

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ก่อนวัยเรียนในคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ สุพรรณบุรี

Incidence and Associated Factors of Suspected Developmental Delay in Preschool Childhood: A Retrospective Study at Child Development Clinic, Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri

วริศรา ทองสีเข้ม พ.บ.,

วว. กุมารเวชกรรม

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

จังหวัดสุพรรณบุรี

Warisara Thongseekhem M.D.,

Dip., Thai Board of Pediatrics

Division of Pediatrics

Chaophrayayommarat Hospital

Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กก่อนวัยเรียนในคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยศึกษาผู้ป่วยเด็กอายุ 0-6 ปี เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการคลินิกพัฒนาการเด็ก

ผลการศึกษา: จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 210 ราย มีผู้ป่วยสงสัยพัฒนาการล่าช้า 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.6 และจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มารดาที่มีอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี; การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์; น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม; และคะแนน Apgar ที่ 5 นาที และที่ 10 นาที ที่น้อยกว่า 8 และ 9 ตามลำดับ ระยะเวลาการใช้สื่อน้ำนมมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้า มากกว่าเด็กที่ใช้สื่อน้ำมน้อยกว่า 2.17 เท่า และการมีกิจกรรมการอ่านนิทานให้เด็กฟัง มีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการทางภาษาล่าช้า น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการอ่านนิทาน ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ พบว่า ระยะเวลาการใช้สื่อน้ำนมที่มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการทางภาษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขณะที่ปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar และกิจกรรมการอ่านนิทาน ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการปรับค่าปัจจัยร่วม

สรุป: จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการช้า ได้แก่ อายุครรภ์มารดาขณะตั้งครรภ์ ที่มากกว่า 35 ปี; อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์; น้ำหนักแรกเกิดที่น้อยกว่า 2,500 กรัม; คะแนน Apgar ที่อายุ 5 นาที และ 10 นาที ที่น้อยกว่า 8 และ 9 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของระบบประสาทและการเรียนรู้ในระยะยาว ดังนั้น การเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการของเด็กที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะเด็กที่เกิดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการ เช่น การอ่านนิทานร่วมกับเด็ก และการจำกัดระยะเวลาการใช้สื่อหน้าจอ อาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เหมาะสมตามวัยได้

คำสำคัญ: เด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเสี่ยง สงสัยพัฒนาการช้า

วารสารแพทย์เขต 4-5 2569 ; 45(3) : 447-461.

Abstract

Objective: This study aimed to determine the incidence of suspected developmental delay and additionally identify factors associated with suspected developmental delay among preschool children attending the Child Development Clinic at Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri, Thailand.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted among children aged 0–6 years who were newly registered at the Child Development Clinic.

Results: A total of 210 children were included in the study. Among them, 163 children were suspected of having developmental delay (77.6%). Univariate analysis revealed that several factors were significantly associated with developmental delay, including maternal age ≥ 35 years at pregnancy, preterm birth (gestational age < 37 weeks), low birth weight ($< 2,500$ grams), 5-minute Apgar score of < 8 and 10-minute Apgar score of < 9 , and daily screen time exceeding 2 hours. Children who used screen media for more than 2 hours per day had a 2.17-fold higher risk of developmental delay compared with those with less screen exposure. In contrast, storytelling activities with children was associated with a lower risk of language developmental delay, suggesting a protective effect. Multivariate analysis demonstrated that screen time exceeding 2 hours per day remained significantly associated with language developmental delay, while other factors including maternal age, gestational age, birth weight, Apgar scores, and storytelling activities were not significantly associated after adjusting for potential confounders.

Conclusion: The study identified several maternal and perinatal factors significantly associated with developmental delay, including advanced maternal age (> 35 years), preterm birth (< 37 weeks),

low birth weight (<2,500 grams), and low Apgar scores at 5 and 10 minutes (<8 and <9, respectively). These factors may increase vulnerability to adverse neurodevelopmental outcomes. Therefore, early developmental surveillance is particularly important for children born preterm or with low birth weight. Promoting developmentally supportive practices, including shared reading, interactive parent-child activities, and appropriate screen-time limits, may further support age-appropriate development and reduce the risk of developmental delay.

Keywords: preschool childhood, risk factors, suspected developmental delay

Received: Mar 18, 2026; Revised: Apr 16, 2026; Accepted: Aug 11, 2026

Reg 4-5 Med J 2026 ; 45(3) : 447-461.

