

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สถานการณ์และลักษณะของเด็กที่มีปัญหาพูดช้าในจังหวัดศรีสะเกษ
Situations and Characteristics of Children
with Delayed Speech in Sisaket Province

นิติกรณ์ บุชบงก์, พ.บ.*

Nitiporn Boossabong, M.D.*

*กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000

*Department of pediatrics, Sisaket hospital, Sisaket Province, Thailand, 33000

*Corresponding author, E-mail address: pormd@hotmail.com

Received: 26 Jan 2021. Revised: 03 Feb 2021. Accepted: 22 Mar 2021

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ปัญหาพัฒนาการทางภาษาล่าช้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลศรีสะเกษแต่ยังขาดการรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ สถานการณ์และทราบลักษณะทั่วไปในเด็กที่พูดช้า
- วิธีการเก็บข้อมูล** : รูปแบบการวิจัยเป็น Descriptive study แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีจากเวชระเบียน และจากคลินิกพัฒนาการเด็ก (retrospective data collection) โดยประชากรที่ศึกษา เป็นเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ผลการศึกษา** : เด็กที่มีปัญหาพูดช้าพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62 ถูกเลี้ยงดูโดยบิดามารดา เป็นหลัก และส่วนใหญ่มารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี พบเป็นกลุ่ม เด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่แรกเกิด (low birth weight) ร้อยละ 71.5 และพบมีปัญหา ในช่วงแรกเกิด ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะ developmental language disorder ร้อยละ 46 ในการเลี้ยงดูที่พบ ได้แก่ การใช้สื่อมากกว่า 2 ชม.ต่อวัน การใช้ภาษามากกว่า 2 ภาษา (ภาษาถิ่น) และทำกิจกรรมกระตุ้นทักษะทางภาษาน้อย
- สรุป** : เด็กพูดช้าในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะพัฒนาการทางภาษา ผิดปกติ (developmental language disorder) และพบว่าลักษณะร่วมที่สำคัญ คือ เป็นเด็ก ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (low birth weight) และใช้สองภาษาขึ้นใช้ในการเลี้ยงดู ภาษาถิ่นและภาษาไทย)
- คำสำคัญ** : พูดช้า ความล่าช้าด้านภาษา พัฒนาการทางภาษาล่าช้า

ABSTRACT

- Background** : In general practice, the delayed speech are often found in the child development clinic at Sisaket hospital. However, the statistical collection is still lacking. The objectives aim to know the situations and characteristics of delayed speech in the children.
- Methods** : This is a descriptive study in the delayed speech children who under 5 years old in Sisaket province. All participants were diagnosed by pediatricians according to ICD10 from the medical records in previous 5 years (retrospective data collection). This study adopts descriptive statistical methods including frequency, percentage, mean, and standard deviations.

Results

: From 200 children with delayed speech, the majority was male. They were taken care mainly by their mother whose education background was under the bachelor degree. About their health conditions, 71.5% of these patients were found facing the low birth weight. 30% were also found confronting problems when they were born. Forty-six percent were diagnosed with the developmental language disorder (DLD). They were found including the use of media for more than 2 hours each day, the use of multiple languages (local dialect), and the poor opportunity to practice language usage skills.

Conclusion

: Children with delayed speech in Sisaket Province were found facing with the developmental language disorder (DLD) condition as the main cause. They were born with the low birth weight and they were treated by using multiple languages (local dialects and Thai).

Keywords

: Delayed speech, language delays, delay language development.

