันที่ร้อยละ 67.80 รองลงมาคือกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 32.20 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 16.95 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 10.17 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าล่าช้า 2 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 33.90 ดังตาราง 4

ตาราง 4 พัฒนาการเด็ก (n=276)

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
อายุของเด็กที่คัดกรองพัฒนาการ (ณ วันประเมินพัฒนาการ)		
9 เดือน – 9 เดือน 29 วัน	50	18.12
18 เดือน – 18 เดือน 29 วัน	60	21.74
30 เดือน – 30 เดือน 29 วัน	51	18.48
42 เดือน – 42 เดือน 29 วัน	56	20.29
60 เดือน – 60 เดือน 29 วัน	59	21.38
พัฒนาการเด็ก (รวมทุกอายุ) (n=276)		
พัฒนาการปกติ	197	71.38
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	79	28.62
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	43	15.58
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	94	34.06
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	122	44.20
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	128	46.38
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	69	25.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	61	30.96
ล่าช้า 2 ด้าน	59	29.95
ล่าช้า 3 ด้าน	39	19.80
ล่าช้า 4 ด้าน	30	15.23
ล่าช้า 5 ด้าน	8	4.06
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน (n=50)		
พัฒนาการปกติ	35	70.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	15	30.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	8	16.00

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	2	4.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	9	18.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	4	8.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	3	6.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	10	20.00
ล่าช้า 2 ด้าน	2	4.00
ล่าช้า 3 ด้าน	1	2.00
ล่าช้า 4 ด้าน	1	2.00
ล่าช้า 5 ด้าน	1	2.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน (n=60)		
พัฒนาการปกติ	6	10.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	54	90.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	4	6.67
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	21	35.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	30	50.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	42	70.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	12	20.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	23	38.33
ล่าช้า 2 ด้าน	13	21.67
ล่าช้า 3 ด้าน	13	21.67
ล่าช้า 4 ด้าน	4	6.67
ล่าช้า 5 ด้าน	1	1.67
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 30 เดือน		
พัฒนาการปกติ	13	25.49
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	38	74.51
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	6	11.76
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	10	19.61
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	9	17.65
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	10	19.61
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	3	5.88
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	12	23.53
ล่าช้า 2 ด้าน	15	29.41
ล่าช้า 3 ด้าน	26	50.98
ล่าช้า 4 ด้าน	33	64.71
ล่าช้า 5 ด้าน	22	43.14
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 42 เดือน		
พัฒนาการปกติ	13	23.21
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	43	76.79
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	13	23.21
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	37	66.07
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	17	30.36
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	9	16.07
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	22	39.29
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	13	23.21
ล่าช้า 2 ด้าน	14	25.00
ล่าช้า 3 ด้าน	9	16.07
ล่าช้า 4 ด้าน	5	8.93
ล่าช้า 5 ด้าน	2	3.57

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 60 เดือน		
พัฒนาการปกติ	22	39.29
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	34	60.71
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	6	10.17
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	19	32.20
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	40	67.80
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	40	67.80
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	10	16.95
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	9	15.3
ล่าช้า 2 ด้าน	20	33.9
ล่าช้า 3 ด้าน	7	11.9
ล่าช้า 4 ด้าน	10	16.9
ล่าช้า 5 ด้าน	1	1.7

5. ภาวะโภชนาการเด็ก

จากการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กตามเกณฑ์น้ำหนักตามอายุ พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 69.20 รองลงมาคือกลุ่มที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.51 กลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.14 น้ำหนักค่อนข้างมาก ร้อยละ 5.80 และน้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 4.35 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.87 รองลงมาคือกลุ่มที่สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 15.58 เตี้ย ร้อยละ 11.23 ค่อนข้างสูง ร้อยละ 9.06 และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 3.26 ในด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มท้วม ร้อยละ 59.42 รองลงมาคือสมส่วน ร้อยละ 19.93 อ้วน ร้อยละ 6.88 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.43 น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน ร้อยละ 4.35 และผอม ร้อยละ 3.99 ภาวะโภชนาการสูงที่สุดคือส่วน ร้อยละ 40.22 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ภาวะโภชนาการของเด็ก

ภาวะโภชนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (<-2 SD)	29	10.51
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	16	5.80
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	191	69.20
น้ำหนักค่อนข้างมาก (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	12	4.35
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (>+2 SD)	28	10.14
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
เตี้ย (<-2 SD)	43	15.58
ค่อนข้างเตี้ย (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	25	9.06
ส่วนสูงตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	168	60.87
ค่อนข้างสูง (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	9	3.26
สูงกว่าเกณฑ์ (>+2 SD)	31	11.23
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ผอม (<-2 SD)	19	6.88
ค่อนข้างผอม (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	12	4.35
สมส่วน (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	164	59.42
ท้วม (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	55	19.93
น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (>+2 SD ถึง +3 SD)	15	5.43
อ้วน (>+3 SD)	11	3.99
สูงที่สุดส่วน		
ไม่สูงที่สุดส่วน	165	59.78
สูงที่สุดส่วน	111	40.22

6. ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

จากการประเมินความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กเกี่ยวกับโภชนาการเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูกในระดับสูงแทบทุกข้อ โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การให้เด็กกินอาหารหลากหลายประเภทต่อวันช่วยให้ได้รับพลังงานและสารอาหารครบถ้วน เพียงพอ (ร้อยละ 96.38) รองลงมาคือ การกินผักหลากหลายสีช่วยเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 96.01) และ การรับประทานเนื้อสัตว์หรือตับเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 94.20) ในขณะที่ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การจัดอาหารให้เด็กกินในปริมาณมากเพื่อป้องกันการผอมและขาดสารอาหาร ซึ่งถือเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน พบว่ามีเพียงร้อยละ 60.51 ที่ตอบถูก รองลงมาคือ การให้เด็กกินอาหารธรรมชาติปรุงรสน้อยไม่ได้ทำให้เสี่ยงขาดสารอาหาร (ตอบถูกร้อยละ 61.23) และ น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีคุณค่าต่อร่างกาย (ตอบถูกร้อยละ 69.93) แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูบางส่วนยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นการจัดปริมาณอาหาร การใช้รสชาติ และเครื่องดื่มหวาน ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายประเภทต่อวัน ทำให้เด็กได้รับพลังงานและสารอาหารครบถ้วนเพียงพอ	266	96.38
2. อาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล มันและเผือก เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวโพด ช่วยให้พลังงานและความอบอุ่นกับร่างกาย	251	90.94
3. การรับประทานเนื้อสัตว์ ตับสัตว์ เลือดสัตว์ เพื่อให้ได้รับธาตุเหล็ก เป็นการป้องกันภาวะซีด/โลหิตจางในเด็กได้	260	94.20
4. เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอ “ไม่” ควรให้เด็กได้กินขนมหวานแทนการกินผลไม้ทุกมื้อ	207	75.00
5. ควรจัดอาหารให้เด็กกินในปริมาณมาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผอมหรือขาดสารอาหาร	167	60.51
6. การใช้เกลือหรือเครื่องปรุงรสที่มีไอโอดีนปรุงประกอบอาหาร เพื่อเป็นการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เด็กฉลาด	239	86.59
7. การให้เด็กกินอาหารธรรมชาติ ปรุงรสน้อย จะทำให้เด็กกินอาหารได้น้อย เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้	169	61.23
8. เด็กที่ไม่ชอบดื่มนมวัวหรือแพ้นมวัว สามารถดื่มนมถั่วเหลืองทดแทนได้	228	82.61
9. การดื่มนมเปรี้ยว/ และหรือนมหวานเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	224	81.16
10. เด็กควรกินผักหลากหลายสี เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยการขับถ่าย ชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง	265	96.01
11. หากเด็กไม่กินอาหารมื้อหลัก สามารถให้เด็กกินขนมกรุบกรอบ และ/หรือขนมหวานแทนได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขาดสารอาหาร	212	76.81
12. น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นเครื่องดื่มที่มีคุณค่าต่อร่างกาย ทำให้เด็กมีรูปร่างอ้วนท้วมสมบูรณ์	193	69.93

7. ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 52.54) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.61) และระดับต่ำ (ร้อยละ 14.86) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 9.06 ± 1.96 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ค่าต่ำสุดที่ได้ 2 คะแนน และสูงสุด 12 คะแนน โดยสรุป ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเด็กในระดับสูง โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ เช่น การกินอาหารครบ 5 หมู่ การกินผักหลากสี และการป้องกันภาวะโลหิตจาง อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่ควรได้รับการเน้นย้ำเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดปริมาณอาหารให้เหมาะสม การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มหวาน และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรุงรสอาหารและการเลือกเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	41	14.86
ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	90	32.61
ความรู้ระดับสูง (10-12 คะแนน)	145	52.54
$\bar{X} \pm S.D.$	9.06 $\pm$ 1.96	
min,max	2.00, 12.00	

8. ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.242$, Crude OR:1.22, 95% CI: 0.69-2.17) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเด็กที่ค่อนข้างเตี้ยหรือเตี้ยมีแนวโน้มพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ 2.22 เท่า ($p=0.021$, Crude OR:2.22, 95% CI: 1.12-4.41) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.060$, Crude OR:0.66, 95% CI: 0.36-1.02) สูงดีสมส่วนไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.951$, Crude OR:1.02, 95% CI: 0.60-1.73) ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย (simple logistic regression): วิเคราะห์รายตัวแปร

ภาวะโภชนาการ	พัฒนาการ		Crude OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	สงสัยล่าช้า		
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ				
น้ำหนักไม่ตามเกณฑ์	63 (74.10)	22 (25.90)	1.22 (0.69-2.17)	0.242
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	134 (70.20)	57 (29.80)		
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
ค่อนข้างเตี้ย-เตี้ย	56 (82.40)	12 (17.60)	2.22 (1.12-4.41)	0.021*
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	141 (67.80)	67 (32.20)		
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ไม่สมส่วน	73 (65.20)	39 (34.80)	0.60 (0.36-1.02)	0.060
สมส่วน	124 (75.60)	40 (24.40)		
สูงดีสมส่วน				
ไม่สูงดีสมส่วน	118 (71.50)	47 (28.50)	1.02 (0.60-1.73)	0.951
สูงดีสมส่วน	79 (71.20)	32 (28.80)		

อภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของเด็กข้อมูลครอบครัวและผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 2,500–3,999 กรัม ส่วนมากเป็นบุตรคนแรก และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ เด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และได้รับนมแม่ โดยมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงง่าย สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมในช่วงปฐมวัย (WHO, 2020) บิดาและมารดาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ปานกลาง มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา โดยมีอาชีพด้านเกษตรกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่มีบิดา มารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน และมารดาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สะท้อนถึงพื้นฐานทางครอบครัวที่มั่นคงและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่เหมาะสม สำหรับครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน (2563) พบว่า ส่วนใหญ่พ่อแม่จะเป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา พ่อแม่เด็กมีอาชีพรับจ้างทำเกษตรกรรมในพื้นที่เป็นหลัก จึงเอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตรเอง และการที่พ่อแม่มีการศึกษาระดับปานกลาง ทำให้มีความรู้ในการดูแล

ตนเองระหว่างตั้งครรภ์และมีการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ และได้รับวัคซีนตามกำหนด

พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) โดยได้รับจากตึกหลังคลอด และได้รับการสอนวิธีใช้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่เข้าใจวิธีใช้คู่มืออย่างถูกต้อง และมีการนำแนวทางไปปฏิบัติจริงบ้างเป็นครั้งคราว แสดงถึงการเข้าถึงเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาการที่มีคุณภาพ แม้การปฏิบัติยังไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมยุดา นาครัตน์ และคณะ (2564) พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 88.6 และในจำนวนผู้ได้รับคู่มือไม่เคยอ่านคู่มือ DSPM ที่ได้รับถึงร้อยละ 36

พัฒนาการของเด็ก เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ยังพบเด็กบางส่วนสงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะด้านภาษา ทั้งการเข้าใจและการใช้ภาษา ทั้งนี้ เด็กส่วนใหญ่ที่มีพัฒนาการล่าช้าจะล่าช้าเพียง 1 ด้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในช่วงปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมยุดา นาครัตน์ และคณะ (2564) พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 11 ในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่อ่านคู่มือ DSPM พบจำนวนเด็กมีพัฒนาการล่าช้า และล่าช้าทุกด้านมากกว่า 2 เท่าของจำนวนที่มีพัฒนาการปกติ

ภาวะโภชนาการของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการในระดับสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการวางแผนโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในอนาคต สอดคล้องกับ World Health Organization (2024) เป้าหมายย่อยที่ 2.2 การยุติภาวะทุพโภชนาการ พบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ภาวะผอมแห้ง และภาวะอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมายโภชนาการระดับโลก พ.ศ.2568 (Global nutrition targets 2025)

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.06 ± 1.96 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การให้เด็กบริโภคอาหารหลากหลายชนิดเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน แต่ยังคงมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนบางประเด็นเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูมีพื้นฐานความรู้ที่ดีแต่ยังต้องเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดอาหารให้เหมาะสมกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน (2563) พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่นำมาใช้เลี้ยงบุตรหลานในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องความสำคัญของอาหารมื้อเช้า