บทนำ

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทั้งด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ การเข้าสังคม อารมณ์ และคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันสถานการณ์ “พัฒนาการล่าช้า” ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกโดยมีรายงานอุบัติการณ์ของปัญหาพัฒนาการล่าช้า ซึ่งได้รับการติดตามจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.4 ไปเป็น ร้อยละ 8.56 ใน พ.ศ. 2564¹ สะท้อนให้เห็นถึงอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่เคยรายงานใน พ.ศ. 2559 พบว่ามีเด็ก 52 ล้านคนทั่วโลกที่ประสบปัญหาพัฒนาการล่าช้า² ส่วนในประเทศไทยมีการรายงานอุบัติการณ์โดยกรมอนามัยพบว่า ใน พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557, และ 2560 พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่ และมีแนวโน้มลดลงที่ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0, และ 67.5 ตามลำดับ³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุข และการคัดกรองพัฒนาการ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่สมบูรณ์ตามมาได้

สำหรับการคัดกรองพัฒนาการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีและคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร ใช้วิธีตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM (developmental surveillance and promotion manual) ซึ่งคู่มือ DSPM ได้มีการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ โดยเปรียบเทียบกับการใช้การตรวจพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ Denver II พบว่า DSPM มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.0 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 64.7 ค่าร้อยละการทำนายผลบวก (% predictive value of positive test) เท่ากับ 32.55 และค่าร้อยละการทำนายผลลบ (% predictive value of negative test) 98.92⁴ ซึ่ง DSPM เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้เฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลเด็กได้ใช้ประโยชน์ และหากตรวจพบว่าไม่สมวัย อย่างน้อย 1 ด้าน จะเข้าเกณฑ์ส่งสัยพัฒนาการล่าช้า และเข้าสู่กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการต่อไป และส่งผู้ป่วยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้ารับการรักษาต่อที่คลินิกพัฒนาการ โดยกุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม โดยประเมินพัฒนาการอีกครั้งโดยใช้เครื่องมือ Denver II

สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มักมีปัจจัยมาจากหลายองค์ประกอบ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางพันธุกรรม

สิ่งแวดล้อม และจิตสังคม และยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ดังนั้นการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้าในเด็กก่อนวัยเรียน ที่เข้ารับการรักษา ในคลินิกพัฒนาการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงเป็น การพัฒนาคุณภาพของการตรวจรักษา และนำความรู้ ไปใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังการเกิดปัญหา พัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

จากการศึกษาของ National Center for Biotechnology Information⁵ และ Aldosari และคณะ⁶ ที่ศึกษาปัจจัยของการเกิดพัฒนาการช้า พบว่า ปัญหาพัฒนาการล่าช้า เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก การที่สามารถวินิจฉัยและรักษาพัฒนาการช้า ได้เร็วเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากปัญหาพัฒนาการช้า สามารถส่งผลกระทบต่อความพิการแบบถาวร ความยากลำบาก ในการเรียนรู้ และคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคตได้ ปัจจุบันมีการศึกษาทั้งเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลและชุมชน โดยมุ่งเน้นปัจจัยที่หลากหลายของสาเหตุของ พัฒนาการช้า ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และ เศรษฐฐานะ

โดยข้อมูลจากการศึกษาของ McGowan และคณะ⁷ ที่เป็นการศึกษาแบบ multicenter cohorts พบว่าอุบัติการณ์ของพัฒนาการช้าค่อนข้างต่ำว่าเป็นจริง ขึ้นอยู่กับความแตกต่างจากภูมิภาค และกลุ่มทารก คลอดก่อนกำหนดและทารกกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง⁸ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Zhang และคณะ⁹ จากการศึกษาหา ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะพัฒนาการช้าในชนบท ของประเทศจีน พบว่าประชากรจีน มีอุบัติการณ์ที่ เกี่ยวข้องอย่างมากกับเศรษฐฐานะที่ยากจน ส่วนข้อมูล งานวิจัยของ Kerebh และคณะ¹⁰ จากประเทศแอฟริกา ที่เป็นการสำรวจข้อมูลจากชุมชนพบว่า มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับเรื่องขาดสารอาหารและการเข้าถึง บริการสาธารณสุข เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ

ประเทศไทย โดย Phosri และคณะ¹¹ ที่เป็นการศึกษา แบบเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล พบว่า พัฒนาการช้า มีความสัมพันธ์ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารก กลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัย ที่เกี่ยวข้องด้านชีวภาพ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกขาดออกซิเจน ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม^{7,8} โรคทางพันธุกรรมและโรคทางระบบพัฒนาการสมอง⁹ ส่วนปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ความเหลื่อมล้ำของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของมารดา และความยากจนของครอบครัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง⁹ ส่วนการศึกษาในประชากรประเทศอินโดนีเซียของ Sitaresmi และคณะ¹² และการศึกษาของ Kerebh และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในเด็กที่มีพัฒนาการช้า ในช่วง อายุ 12-59 เดือน ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า มีความ เกี่ยวข้องกันอย่างมากในเรื่องของ ภาวะขาดสารอาหาร ในเด็ก และความบกพร่องของความรู้ด้านการอ่านเขียน ของผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงการคัดกรองและ การรักษาพัฒนาการช้า⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า เรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยและความพร้อมของ ระบบบริการสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับ ประสิทธิภาพในการคัดกรองและตรวจรักษาผู้ป่วย¹³

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการช้า มีองค์ประกอบจาก หลายปัจจัย (multifactorial factor) ไม่ว่าจะเป็นจาก ทางด้านชีวภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการศึกษาจากทั่วโลกพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง คลอด ล้วนเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่มีความสำคัญต่อ พัฒนาการช้า ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี การที่ครอบครัวมีขีดจำกัดทางทรัพยากร และระบบ สาธารณสุขที่อาจจะไม่เอื้ออำนวย เป็นปัจจัยเสริม

ที่ทำให้ภาวะพัฒนาการช้าลงแย่ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

จากงานวิจัยของ Emmers และคณะ¹³ พบว่าการคัดกรองพัฒนาการในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าอยู่แล้ว เช่น เด็กกลุ่มน้ำหนักตัวน้อย กลุ่มคลอดก่อนกำหนด เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพบพัฒนาการช้าได้เร็ว (early detection) และการที่มีการรักษาแบบสหวิชาชีพ (integrated intervention) คือ มีการส่งเสริมด้านการให้นมแม่ การมีโภชนาการที่ดีตามวัย และการเข้าสู่โปรแกรมการกระตุ้น เป็นการรักษาที่มีหลักฐานพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันพัฒนาการล่าช้า ในเด็กกลุ่มเสี่ยง ส่วนการคัดกรองพัฒนาการในประเทศไทย ปัจจุบันใช้การคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ DSPM โดยมีเป้าหมายการคัดกรองและติดตามด้วยเช่นกันในเด็กกลุ่มเสี่ยง และเน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Martins และคณะ¹⁴ พบว่าหากมีการระบุปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาพัฒนาการช้า เช่น การศึกษาของมารดา ภาวะเศรษฐกิจที่ยากจนของครอบครัว ซึ่งเป็นการลงทุนระยะยาว และหากแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ จะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของทั้งกลุ่มได้ในประชากรที่มีพัฒนาการช้า

ส่วนในประเทศไทยเอง จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2564 โดยกรมอนามัย ซึ่งเป็นการสำรวจเด็กอายุ 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั่วประเทศ จำนวน 5,113 คน พบว่าเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านเพียงร้อยละ 70.3 หรือกล่าวได้ว่า เด็กปฐมวัยไทยประมาณร้อยละ 30 มีพัฒนาการต่ำกว่ามาตรฐาน/สงสัยล่าช้า¹⁵ และโดยสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาล จากจังหวัดร้อยเอ็ด ลำปาง พบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกที่ขาดออกซิเจนขณะคลอด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์

กับพัฒนาการล่าช้า แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นการศึกษาจากกลุ่มประชากรที่มีจำนวนจำกัด จึงไม่สามารถนับเป็นภาพรวมของประเทศได้ (generalizability) และหากสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงได้ จะได้เป็นการป้องกันการเกิดพัฒนาการช้าได้ในระยะยาวต่อไป การตรวจคัดกรองและค้นหาเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นปัจจัยสำคัญต่อการ early intervention และการดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียน คลินิกพัฒนาการเด็ก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กก่อนวัยเรียนในคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบงานวิจัย (Research design)
 - Retrospective descriptive study
2. ประชากรที่ต้องการศึกษา (Study population)
 - ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-6 ปี เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่รับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี ระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

3. การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation) ประกอบด้วย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยเด็ก อายุ 0-6 ปี
- เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี
- มีข้อมูลครบในเวชระเบียน

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- เด็กที่มีพัฒนาการช้าที่มีโรคสมองพิการ โรคทางพันธุกรรม หรือมีภาวะบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยิน และมีพัฒนาการช้ามาก่อน