หลักการและเหตุผล

พัฒนาการทางด้านภาษาเป็นความสามารถที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของสมองส่วนต่างๆ ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยทางพันธุกรรมของเด็ก และสิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู เป็นพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้เพิ่มเติม มีความสัมพันธ์กับสติปัญญาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เมื่อเติบโตขึ้นอย่างชัดเจน^(1,2,3) ในเวชปฏิบัติทั่วไปปัญหาพัฒนาการทางภาษาล่าช้าเป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยมีอุบัติการณ์ในเด็กอายุ 2 ปี สูงถึงประมาณ ร้อยละ 10 ถึง 15^(4,5,6) จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2560 กรมอนามัยได้สำรวจพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัยโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) พบว่าเด็กไทยสงสัยภาวะพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 23 และส่วนใหญ่เป็นล่าช้าทางด้านการใช้ภาษา⁽⁷⁾ และข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งรวมถึงจังหวัดศรีสะเกษ ผลสำรวจพบว่าเด็กอายุ 18 เดือน สงสัยพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าสูงถึงร้อยละ 40⁽⁸⁾ พัฒนาการทางภาษาของเด็ก เกิดจากการทำงานร่วมกัน ของสมอง และอวัยวะส่วนต่างๆ ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยทางพันธุกรรม ปฏิสัมพันธ์กับภาวะแวดล้อม สุขภาพ โภชนาการ และประสบการณ์เรียนรู้จากคนรอบข้างอย่างเป็นขั้นตอน⁽⁹⁻¹²⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาสอดคล้องกับข้อสังเกตจากการตรวจเด็กที่คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่ามีผู้ป่วยที่มาตรวจส่วนใหญ่มีปัญหาพัฒนาการทางภาษาล่าช้า และพบมากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาเพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบสถานการณ์ของเด็กพูดช้าในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อทราบลักษณะทั่วไปของเด็กที่มีภาวะพูดช้า

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบ descriptive study, retrospective data collection โดยประชากรที่ศึกษา คือ เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพูดช้าโดยกุมารแพทย์ และได้รับการตรวจหาสาเหตุตามแนวทางการดูแลเด็กพูดช้าโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2557- 30 กันยายน พ.ศ.2562 เก็บข้อมูลรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยที่มีภาษาล่าช้าด้วย ICD 10 ย้อนหลัง 5 ปี เก็บข้อมูลจาก

1. ประวัติจากเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสะเกษ
 2. แฟ้มข้อมูลจากคลินิกพัฒนาการที่มีข้อมูลด้านการเลี้ยงดูและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 002/2562 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

ผลการศึกษา

รวบรวมข้อมูลเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพุดซาโดยกุมารแพทย์ และได้รับการตรวจหาสาเหตุตามแนวทางการดูแลเด็กพุดซา โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2557-30 กันยายน พ.ศ.2562 ทั้งหมด 200 คน พบเด็กพุดซา

ในจังหวัดศรีสะเกษส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 124 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 มีภูมิลำเนาอยู่นอกอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 77.5 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ปกติร้อยละ 57.5 ถูกเลี้ยงดูโดยบิดามารดาเองคิดเป็นร้อยละ 59.5 ระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 64 อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ 16-25 ปี และ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 เท่ากัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กพุดซาจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนที่ 1

ข้อมูลพื้นฐาน	เด็กพุดซา (N=200)
	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	124(62.0%)
หญิง	76(38.0%)
ภูมิลำเนา	
ในอำเภอเมือง	45(22.5%)
นอกอำเภอเมือง	155(77.5%)
น้ำหนัก	
Normal	115(57.5%)
Overweight	46(23.0%)
Underweight	39(19.5%)
ผู้เลี้ยงดูหลัก	
บิดา มารดา	119(59.5%)
ปู่ ย่า ตา ยาย	74(37.0%)
ญาติ	7(3.5%)
การศึกษามารดา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128(64.0%)
ประถมศึกษา	26(20.3%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	33(25.8%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	62(48.4%)
อนุปริญญา (ปวส)	7(5.5%)
ปริญญาตรีขึ้นไป	72(36.0%)
ปริญญาตรี	69(95.8%)
ปริญญาโทขึ้นไป	3(4.2%)
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ (ปี)	
<15	0(0.0%)
16-25	91(45.5%)
26-35	91(45.5%)
>35	18(9.0%)

กลุ่มตัวอย่างเด็กพุดซาในจังหวัดศรีสะเกษ 13 เดือน ในขณะที่ส่วนใหญ่มีน้ำหนักสุทธิเฉลี่ยอยู่ที่ 12.8±3.9 กิโลกรัมโดยน้ำหนักมากที่สุดอยู่ที่ 40 กิโลกรัม และมีอายุน้อยสุดอยู่ที่ 6.8 กิโลกรัม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กพุดซาจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนที่ 2

คุณลักษณะ	น้อยที่สุด	มากที่สุด	Mean±S.D.
อายุ (เดือน)	13	60	32.9±11.0
น้ำหนักสุทธิ (กิโลกรัม)	6.8	40	12.8±3.9

ข้อมูลระหว่างการเกิดพบว่าส่วนใหญ่เกิดครบกำหนดคิดเป็นร้อยละ 81.5 และเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 17.5 สำหรับน้ำหนักแรกเกิดเป็นกลุ่มทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย (Low birth weight) ร้อยละ 71.5 ไม่มีปัญหาระหว่างการเกิด ร้อยละ 68.5 มีปัญหาระหว่างการเกิดร้อยละ 32.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กพุดซา จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนที่ 1

