วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัด ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ทนง วีระแสงพงษ์, ปิยะพร มงคลศิริ และศิรินภา หมายสุข*
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

(วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2569; วันที่แก้ไข: 19 พฤษภาคม 2569; วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 13 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 294 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินระดับสติปัญญาเด็ก 2 - 15 ปี ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ถือว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 มีอายุเฉลี่ย 5.7 ปี (S.D.= 0.45) ในกลุ่มอายุ 6 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72.45 มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ร้อยละ 88.78 ใช้เวลาเฉลี่ย 63.5 (S.D.= 53.60) นาทีต่อวัน ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 42.18 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 (SD = 15.43) โดยเด็กมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 41.20 รองลงมาคือ ระดับสติปัญญาทึบ ร้อยละ 26.20 ระดับคาบเส้น ร้อยละ 13.30 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.60 ตามลำดับ ทั้งนี้ เด็กที่มีระดับสติปัญญาฉลาดและฉลาดมาก มีเพียงร้อยละ 4.50 ในขณะที่มีเด็กที่อยู่ในระดับบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 3.40 ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรติดตามควบคุมระยะเวลาการใช้หน้าจอของเด็ก และดูแลการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุม รวมถึงสร้างระบบคัดกรองช่วยเหลือเด็กกลุ่มสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ และเสริมสร้างทุนมนุษย์ทางสังคมต่อไป

คำสำคัญ: นักเรียนอนุบาลปีที่ 3, ระดับสติปัญญา, เขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศิรินภา หมายสุข; Sirinapa.mys@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

The Study of the Intelligence Quotient Levels Situation of Kindergarten 3 In Schools under all affiliations in Si Sa Ket Province

Thanong Veerasaengpong, Piyaporn Mongkolsiri and Sirinapa Mysook*
Si Sa Ket Provincial Health Office

(Received: 28 March 2026; Revised: 19 May 2026 ; Accepted: 15 June 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the intelligence levels of third-year kindergarten students enrolled in schools under the jurisdiction of the Si Sa Ket Primary Education Area Office, Si Sa Ket Local Administration Office, Si Sa Ket Municipality, Si Sa Ket Provincial Education Office, Office of the Higher Education Commission, and the Border Patrol Police Bureau in Si Sa Ket Province. Data were collected from January 13 to January 31, 2025, among 294 participants selected using a multistage sampling method. Research instruments included a demographic questionnaire and the Intelligence Quotient Assessment for Children Aged 2–15 Years. The content validity of the instruments was evaluated using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), with values ranging from 0.67 to 1.00, and the reliability coefficient was 0.80, indicating acceptable validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results revealed that the third-year kindergarten students had an average age of 5.7 years (S.D. = 0.45), with the majority being 6 years old (72.45%). Most children demonstrated screen-use behavior (88.78%), with an average screen time of 63.5 minutes per day (S.D. = 53.60). In addition, 42.18% of the children received iron supplementation syrup. The mean intelligence quotient (IQ) score was 94.06 (SD = 15.43). Most children had an average level of intelligence (41.20%), followed by dull normal intelligence (26.20%), borderline intelligence (13.30%), and above-average intelligence (11.60%), respectively. Only 4.50% of the children were classified as intelligent or highly intelligent, whereas 3.40% were identified as having intellectual disabilities. Therefore, relevant sectors should have monitored children's screen time, promoted adequate iron supplementation, and provided early support for children with below-average intelligence to enhance early childhood development.

Keyword: Third-year kindergarten students, Intellectual level, Si Sa Ket Provincial Education Area

***Corresponding author:** Sirinapa Mysook; Sirinapa.mys@gmail.com.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สมองและระบบประสาทมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งถือเป็นระยะสำคัญในช่วงชีวิต การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงวัยดังกล่าวจึงเป็นการลงทุนด้านทุนมนุษย์ที่ให้ผลตอบแทนสูงในระยะยาว ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และคุณภาพชีวิต การพัฒนาระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) ในช่วงปฐมวัย (García & Heckman, 2021; Lynn & Vanhanen, 2002) จึงมีบทบาทสำคัญในการวางรากฐานของศักยภาพบุคคลและความสามารถในการพัฒนาประเทศในอนาคต