4. การประเมินพัฒนาการ

- ผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการเป็นรายใหม่ทุกรายได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบประเมิน Denver II โดยกุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรมตามแนวทางของคลินิกพัฒนาการเด็ก
- ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้ ภาวะพัฒนาการล่าช้า (developmental delay) หมายถึง เด็กที่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าโดยกุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม โดยพิจารณาร่วมกับผลการประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง
- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการจากเวชระเบียน โดยจำแนกตามด้านของพัฒนาการ ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (gross motor), ด้านกล้ามเนื้อเล็ก (fine motor),

ด้านภาษา (language), และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (personal-social) ตามองค์ประกอบของเครื่องมือ Denver II

จริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM002/2569 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 210 ราย มีผู้ป่วยสงสัยพัฒนาการล่าช้า 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.6 ดังแสดงในตารางที่ 1 และจากข้อมูลการตรวจพัฒนาการ โดยใช้เครื่องมือ Denver II พบว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านสังคมล่าช้า ร้อยละ 47.6 มีปัญหาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กล่าช้า ร้อยละ 54.3 ด้านพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ล่าช้า ร้อยละ 25.7 และมีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ร้อยละ 76.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

และจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มารดาที่มีอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (crude OR = 2.92; 95% CI: 1.08-7.86; p = .034) การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (crude OR = 4.49; 95% CI: 1.53-13.19; p = .006) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (crude OR = 5.59; 95% CI: 1.65-18.92; p = .006) คะแนน Apgar ที่ 5 นาที (crude OR = 0.21; 95% CI: 0.08-0.59; p = .003) และที่ 10 นาที (crude OR = 0.25; 95% CI: 0.10-0.62; p = .003) ระยะเวลาการใช้สื่อน้ำจมนานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้า มากกว่าเด็กที่ใช้สื่อน้ำจมน้อยกว่า 2.17 เท่า (crude OR = 2.17; 95% CI: 1.43-3.30; p = .001) และการมีกิจกรรมการอ่านนิทาน

ให้เด็กฟัง มีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการทางภาษาล่าช้า
น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการอ่านนิทาน ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกัน
เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariate
analysis) พบว่า ระยะเวลาการใช้สื่อน้ำจืดที่มากกว่า
2 ชั่วโมงต่อวัน ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการ
ทางภาษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR

= 2.07; 95% CI: 1.33–3.21; p = .001) ขณะที่ปัจจัยอื่น
ได้แก่ อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์
น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar และกิจกรรมการอ่าน
นิทาน ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
หลังการปรับค่าปัจจัยร่วม (adjusted OR) ดังแสดง
ในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเด็กก่อนวัยเรียนและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 210)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศเด็ก		
ชาย	57	27.1
หญิง	153	72.9
อายุเด็ก (เดือน), (mean ± SD) / median (IQR)	3.03 ± 1.24	3.08 (2.08, 4.08)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12	7	3.3
13–24	38	18.1
25–36	55	26.2
37–48	57	27.1
มากกว่า 48	53	25.2
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ (ปี), (mean ± SD) / มัธยฐาน (IQR)	30.48 ± 4.5	30 (27, 34)
20–35	163	77.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 35	47	22.4
ประวัติโรคประจำตัวของมารดา		
มีโรคประจำตัว	14	6.7
ไม่มีโรคประจำตัว	196	93.3
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	25	11.0
Preterm labor	17	8.1
Premature rupture of membranes	1	0.5
Gestational diabetes	6	2.9
การได้รับประทานยาบำรุงครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์	165	78.6
ประวัติการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์	5	2.4
ประวัติดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์	5	2.4
ประวัติมารดามีซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์	3	1.4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเด็กก่อนวัยเรียนและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 210) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ
อายุครรภ์ (สัปดาห์), (mean $\pm$ SD) / median (IQR)	36.8 $\pm$ 2.84	38 (37, 38)
น้อยกว่า 28	3	1.4
28–36	49	23.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 37	158	75.2
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), (mean $\pm$ SD) / median (IQR)	2,758.5 $\pm$ 570.76	2,800 (2,500, 3,100)
น้อยกว่า 1,500	6	2.9
1,500–2,499	42	20.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500	162	77.1
วิธีการคลอด		
คลอดธรรมชาติ	89	42.4
ผ่าตัดคลอด	121	57.6
Apgar score, (mean $\pm$ SD)/ median (IQR)		
คะแนนที่ 5 นาที	8.61 $\pm$ 0.74	9 (8, 9)
คะแนนที่ 10 นาที	9.58 $\pm$ 0.75	10 (9, 10)
ภาวะแทรกซ้อน (มีได้มากกว่า 1)		
Respiratory distress syndrome (RDS)	22	10.5
Birth asphyxia	5	2.4
Persistent pulmonary hypertension	1	0.5
Septicemia	0	0.0
Meconium aspiration syndrome (MAS)	1	0.5
Apnea of prematurity (AOP)	5	2.4
Early onset sepsis	18	8.6
Transient tachypnea of newborn (TTNB)	10	4.8
การได้รับนมแม่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	45	21.4
ผู้ดูแลหลัก		
บิดา/มารดา	107	51.0
ปู่ย่า/ตายาย	96	45.7
อื่น ๆ	7	3.3
ระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดู		
ต่ำกว่ามัธยมต้น	125	59.5
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	62	29.5
ปริญญาตรี	20	9.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเด็กก่อนวัยเรียนและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 210) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท/เดือน), (mean $\pm$ SD)/ median (IQR)	11,780.95 $\pm$ 10,983.33	8,000 (6,000, 12,000)
น้อยกว่า 15,000	172	81.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000	38	18.1
ชนิดของสื่อที่เข้าถึง		
โทรทัศน์	137	65.2
โทรศัพท์/แท็บเล็ต	63	30.0
ระยะเวลาที่ใช้สื่อนำจอ (ชั่วโมง/วัน), (mean $\pm$ SD) / median (IQR)	2.1 $\pm$ 1.15	2 (1, 3)
กิจกรรมการอ่านนิทาน (นาที/วัน), (mean $\pm$ SD) / median (IQR)	7.9 $\pm$ 3.1	10 (5, 10)
ไม่มี	178	84.8
มี	32	15.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจพัฒนาการโดยวิธี Denver II ในเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามด้านพัฒนาการ