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุครรภ์	
Term (37-42 weeks)	163(81.5%)
Preterm (<37 weeks)	37(18.5%)
น้ำหนักแรกเกิด	
Normal (≥2500 g)	57(28.5%)
Low birth weight (<2500 g)	143(71.5%)
ปัญหาระหว่างการเกิด	
ไม่มี	137(68.5%)
มี	63(31.5%)
ปัญหาที่ตรวจพบ ได้แก่	
Birth asphyxia	18(28.6%)
Jaundice	18(28.6%)
Sepsis/infection	12(19.5%)
Respiratory distress	6(9.5%)
Congenital anomaly	5(8.0%)
Other/ไม่ระบุ	4(6.3%)

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าร้อยละ 68 ไม่มีโรคประจำตัว เด็กร้อยละ 99.5 ตรวจการได้ยินปกติ ร้อยละ 46 ได้รับการวินิจฉัยเป็น developmental language disorder (DLD) พบภาวะอื่นๆ คือ globally delayed development (GDD), autistic spectrum disorder (ASD) และ hearing problem (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กพุดชา จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนที่ 2

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	136(68.0%)
มี	64(32.0%)
ประเภทของโรคประจำตัว	16(25.0%)
Down syndrome/congenital anomalies Epilepsy	9(14.0%)
Congenital heart disease	7(10.9%)
Brain anomaly	6(9.4%)
Thalassemia	4(6.3%)
Others /ไม่ระบุ	22(34.4%)
ตรวจการได้ยิน	
ปกติ	199(99.5%)
ผิดปกติ	1(0.5%)
การวินิจฉัยสาเหตุพุดชาวินิจฉัยโดยแพทย์	
Developmental language disorder (DLD)	92(46.0%)
Globally delayed development (GDD)	67(33.5%)
Autistic spectrum disorder (ASD)	40(20.0%)
Hearing problem	1(0.5%)

ด้านการเลี้ยงดูพบว่ามีการใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่างเกิน 2 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 57.7 และมีเด็กใช้สื่อเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 14.5 พบมีสมาชิกในครอบครัวพุดชาร้อยละ 30 การใช้ภาษาในการสื่อสารพบ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ด้านการเลี้ยงดูในเด็กพุดชา จังหวัดศรีสะเกษส่วนที่ 1

การเลี้ยงดู	จำนวน (ร้อยละ)
การใช้สื่อ	
น้อยกว่า 2 ชม. ต่อวัน	85(42.5%)
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชม. ต่อวัน	115(57.5%)
2-4	62(53.9%)
4-6	24(20.9%)
> 6	29(25.2%)
สมาชิกในครอบครัวพุดชา	
ไม่มี	140(70.0%)
มี	60(30.0%)
พ่อแม่	33(55.0%)
พี่น้อง	7(11.6%)
ญาติ	20(33.3%)
การเลี้ยงดูในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)	
ใช้มากกว่า 2 ภาษา	118(59.0%)
ครอบครัวขยาย	31(15.5%)
พ่อแม่แม่อายุ <20 ปี	5(2.5%)
ลูกคนเดียว	29(14.5%)

ในส่วนของปัจจัยด้านการเลี้ยงดู พบว่าการ
เล่นนันทนาการให้เด็กฟัง การใช้หนังสือภาพ และทำกิจกรรม
นอกสถานที่เช่น สนามเด็กเล่น สวนสัตว์ พบว่าส่วนใหญ่

ทำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับการ เล่นของเล่นพบว่า
ส่วนใหญ่ได้เล่นเป็นประจำ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การด้านเลี้ยงดูในเด็กพูดช้า จังหวัดศรีสะเกษส่วนที่ 2

การเลี้ยงดู	จำนวน (ร้อยละ)
เล่นนันทนาการ	
ทำประจำ (>3 ครั้งต่อสัปดาห์)	30(15.0%)
นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	121(60.5%)
ไม่ทำ	49(24.5%)
หนังสือภาพ	
ทำประจำ (>3 ครั้งต่อสัปดาห์)	43(21.5%)
นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	123(61.5%)
ไม่ทำ	34(17.0%)
เล่นของเล่น	
ทำประจำ (>3 ครั้งต่อสัปดาห์)	135(67.5%)
นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	56(28.0%)
ไม่ทำ	9(4.5%)
กิจกรรมนอกสถานที่ (เช่น สนามเด็กเล่น สวนสัตว์)	
ทำประจำ (>3 ครั้งต่อสัปดาห์)	84(42.0%)
นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	99(49.5%)
ไม่ทำ	17(8.5%)