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเด็กอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพ โภชนาการ พัฒนาการ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในขณะเดียวกันการบริการสุขภาพมารดาและเด็ก (Maternal and Child Health: MCH) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ทารก และเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ (อรุณี หรดาล, 2564) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็กในระยะยาว

จากรายงานสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาของเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ 102.8 จุด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเพียง 98.4 จุด ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์ และคณะ, 2565) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ และการพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ ข้อมูลสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในบริบทพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่แนวทางช่วยเหลือเด็กปฐมวัยต่อไป

ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านโภชนาการ สุขภาพมารดาในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด รูปแบบการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการในครอบครัว สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการศึกษาปฐมวัยที่มีคุณภาพ (จันทร์อาภา สุขทัพภ์, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของนโยบาย Maternal Child Health และแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติที่เน้นการดูแลเด็กแบบ “ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต (Life-course approach)” และการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัดเชิงระบบในระดับพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณและการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การเฝ้าระวังและการคัดกรองความเสี่ยงด้านสติปัญญาในระดับชุมชนยังทำได้ไม่ครอบคลุม(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

นอกจากนี้ จังหวัดศรีสะเกษยังมีบริบททางสังคมที่พบว่ามีสัดส่วนของครอบครัวแหว่งกลาง (Skipped-generation families) หรือครัวเรือนที่เด็กต้องอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ (ปู่ย่าตายาย) เนื่องจากบิดามารดาวัยแรงงานจำเป็นต้องไปทำงานในเมืองใหญ่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566) ข้อจำกัดนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อรูปแบบการเลี้ยงดู ขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยผ่านการเล่านิทานหรือกิจกรรมสร้างสรรค์ และมีแนวโน้มที่เด็กจะถูกปล่อยให้ใช้สื่อผ่านหน้าจอเกินเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2563) ประกอบกับข้อจำกัดด้านรายได้ของครัวเรือน ส่งผลให้เด็กเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและการขาดสารอาหารส่วนที่จำเป็นต่อสมอง เช่น ธาตุเหล็กและไอโอดีน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาท ส่งผลให้พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตกอยู่ในภาวะเปราะบาง (กรมอนามัย, 2565)

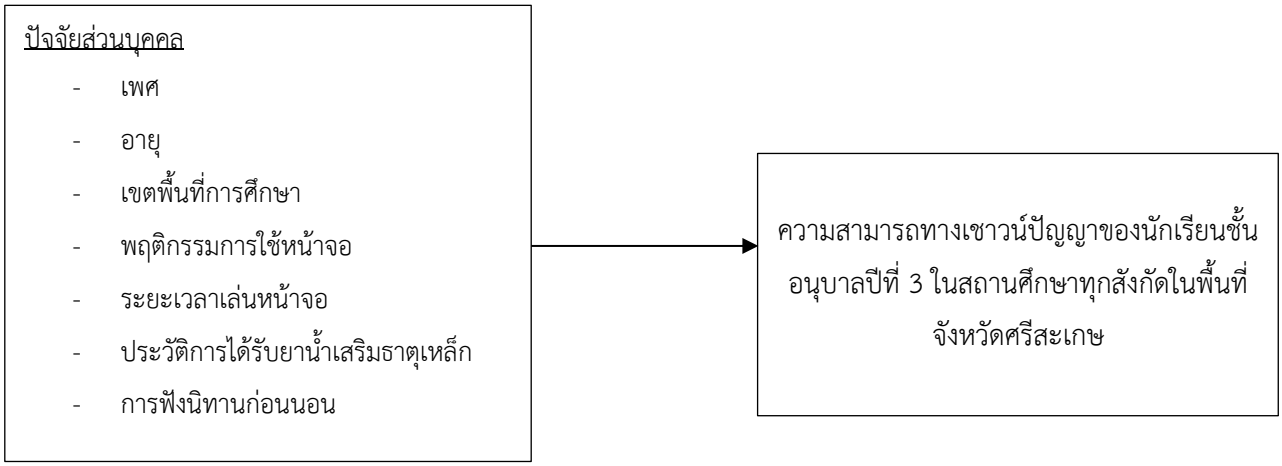
การศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก การดำเนินงานตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในระดับพื้นที่ การกำหนดมาตรการและรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม เสริมสร้างศักยภาพของเด็กปฐมวัยจังหวัดศรีสะเกษอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำสู่การพัฒนาระดับส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย การพัฒนาระดับสติปัญญา และพฤติกรรมการเลี้ยงดู รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการศึกษารายละเอียดตามกรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ในสถานศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 12,450 ราย อ้างอิงฐานข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษทั้ง 4 เขต สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Probability Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มโรงเรียนตามเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ให้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกสังกัด ทั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เด็กที่อยู่ระหว่างการเจ็บป่วย ไม่พร้อมในการเข้ารับการประเมิน หรือไม่สามารถทำแบบประเมินได้ครบถ้วน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรไม่ทราบความแปรปรวนแต่ทราบขนาดของประชากร (Krejcie & Morgan, 1970) โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{เมื่อ} \quad n_0 = \frac{z^2 \times s^2}{d^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรของนักเรียนชั้นอนุบาล 3 จำนวน 12,450 ราย อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดศรีสะเกษทั้ง 4 เขต สำนักงานส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน

Z = ค่ามาตรฐานของพื้นที่ใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้เท่ากับ 1.96

S = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าระดับสติปัญญานักเรียนชั้นประถม 1 ของจังหวัดศรีสะเกษ อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2564 ในที่นี้เท่ากับ 13.09 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2565)

d = ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาระหว่างกลุ่มตัวอย่างและประชากร (margin of error) ในที่นี้กำหนดร้อยละ 1.6 อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2564 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 257 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อชดเชยความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 309 ราย ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยและมีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 294 ราย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์และออกแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2–15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2563 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมิน และดำเนินการประเมินโดยนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินมาตรฐานจากสังกัดโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กในความดูแล พฤติกรรมการใช้หน้าจอ การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การได้ฟังนิทาน

2. แบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2 - 15 ปี ฉบับปี พ.ศ. 2563 ประเมินเกี่ยวกับ 1) Full Scale IQ (FSIQ): ค่าระดับเชาวน์ปัญญารวมทั้งหมดของเด็ก 2) Verbal IQ (VIQ): ระดับเชาวน์ปัญญาด้านภาษาและการใช้เหตุผลผ่านคำพูด 3) Performance IQ (PIQ): ระดับเชาวน์ปัญญาด้านการปฏิบัติ มิติสัมพันธ์ และการคิดโดยไม่ใช้ภาษา การแปลผลจะแปลผลจากความสามารถของเด็กแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ IQ 130 ขึ้นไป หมายถึง ฉลาดมาก, IQ 120-129 หมายถึง ฉลาด, IQ 110-119 หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ย, IQ 90-109 หมายถึง ปานกลาง (อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย), IQ 80-89 หมายถึง ทึบ, IQ 70-79 หมายถึง คาบเส้น, IQ 50-69 หมายถึง บกพร่องทางเชาวน์ปัญญา, IQ ต่ำกว่า 50 หมายถึง บกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2–15 ปี พ.ศ. 2563 ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2563)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ปกครองและเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 294 คน โดยมีขั้นตอนหลัก 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง และขั้นตอนการวิจัยให้กับผู้บริหารการศึกษา ครูประจำชั้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายทุกแห่งรับทราบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Collection Phase) โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้:

2.1 การชี้แจงและขอความยินยอม (Informed Consent): ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจนแก่ผู้ปกครองของเด็ก เพื่อแสดงความโปร่งใสและสร้างความมั่นใจ ก่อนจะขอความร่วมมือและขอความยินยอมในการจัดเก็บข้อมูล

2.2 การจัดเก็บปัจจัยส่วนบุคคล: ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททั่วไป รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เช่น พฤติกรรมการใช้หน้าจอ และประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

2.3 การประเมินระดับสติปัญญาเด็ก: ดำเนินการใช้ "แบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เด็กอายุ 2 - 15 ปี ฉบับปี พ.ศ. 2563" กับเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในความดูแลของผู้ปกครอง เพื่อนำคะแนนมาวิเคราะห์สถานการณ์ IQ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ มีมติเห็นชอบอนุมัติและมีเอกสารรับรองเลขที่ SPPH2024-184 อนุมัติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2567 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้จะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยข้อมูลดังกล่าวจะเก็บไว้เป็นความลับที่มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลดังกล่าวจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่มีข้อมูลที่สามารถสืบหาตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนเอกสารที่ใช้ในการทดสอบที่เป็นลายลักษณ์อักษร จะถูกเก็บไว้ตามมาตรฐานเอกสารลับทางราชการ และทำลายเมื่อครบ 5 ปี