ด้านพัฒนาการ	จำนวนเด็กสงสัยล่าช้า (n)	ร้อยละเด็กสงสัยล่าช้า
ด้าน personal social		
ปกติ	110	52.4
ล่าช้า	100	47.6
ด้าน fine motor		
ปกติ	96	45.7
ล่าช้า	114	54.3
ด้าน gross motor		
ปกติ	156	74.3
ล่าช้า	54	25.7
ด้าน language		
ปกติ	49	23.3
ล่าช้า	161	76.7
มีพัฒนาการล่าช้า (อย่างน้อย 1 ด้าน)	163	77.6
มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (แยกตามประเภท)		
1 ด้าน	15	7.1
2 ด้าน	75	35.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจพัฒนาการโดยวิธี Denver II ในเด็กก่อนวัยเรียน จำแนกตามด้านพัฒนาการ

ด้านพัฒนาการ	จำนวนเด็กสงสัยล่าช้า (n)	ร้อยละเด็กสงสัยล่าช้า
มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (แยกตามประเภท)		
3 ด้าน	28	13.3
4 ด้าน	45	21.4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการล่าช้า

	พัฒนาการล่าช้า		พัฒนาการสมวัย		Univariate	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	95% CI	p-value
เพศเด็ก						
ชาย	46	28.2	11	23.4	Reference	1
หญิง	117	71.8	36	76.6	1.29 (0.6, 2.74)	.514
อายุเด็ก (เดือน), mean $\pm$ SD	3.18 $\pm$ 1.24		2.48 $\pm$ 1.11		1.62 (1.22, 2.16)	.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12	6	3.7	1	2.1	Reference	1
13–24	24	14.7	14	29.8	0.29 (0.03, 2.62)	.268
25–36	41	25.2	14	29.8	0.49 (0.05, 4.41)	.523
37–48	46	28.2	11	23.4	0.7 (0.08, 6.4)	.750
มากกว่า 48	46	28.2	7	14.9	1.1 (0.11, 10.51)	.937
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ (ปี), mean $\pm$ SD	31.46 $\pm$ 4.21		27.06 $\pm$ 3.77			
20–35	121	74.2	42	89.4	Reference	1
มากกว่าหรือเท่ากับ 35	42	25.8	5	10.6	2.92 (1.08, 7.86)	.034
ประวัติโรคประจำตัวเดิมของมารดา						
มีโรคประจำตัว	10	6.1	4	8.5	0.7 (0.21, 2.35)	.567
ไม่มีโรคประจำตัว	153	93.9	43	91.5	Reference	1
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์					3.33 (0.75, 14.74)	.113
Preterm labor	15	9.2	2	4.3	2.28 (0.5, 10.35)	.285
Premature rupture of membranes	1	0.6	0	0.0	NA	1.000
Gestational diabetes	6	3.7	0	0.0	NA	.999
การได้รับประทานยาบำรุงครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์	124	76.1	41	87.2	0.47 (0.18, 1.18)	.107
ประวัติการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์	2	1.2	3	6.4	0.18 (0.03, 1.12)	.067
ประวัติดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์	2	1.2	3	6.4	0.18 (0.03, 1.12)	.067
ประวัติมารดามีซึมเศร้า ระหว่างตั้งครรภ์	1	0.6	2	4.3	0.14 (0.01, 1.57)	.110