วิจารณ์

เด็กพูดช้าในจังหวัดศรีสะเกษพบว่าส่วนใหญ่
เป็นเด็กชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษา
ก่อนหน้านี้⁽¹⁻⁴⁾ ซึ่งพบว่าเด็กชายมีปัญหาพูดช้ามากกว่าเด็กหญิง
และส่วนใหญ่เป็นเด็กนอกอำเภอเมืองเนื่องจากการ
กระจายตัวประชากรส่วนใหญ่อยู่นอกเมือง เด็กส่วนมาก
มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน แม้ผู้เลี้ยงดูหลักจะยังเป็น
บิดามารดา แต่ยังคงพบได้รับการเลี้ยงดูโดยปู่ย่าตายาย
และญาติพบเกือบร้อยละ 40 ซึ่งพอจะสะท้อนภาพการ
เลี้ยงดูเด็กในต่างจังหวัดโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มีงานวิจัยที่ชี้ว่าการศึกษาและอายุของมารดามีผลต่อ
ระดับสติปัญญาของเด็ก⁽¹³⁾ การศึกษานี้พบว่า มารดาของ
เด็กที่พูดช้า ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี
พบถึงร้อยละ 64 และอายุมารดาในช่วง 16-25 ปี
พบใกล้เคียงกับช่วง 26-35 ปี ซึ่งคือกลุ่มวัยเจริญพันธุ์
สำหรับข้อมูลส่วนตัวของเด็กพูดช้าพบว่าส่วนใหญ่เกิด
ครบกำหนด แต่ที่น่าสนใจมากคือเป็นกลุ่มน้ำหนักแรก

เกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบมากถึงร้อยละ 71.5 ซึ่งเมื่อ
ติดตามดูข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษจากรายงานมาตรฐาน
งานอนามัยแม่และเด็กพบว่าในปี พ.ศ.2562 ทารกแรกเกิด
น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม พบมากถึงร้อยละ 7.8(8)
เด็กกลุ่มนี้มีข้อมูลสนับสนุนว่าสัมพันธ์กับพัฒนาการทาง
ภาษาล่าช้าได้^(14,15)

สำหรับปัญหาระหว่างการเกิดที่พบได้ 3 อันดับ
คือ Birth asphyxia, Neonatal jaundice และ Neonatal
sepsis ซึ่งเหล่านี้ถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด
สำหรับ Birth asphyxia สัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้า
ทุกด้าน⁽¹⁾ สำหรับ Neonatal jaundice และ Neonatal
sepsis ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีผลกับพัฒนาการทาง
ด้านภาษา อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อ

เมื่อตรวจพัฒนาการและได้รับการประเมิน
โดยกุมารแพทย์แล้ว ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น
Developmental language disorder (DLD) ซึ่งมี

ปัญหาพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาอย่างเดียว พบมากถึงร้อยละ 46 สอดคล้องกับข้อมูลพัฒนาการเด็กของประเทศไทย^(1,12) รองลงมา คือ Globally delayed development (GDD) พบร้อยละ 33.5 ซึ่งเชื่อมโยงกับโรคประจำตัวของเด็กที่พบ เช่น Down syndrome, Brain anomalies, Epilepsy เป็นต้น ส่วน Autistic spectrum disorder (ASD) พบถึงร้อยละ 20 และพบมีปัญหาเรื่องการได้ยิน 1 ราย ซึ่งอุบัติการณ์พบได้ 1-2 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย⁽¹⁶⁾ ถือว่าสอดคล้องกัน