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 ทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.02 อายุเฉลี่ย 5.7 ปี (S.D.= 0.45) ในกลุ่มอายุ 6 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72.45 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 76.87 มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ร้อยละ 88.78 ใช้เวลาเฉลี่ย 63.5 นาทีต่อวัน (S.D.= 53.60) ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 42.18 และได้รับฟังนิทานก่อนนอน ร้อยละ 43.54 ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

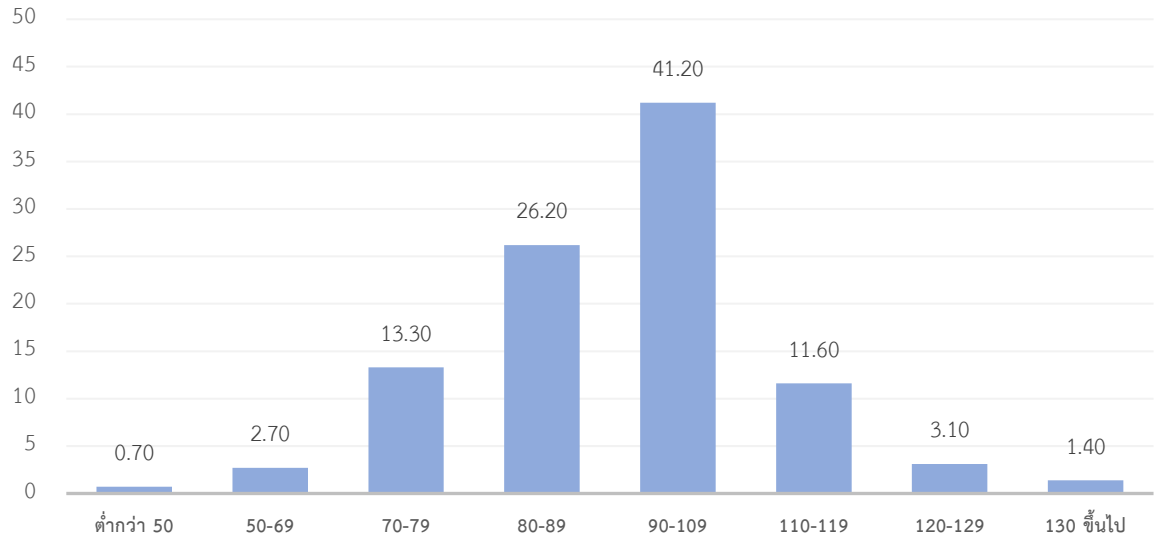
ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กอนุบาลปีที่ 3 (n=294)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	51.02
หญิง	144	48.98
อายุเด็ก (ปี)		
5 ปี	80	27.21
6 ปี	213	72.45
มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป	1	0.34
$\bar{X}$=5.7, S.D. = 0.45, Min= 5 Max = 7		
เขตพื้นที่การศึกษา		
ในเขตเทศบาล	68	23.13
นอกเขตเทศบาล	226	76.87
พฤติกรรมการใช้หน้าจอ		
ไม่เล่นหน้าจอ	33	11.22
เล่นหน้าจอ	261	88.78
ระยะเวลาเล่นหน้าจอต่อวัน		
< 30 นาที	93	31.63
30-60 นาที	123	41.84
> 60 นาที	78	26.53
$\bar{X}$= 63.5 นาที, S.D.= 53.60, Min= 15, Max= 150		
ประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
ไม่ได้รับ	170	57.82
ได้รับ	124	42.18
การฟังนิทานก่อนนอน		
ไม่ได้ฟัง	166	56.46
ได้ฟัง	128	43.54

เมื่อพิจารณาคะแนนสติปัญญาของเด็กอนุบาลปีที่ 3 พบว่า มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 (SD = 15.43) โดยเด็กมีคะแนนสติปัญญามากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.20 รองลงมาคือ ระดับทึบ ร้อยละ 26.20 ระดับคาบเส้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