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการล่าช้า (ต่อ)

	พัฒนาการล่าช้า		พัฒนาการสมวัย		Univariate	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	95% CI	p-value
อายุครรภ์ (สัปดาห์), mean $\pm$ SD	36.54 $\pm$ 3.00		37.72 $\pm$ 1.93			
น้อยกว่า 37	48	29.4	4	8.5	4.49 (1.53, 13.19)	.006
มากกว่าหรือเท่ากับ 37	115	70.6	43	91.5	Reference	1
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)						
น้อยกว่า 2,500	45	27.6	3	6.4	5.59 (1.65, 18.92)	.006
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500	118	72.4	44	93.6	Reference	1
วิธีการคลอด						
คลอดธรรมชาติ	91	55.8	30	63.8	Reference	1
ผ่าตัดคลอด	72	44.2	17	36.2	1.4 (0.71, 2.73)	.329
Apgar score, mean $\pm$ SD						
คะแนนที่ 5 นาที	8.53 $\pm$ 0.81		8.91 $\pm$ 0.28		0.21 (0.08, 0.59)	.003
คะแนนที่ 10 นาที	9.48 $\pm$ 0.82		9.91 $\pm$ 0.28		0.25 (0.1, 0.62)	.003
ภาวะแทรกซ้อน (มีได้มากกว่า 1)						
Respiratory distress syndrome	22	13.5	0	0.0	NA	1.000
Birth asphyxia	5	3.1	0	0.0	NA	1.000
PPHN	1	0.6	0	0.0	NA	1.000
Septicemia	0	0.0	0	0.0	NA	1.000
Meconium aspiration syndrome	1	0.6	0	0.0	NA	1.000
Apnea of prematurity	5	3.1	0	0.0	NA	1.000
Early onset sepsis	18	11.0	0	0.0	NA	1.000
Transient tachypnea of newborn	10	6.1	0	0.0	NA	1.000
การได้รับนมแม่มากกว่าเท่ากับ 6 เดือน	30	18.4	15	31.9	0.48 (0.23, 1)	.050
ผู้ดูแลหลัก						
บิดา/มารดา	82	50.3	25	53.2	Reference	1
ปู่ย่า/ตายาย	76	46.6	20	42.6	1.16 (0.6, 2.25)	.665
อื่น ๆ	5	3.1	2	4.3	0.76 (0.14, 4.17)	.754
ระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดู						
ต่ำกว่ามัธยมต้น	97	59.5	28	59.6	Reference	1
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	47	28.8	15	31.9	0.9 (0.44, 1.85)	.784
ปริญญาตรี	16	9.8	4	8.5	1.15 (0.36, 3.73)	.810
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.8	0	0.0	NA	.999
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 15,000	130	79.8	42	89.4	Reference	1
มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000	33	20.2	5	10.6	2.13 (0.78, 5.81)	.139

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการล่าช้า (ต่อ)

	พัฒนาการล่าช้า		พัฒนาการสมวัย		Univariate	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	95% CI	p-value
ชนิดของสื่อที่เข้าถึง						
โทรทัศน์	113	69.3	24	51.1	Reference	1
โทรศัพท์/แท็บเล็ต	50	30.7	13	27.7	0.82 (0.38, 1.73)	.598
ระยะเวลาที่ใช้สื่อหน้าจอ (ชั่วโมง/วัน), mean ± SD	2.25 ± 1.15		1.52 ± 0.97		2.17 (1.43, 3.3)	.001
กิจกรรมการอ่านนิทาน (นาที/วัน), mean ± SD	8.68±3.27		6.67±2.46		1.28 (0.97, 1.69)	.084
ไม่มี	143	87.7	35	74.5	Reference	1
มี	20	12.3	12	25.5	0.41 (0.18, 0.91)	.029