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องในแง่การเลี้ยงดู พบว่าส่วนใหญ่ใช้สื่อเกินกว่ากำหนดคือมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันพบถึงร้อยละ 57.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องการใช้สื่อส่งผลกับพัฒนาการทางภาษาของเด็ก^(17,18) ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวพูดซ้ำแต่หากมีพูดว่าเป็นพ่อหรือแม่ที่พูดซ้ำพบมากถึงร้อยละ 55 และเนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษมีภาษาถิ่นที่หลากหลายหลายมีทั้ง เขมร ลาว ส่วย เยอ จึงพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าส่วนใหญ่ใช้ 2 ภาษาที่บ้าน แต่ยังไม่มีความเข้าใจด้านภาษาที่เพิ่มเติม เนื่องจากบางภาษารากศัพท์มีความแตกต่างกับภาษาไทย เมื่อนำเด็กมาตรวจพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน (ใช้ TED4I) อาจจะมีผลต่อการประเมินเนื่องจากความแตกต่างหรือความไม่เข้าใจด้านภาษาที่เป็นได้ และกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่มีผลกับภาวะพูดซ้ำ พบว่าใช้หนังสือนิทานและหนังสือภาพซึ่งเป็นเครื่องมือที่แนะนำในการพัฒนาการด้านภาษาพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้แต่นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) ซึ่งถือว่าเด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสในการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมโดยผู้เลี้ยงดูค่อนข้างน้อย

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังถึง 5 ปีทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น และมีจำนวนที่ศึกษาถึง 200 คนซึ่งพอที่จะได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับบริบทพื้นที่ทำให้สามารถทำงานเชิงรุกในการค้นหาและอาจช่วยป้องกันภาวะพูดซ้ำในเด็ก

จุดด้อยของงานวิจัยนี้คือ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังซึ่งทำให้บางลักษณะรายละเอียดไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร ในอนาคตจะทำการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อหาปัจจัยพยากรณ์การพูดซ้ำในเด็ก โดยทำเป็น analytical study ต่อไป

ข้อจำกัด เนื่องจากภาวะพูดซ้ำขึ้นกับความตระหนักของผู้เลี้ยงดู พบว่าอายุเฉลี่ยในการมาพบแพทย์ครั้งแรก 32 เดือน ถือว่าส่วนใหญ่มาช้า กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนคือ กลุ่มที่ได้ติดตามต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังน้อยกว่าความเป็นจริง และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มคุณภาพของการให้บริการ เช่น ร้อยละของเด็กพูดซ้ำที่กลับมาพัฒนาการทางภาษาปกติระยะเวลาที่ใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการ เป็นต้น

สรุป

พบลักษณะสำคัญของเด็กพูดซ้ำในจังหวัดศรีสะเกษคือ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยและมีการใช้ 2 ภาษาในครอบครัวซึ่งเป็นความหลากหลายของเผ่าพันธุ์ในจังหวัดเอง

เอกสารอ้างอิง

1. รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์. พัฒนาการทางภาษาล่าช้า. ใน: ทิพวรรณหรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ชาครียา อีรเนตร, อติศรีสุตา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก; 2554:285-98.
2. Stein MT, Parker S, Coplan J, Feldman H. Expressive language delay in a toddler. J Dev Behav Pediatr 2001;22(2 Suppl): S99-103.
3. Feldman HM. Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. Pediatr Rev 2005; 26(4):131-42.
4. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res 1997;40(6):1245-60.

5. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord* 2000;35(2):165-88.
6. Rapin I. Practitioner review: developmental language disorders: a clinical update. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(6): 643-55.
7. สถาบันพัฒนาอานามวัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 สถาบันพัฒนาอานามวัยเด็กแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ); 2560.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานตัวชี้วัดของกระทรวง ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2019.
9. Simms MD, Schum RL. Language development and communication disorder. In: Beheman RE, Kliegman RM, Jensen HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics* 18th. ed. Philadelphia: WB Saunders; 2007:152-62.
10. Kelly DP, Salley JI, Disorders of speech and language. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. *Developmental-Behavioral pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders; 1999: 594-5.
11. McLaughlin MR. Speech and language delay in children. *Am Fam Physician* 2011;83(10): 1183-8.
12. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาเด็กที่มีภาวะพูดช้า. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.thaipediatrics.org/pages/doctor/detail/8/98>
13. Lean RE, Paul RA, Smyser CD, Rogers CE. Maternal intelligence quotient (IQ) predicts IQ and language in very preterm children at age 5 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(2):150-9.
14. Hillman LS, Day LS, Hoffman HJ, Stockbauer JW. Poorer outcomes of all low birth weight groups at age 10: Missouri statewide case-control study. *Early Hum Dev* 2019; 136:60-9.
15. Mamdouh H, El-Badry M M, Zaky E A, Helmy W. Assessment of language disorders in low birth weight children. *Egypt J Otolaryngol* 2015;31:254-63.
16. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2007;120 (4):898-921.