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$) โดยเด็กที่มีส่วนสูงค่อนข้างเตี้ยหรือเตี้ยมีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงปกติ 2.22 เท่า (95% CI: 1.12–4.41) ขณะที่น้ำหนักตามอายุ ($p = 0.242$) และน้ำหนักตามส่วนสูง ($p = 0.060$) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชอบ เกษโกวิท (2560) ศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ในเขต ศูนย์อนามัยที่ 4 พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี แนวโน้มในเด็กกลุ่มที่เตี้ยจะมีพัฒนาการ ล่าช้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพร อึ้งอาภรณ์ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบลรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในพื้นที่ทำการศึกษามีความชุกของภาวะโภชนาการเกินและอ้วนขึ้น ด้านพัฒนาการเด็กพบภาวะสงสัยพัฒนาการช้าโดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการทั้งขาดและเกินเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sally Grantham-McGregor et al. (2007) พบว่าเด็กที่มีภาวะแคระแกร็น (stunting) เกิดจากการขาดอาหารเป็นระยะเวลานานซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษา นอกจากนี้ Maureen M Black et al. (2017)

ยังชี้ว่า ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต มีผลระยะยาวต่อการพัฒนาการสมองและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าส่วนสูงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในเชิงสุขภาพและพัฒนาการโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

- 1) ควรมีการติดตามและเฝ้าระวังโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมตามวัย เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีให้กับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัย
- 3) หน่วยบริการสุขภาพควรดำเนินการคัดกรองภาวะโภชนาการร่วมกับการประเมินพัฒนาการเด็กในทุกครั้งที่เด็กเข้ารับบริการ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
- 4) ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง ประเมิน และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะด้านการดูแลเด็กแก่ผู้ปกครอง โดยเน้นความสำคัญของอาหาร การเล่น และการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการของเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) การศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกับผลการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับอาจนำไปใช้วางแผนหรือกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 ในภาพรวมต่อไปในอนาคต
- 2) ควรมีการขยายพื้นที่ศึกษา เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างในด้านปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กในแต่ละภูมิภาค
- 3) อาจใช้รูปแบบการศึกษาระยะยาว เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็กในช่วงเวลาต่างๆ และสามารถระบุแนวโน้มของผลกระทบได้ในระยะยาว
- 5) ควรศึกษาแนวทางการใช้แอปพลิเคชันหรือเครื่องมือดิจิทัลในการเก็บข้อมูลและติดตามพัฒนาการเด็กในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา นาคเพ็ชร, จุไร อภัยจิรรัตน์, และสมพิศ ไยสุน. (2548). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล (2nd ed.). วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ช่อทิพย์ โกมลวาทิน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567 จาก <https://ir.stou.ac.th/handle/123456789/10926>
- นพร อึ้งอาภรณ์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบลรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วารสารราชพฤกษ์, 9(3), 13–17. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://mis.nrru.ac.th/gradjournal/uploadify/uploads/Test/1%2003-11-14%2010-29-07.pdf>
- บุญชอบ เกษโกวิท. (2560). ภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กอายุ 3–5 ปี ในเขตศูนย์อนามัยที่ 4. วารสารโภชนาการ, 52(2), 1-15 จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JNAT/article/view/116094>
- เปรมยุดา นาครัตน์, สุวณีย์ จอกทอง, และถาวร พุ่มเอี่ยม. (2564). ผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 1(1), 40–49.
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2562). สถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการในประเทศไทย. ใน ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังด้านโภชนาการในระดับประชาคมอาเซียน (หน้าไม่ระบุ). กรุงเทพมหานคร: โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น.
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2567). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567. สืบค้นเมื่อ 31 กันยายน 2567, จาก <https://nich.anamai.moph.go.th/>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). สุขภาพคนไทย 2561. สืบค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567, จาก http://thaihealthreport/file_book/din-main-61.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2566). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 (MICS7). สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2567, จาก <https://unicef.org/thailand>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). สุขภาพคนไทย 2561. สืบค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567, จาก http://www.thaihealthreport.com/file_book/din-main-61.pdf
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., & Lu, C. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. The Lancet, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). Nursing care of children: Principles & practice (4th ed.). Elsevier Saunders. ISBN 9781455703661. Available at <https://www.uk.elsevierhealth.com/nursing-care-of-children-9781455703661.html>
- World Health Organization. (2024). Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>