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการล่าช้า

	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ (ปี)				
20–35	Reference	1	Reference	1
มากกว่าหรือเท่ากับ 35	2.92 (1.08, 7.86)	.034	2.27 (0.69, 7.45)	.175
อายุครรภ์ (สัปดาห์)				
น้อยกว่า 37	4.49 (1.53, 13.19)	.006	1.25 (0.21, 7.56)	.807
มากกว่าหรือเท่ากับ 37	Reference	1	Reference	1
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)				
น้อยกว่า 2,500	5.59 (1.65, 18.92)	.006	2.8 (0.34, 23.13)	.339
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500	Reference	1	Reference	1
Apgar score				
คะแนนที่ 5 นาที	0.21 (0.08, 0.59)	.003	0.73 (0.06, 9.6)	.811
คะแนนที่ 10 นาที	0.25 (0.1, 0.62)	.003	0.53 (0.04, 6.51)	.624
ระยะเวลาที่ใช้สื่อหน้าจอมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน	2.17 (1.43, 3.3)	.001	2.07 (1.33, 3.21)	.001
กิจกรรมการอ่านนิทาน				
ไม่มี	Reference	1	Reference	1
มี	0.41 (0.18, 0.91)	.029	1.23 (0.42, 3.61)	.712

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดพัฒนาการล่าช้า ที่คลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเท่ากับ ร้อยละ 77.6 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาในประเทศสิงคโปร์¹⁶ ที่พบพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 15 ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของประชากรที่ศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เด็กก่อนวัยเรียนที่สงสัยพัฒนาการช้า หรือมีความเสี่ยงพัฒนาการช้าอยู่เดิม ขณะที่การศึกษาในประเทศสิงคโปร์เป็นประชากรเด็กทั่วไป จึงอาจทำให้อุบัติการณ์พัฒนาการล่าช้าต่ำกว่า นอกจากนี้ความแตกต่างของเครื่องมือประเมินพัฒนาการ อาจมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของอุบัติการณ์ที่พบได้เช่นกัน

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ระยะเวลาการใช้สื่อหน้าจอมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับในช่วงที่ผ่านมา งานวิจัยในประเทศเดนมาร์กที่ศึกษากลุ่มเด็กอายุ 2-3 ปี พบว่าเด็กที่ใช้สื่อผ่านอุปกรณ์มือถือ ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับคะแนนด้านภาษาและการสื่อสารที่ลดลง รวมทั้งมีโอกาสเกิดปัญหาด้านความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษามากขึ้นเมื่อเทียบกับเด็กที่ใช้สื่อน้อยกว่า¹⁷ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาแบบ systemic review ของ Massaroni และคณะ¹⁸ พบว่าการใช้สื่อหน้าจอในระยะเวลาที่มากขึ้น โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี มีความสัมพันธ์ด้านภาษาล่าช้าสติปัญญา และปัญหาด้านการสื่อสารของเด็กในอนาคต

นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้ามากกว่ากลุ่มเด็กที่เกิดครบกำหนดและมีน้ำหนักแรกเกิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยมีงานวิจัยแบบ meta-analysis พบว่าเด็กที่เกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ มีความ

เสี่ยงต่อความผิดปกติด้านพัฒนาการ เช่น ความผิดปกติด้านการสื่อสารและการเคลื่อนไหว มากกว่าเด็กที่เกิดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์ลดลง¹⁹ ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ McGowan และคณะ⁷ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ multicenter cohorts พบว่ากลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง⁸ และเช่นเดียวกันกับงานวิจัยของประเทศไทย โดย Phosri และคณะ¹¹ ที่เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล พบว่าพัฒนาการช้ามีความสัมพันธ์ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และมีการศึกษาในประเทศฟินแลนด์พบว่า เด็กที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางพัฒนาการหลายด้าน มากกว่าเด็กที่เกิดครบกำหนด โดยมีค่าความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 1.6-2.4 เท่า²⁰

สรุป

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยบางประการมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการ ได้แก่ อายุครรภ์มารดาขณะตั้งครรภ์ ที่มากกว่า 35 ปี, อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์, น้ำหนักแรกเกิดที่น้อยกว่า 2,500 กรัม, คะแนน Apgar ที่อายุ 5 นาที และ 10 นาที ดังนั้นการคลอดก่อนกำหนดหรือการมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำจึงอาจส่งผลต่อการพัฒนาของระบบประสาทและการเรียนรู้ในระยะยาว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ระยะเวลาการใช้สื่อหน้าจอของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าเช่นกัน ดังนั้น การเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการของเด็กที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะเด็กที่เกิดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการ เช่น การอ่านนิทานร่วมกับเด็ก