ร้อยละ 13.30 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11.60 ตามลำดับ ทั้งนี้ เด็กที่มีระดับสติปัญญาฉลาดและฉลาดมากมีเพียงร้อยละ 4.50 ในขณะที่มีเด็กที่อยู่ในระดับบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ร้อยละ 3.40 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ร้อยละของเด็กอนุบาลปีที่ 3 ในระดับสติปัญญาเด็กแต่ละช่วง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 พบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.06 คะแนน (SD = 15.43) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินของกรมสุขภาพจิต แต่ต่ำกว่าเป้าหมายเชิงนโยบายที่กำหนดให้เด็กปฐมวัยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยมากกว่า 106 คะแนน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับ “ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ” แต่ยังไม่สามารถยกระดับสู่ผลลัพธ์เชิงคุณภาพตามเป้าหมายการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาการเด็ก สามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิดด้านประสาทพัฒนาการ (Developmental neuroscience) ซึ่งระบุว่า ช่วงอายุ 0–5 ปีเป็นระยะที่สำคัญของการสร้างโครงสร้างสมองและการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท (Brain architecture) ที่มีผลต่อความสามารถด้านการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา โดยสมองในช่วงปฐมวัยมีความยืดหยุ่นสูง และตอบสนองต่อคุณภาพของสิ่งแวดล้อมมากกว่าปริมาณของการได้รับบริการเพียงอย่างเดียว (Hollingworth, 2022; Orellana, 2025; Denisova & Lin, 2023) ดังนั้น การที่ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาอยู่ในช่วงปานกลางจึงสะท้อนว่าระบบการดูแลเด็กปฐมวัยในพื้นที่สามารถสนับสนุนพัฒนาการขั้นพื้นฐานได้ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เข้มข้นและต่อเนื่องในระดับที่เอื้อต่อการยกระดับศักยภาพทางสติปัญญาอย่างเต็มที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เมื่อพิจารณาการกระจายของระดับสติปัญญา พบว่ามีความแปรปรวนค่อนข้างสูง โดยคะแนน IQ มีช่วงกว้างตั้งแต่ 41 ถึง 150 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงถึง 15.43 คะแนน ลักษณะดังกล่าวสะท้อนความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Social Determinants of Health และ Nurturing Care Framework ที่ชี้ว่าพัฒนาการด้านสติปัญญาในวัยปฐมวัยเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับเด็ก ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพและการศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการเลี้ยงดู การกระตุ้นพัฒนาการ และโอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต สามารถสะสมและขยายผลเป็นความแตกต่างของระดับสติปัญญาได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเด็กเข้าสู่ระบบการศึกษา (Almeida, Barros & Ribeiro, 2022; Rawat, Singh, Mahdi & Mehrotra, 2022; Puri, Shaheen, & Grover, 2023)

ผลการศึกษาพบเด็กกว่าหนึ่งในสามอยู่ในกลุ่มระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (กลุ่มทึบ คาบเส้น และบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา) ถือเป็นสัญญาณเตือนเชิงระบบต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ เนื่องจากงานวิจัยร่วมสมัยชี้ว่า เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ในช่วงก่อนเข้าเรียน มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการเรียนรู้ การซ้ำชั้น และการหลุดออกจากระบบ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจในวัยผู้ใหญ่ (García & Heckman, 2021; Lacalle, Martínez-Shaw, Marín & Sánchez-Sandoval, 2023; Lynn & Vanhanen, 2002) ดังนั้นการศึกษานี้จึงตอกย้ำแนวคิดด้านการลงทุนในทุนมนุษย์ (Human capital investment) ที่ระบุว่าความล่าช้าในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เพียงเป็นประเด็นด้านการศึกษา และปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อศักยภาพการแข่งขันในระยะยาว

ในมิติของการเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดเขตสุขภาพและแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเป้าหมาย และสัดส่วนเด็กที่มี IQ ตั้งแต่ 106 คะแนนขึ้นไปเพียงร้อยละ 24.48 สะท้อนช่องว่างระหว่าง “การดำเนินงานตามนโยบาย” กับ “ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็ก” อย่างชัดเจน กล่าวคือ ระบบบริการในพื้นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและดำเนินการคัดกรองพัฒนาการได้ตามกรอบนโยบาย แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพยังไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งยกระดับศักยภาพเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018) และกรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF, 2017) ที่เสนอว่าการประเมินความสำเร็จของนโยบายควรมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านพัฒนาการสุขภาวะ และศักยภาพการเรียนรู้ของเด็ก มากกว่าการวัดเพียงความครอบคลุมของการให้บริการหรือการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน ทั้งนี้ การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เน้นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์จะช่วยสะท้อนประสิทธิผลของนโยบายและนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ ผลการศึกษามีแนวโน้มสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์เด็กไทยและงานวิจัยในช่วงหลัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพื้นที่ต่างจังหวัดและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคมมักมีผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีความแปรปรวนของพัฒนาการสูงกว่า โดยความแตกต่างดังกล่าวสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง คุณภาพสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในครอบครัว และโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย (UNICEF Thailand, 2021; UNICEF Thailand, 2024) การค้นพบนี้สะท้อนลักษณะของความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ (Area-based disparity) ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เพิ่มความครอบคลุมของบริการเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการเชิงระบบระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา และสังคม รวมถึงการพัฒนามาตรการที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่และครัวเรือน โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้เป็นสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ และทักษะการเรียนรู้ในระยะยาวของเด็ก

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดศรีสะเกษยังคงอยู่ในระดับปานกลางและต่ำกว่าเป้าหมายเชิงนโยบาย แม้จะมีความก้าวหน้าในการเข้าถึงการประเมินพัฒนาการเด็ก ทั้งนี้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพยังสะท้อนความท้าทายเชิงโครงสร้างของระบบพัฒนาเด็กปฐมวัย การขับเคลื่อนนโยบายในระยะต่อไปจึงควรเน้นการลงทุนเชิงคุณภาพในช่วงปฐมวัย ด้วยการบูรณาการระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม และการลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับศักยภาพสติปัญญาเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ทั้งนี้ ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย เชิงระบบบริการ และเชิงวิชาการ ดังนี้

1. ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด ดังนี้

1.1 การดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (สสจ.) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยสติปัญญา (IQ = 94.06) และสัดส่วนเด็กกลุ่มสติปัญญาทึบและคาบเส้น (รวมร้อยละ 39.50) เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Baseline data) ในการบรรจุเป็นตัวชี้วัดสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาปฐมวัยระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงบประมาณอย่างตรงจุด

1.2 กำหนดนโยบายควบคุมพฤติกรรมเนือยนิ่งและสื่อหน้าจอ ผลวิจัยที่พบว่าเด็กใช้หน้าจอสูงถึงร้อยละ 88.78 และใช้เวลาเฉลี่ยเกินเกณฑ์ (63.5 นาที/วัน) สามารถนำไปยกระดับเป็นนโยบาย "สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนอนุบาลปลอดหน้าจอ (Screen-Free Schools)" ในทุกสังกัดพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และให้ความรู้พ่อแม่ผู้ปกครองในการลดการใช้หน้าจอในเด็กปฐมวัย

2. ในเชิงระบบบริการ ผลการศึกษาสามารถนำมาเพื่อกำหนดแผนการดำเนินการได้ดังต่อไปนี้

2.1 การควบคุมติดตามระบบการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก: จากข้อจำกัดที่พบเด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 42.18 เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (รพ. / รพ.สต.) ควรปรับปรุงระบบการกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับครูประจำชั้นในการติดตามและจ่ายยาให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนทุกคนครบ 100% เพื่อลดความเสี่ยงภาวะโลหิตจางที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญา

2.2 การพัฒนาระบบคัดกรองและการส่งต่อเชิงรุก (Screening and Referral System) โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในพื้นที่ สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นตัวเร่งในการจัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเคลื่อนที่ หรือระบบส่งต่อ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เร่งด่วน (Fast Track) สำหรับส่งต่อกลุ่มเด็กที่มีแนวโน้มบกพร่องทางสติปัญญา (ต่ำกว่า 70) และกลุ่มคาบเส้น เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและกระตุ้นพัฒนาการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันท่วงที

3. ในเชิงวิชาการ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอดด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งการศึกษาติดตามผลในระยะยาว การประเมินผลลัพธ์ของมาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ งานวิจัยยังสามารถใช้เป็นต้นแบบเชิงระเบียบวิธีสำหรับการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่มีความเทียบเคียงกันในระดับประเทศ

ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีคุณค่าในเชิงการอธิบายสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการ และเสริมสร้างรากฐานของทุนมนุษย์ของประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 3 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2568 นำสู่การพัฒนางานวิจัยและต่อยอดการพัฒนาในอนาคต ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อดูสถานการณ์ทั่วไป ในการศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์หรืออิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างพฤติกรรมการใช้หน้าจอ (Duration and content) รวมถึงสถานะโภชนาการ (การได้รับธาตุเหล็ก) ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

2. การวิจัยและพัฒนาเชิงทดลอง ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน (เช่น โปรแกรมสำหรับครอบครัวแหว่งกลางที่มีปู่ย่าตายายดูแล) โดยเน้นกิจกรรมทดแทนการใช้หน้าจอ เช่น การเล่านิทาน การเล่นสร้างสรรค์ และประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญาและพัฒนาการรอบด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับผู้ปกครองและครูประจำชั้น เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยเชิงบริบท อุปสรรค และข้อจำกัดในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและสะท้อนวิถีชีวิตจริงในการนำไปออกแบบนวัตกรรมการดูแลเด็กอย่างยั่งยืน

จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ นำไปสู่การวิจัยในอนาคต ที่มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงระหว่าง “สถานการณ์จริงในระดับพื้นที่” กับ “กลไกเชิงนโยบายและเชิงระบบ” เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ และเสริมสร้างทุนมนุษย์ในระยะยาวอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์อาภา สุขทัพภ์. (2564). *เดินหน้าสร้างเด็กไทย ไอคิวดี : การสำรวจสถานการระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564.* สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ณิชวรรณ จงรักษ์ธนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์, ประเสริฐ จุฑา และรัชดาวรรณ์ แดงสุข. (2565). ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *31*(1), 1-11.

สถาบันราชานุกูล. (2563). *คู่มือและเครื่องมือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2–15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2563*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันราชานุกูล. (2565). *เดินหน้าสร้างเด็กไทย ไอคิวดี: การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *โครงการสำรวจสถานการณ์ประชากรและครอบครัวไทยในภูมิภาค*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *รายงานสุขภาพคนไทย 2567: ความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทยในยุคกระจายอำนาจ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). *รายงานการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2563). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (ผลลัพธ์หลัก)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.

อรุณี หรดาล (2563). สอนอย่างไรให้เด็กปฐมวัยคิดเป็น. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, *10*(2), 211-228.

Almeida, D. Q., Barros, H., & Ribeiro, A. I. (2022). Residential and school green and blue spaces and intelligence in children: The Generation XXI birth cohort. *Science of the total environment*, *813*, 151859.

Asia, T. L. R. H. S. (2023). Life-course approach for maternal and child health: much to do. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*, *15*, 100263.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 2 May - August 2026

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Denisova, K., & Lin, Z. (2023). The importance of low IQ to early diagnosis of autism. *Autism Research*, *16*(1), 122-142.

García, J. L., & Heckman, J. J. (2021). Early childhood education and life‐cycle health. *Health economics*, *30*, 119-141.

Hollingworth, L. S. (2022). *Children above 180 IQ Stanford-Binet: origin and development*. DigiCat.

Lacalle, L., Martínez-Shaw, M. L., Marín, Y., & Sánchez-Sandoval, Y. (2023). Intelligence Quotient (IQ) in school-aged preterm infants: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *14*, 1216825.

Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the wealth of nations*. Bloomsbury Publishing USA.

Orellana, E. J. V. (2025). IQ and non-verbal intelligence: an integrative review of the literature. *Revista Iberoamericana de education*, *9*(1), 20-31.

Puri, S., Shaheen, M., & Grover, B. (2023). Nutrition and cognitive health: A life course approach. *Frontiers in public health*, *11*, 1023907.

Rawat, P. S., Singh, S., Mahdi, A. A., & Mehrotra, S. (2022). Environmental lead exposure and its correlation with intelligence quotient level in children. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, *72*, 126981.

United Nations Children's Fund (UNICEF) Thailand. (2021). *Addressing the gaps: Key results from the Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2019 (MICS6)*. Bangkok, Thailand: UNICEF Thailand.

United Nations Children's Fund (UNICEF) Thailand. (2024). *Addressing the gaps: Ensuring every child in Thailand has an equal chance to thrive*. Bangkok, Thailand: UNICEF Thailand.

United Nations Children's Fund. (2017). *Early moments matter for every child*. New York, NY: UNICEF.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.