และการจำกัดระยะเวลาการใช้สื่อหน้าจอ อาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เหมาะสมตามวัยได้

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Developmental disabilities: Environmental public health tracking program [internet]. 2024 [cited 2025 Dec 15]. Available from: URL: <https://www.cdc.gov/environmental-health-tracking/php/data-research/developmental-disabilities.html>
- Salomone E, Pacione L, Shire S, Brown FL, Reichow B, Servili C. Development of the WHO caregiver skills training program for developmental disorders or delays. *Front Psychiatry*. 2019;10:769. doi:10.3389/fpsy.2019.00769
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสา แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
- สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1): 3–12.
- Khan I, Leventhal BL. Developmental delay: StatPearls [internet]. 2021 [cited 2025 Dec 15]. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562231/>
- Aldosari AN, Aldosari TS. Comprehensive evaluation of the child with global developmental delays or intellectual disability. *Clin Exp Pediatr*. 2024;67(9):435–46. doi:10.3345/cep.2023.01697
- McGowan EC, Hofheimer JA, O’Shea TM, Kilbride H, Carter BS, Check J, et al. Analysis of neonatal neurobehavior and developmental outcomes among preterm infants. *JAMA Netw Open*. 2022;5(7):e2222249. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.22249
- Tangviriyapaiboon D, Thaineua V, Sirithongthaworn S, Kanshana S, Damrongtamwattana S, Prasitwattanaseree S, et al. Factors associated with suspected developmental delay in Thai children born with low birth weight or asphyxia. *Matern Child Health J*. 2024;28(4):631–40. doi:10.1007/s10995-023-03814-1
- Zhang J, Guo S, Li Y, Wei Q, Zhang C, Wang X, et al. Factors influencing developmental delay among young children in poor rural China: A latent variable approach. *BMJ Open*. 2018;8(8):e021628. doi:10.1136/bmjopen-2018-021628
- Kerebh A, Endalifer ML, Birhanu MY, Telayneh AT, Abate LK, Adissie Z. Child developmental delay and its associated factors among children aged 12–59 months in Dembecha district, Northwest Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1464121. doi:10.3389/fpubh.2024.1464121
- Phosri N. Etiology and risk factors associated with delayed development in preschool children that received treatment in the Developmental Clinic, Roi Et Hospital. *Srinagarind Med J*. 2023;38(2):213–24.

12. Sitaresmi MN, Ismail D, Wahab A. Risk factors of developmental delay: A community-based study. *Paediatr Indones*. 2008;48(3):161–5. doi:10.14238/pi48.3.2008.161-5
13. Emmers D, Jiang Q, Xue H, Zhang Y, Zhang Y, Zhao Y, et al. Early childhood development and parental training interventions in rural China: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e005578. doi:10.1136/bmjgh-2021-005578
14. Martins IM, Perazzo M, Correa-Faria P, Santos IG, Mateus AC, Fernandez AM, et al. Risk and protective factors in early childhood development: A scoping review. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2025;25:e20240166. doi:10.1590/1806-9304202500000166-en
15. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(1):41–9.
16. Choo YY, Agarwal P, How CH, Yeleswarapu SP. Developmental delay: identification and management at primary care level. *Singapore Med J*. 2019;60(3):119–23. doi:10.11622/smedj.2019025.
17. Rayce SB, Okholm GT, Flensburg-Madsen T. Mobile device screen time is associated with poorer language development among toddlers: Results from a large-scale survey. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1050. doi:10.1186/s12889-024-18447-4
18. Massaroni V, Delle Donne V, Marra C, Arcangeli V, Chieffo DPR. The relationship between language and technology: how screen time affects language development in early life—a systematic review. *Brain Sci*. 2023;14(1):27. doi:10.3390/brainsci14010027.
19. Pettinger KJ, Cooper C, Boyle E, Blower S, Hewitt C, Fraser L. Risk of developmental disorders in children born at 32–38 weeks' gestation: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2023;152(6):e2023061878. doi:10.1542/peds.2023-061878
20. Nivins S, Gissler M, Lavebratt C. Neurodevelopmental risks of late-preterm and early-term births: A population-based study from Finland. *BMJ Public Health*. 2026;4(1):e003708. doi:10.1136/bmjph-2025-003708

