



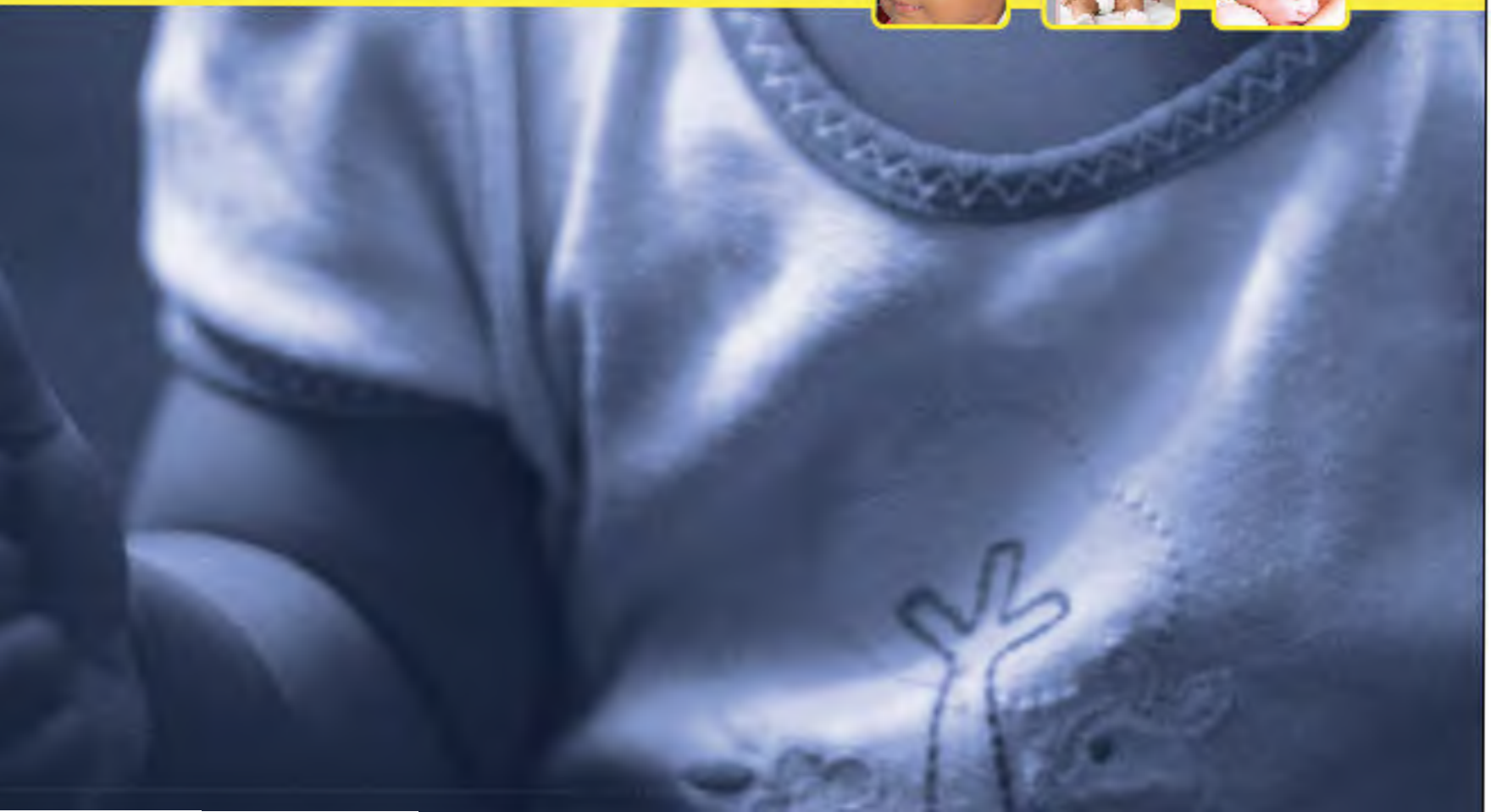
รายงานผลการทบทวน

นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย

ภายใต้โครงการพัฒนาด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี

The development of health promotion and disease prevention policies for children aged 0-5 years in Thailand: A review of health promotion and disease prevention policies for children aged 0-5 years in Thailand



รายงานผลการทบทวน  
นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย  
A review of health promotion and disease prevention policies  
for children aged 0-5 years in Thailand

ภายใต้โครงการ  
การพัฒนาโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี  
The development of health promotion and disease prevention policies  
for children aged 0-5 years in Thailand

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร

ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง

นางสาวสุทธิษา สมนา

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

ผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ

ผู้แทนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พญ.นิพรรณพร วรมงคล

โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

นางสาวสุชัญญา อังกุลานนท์

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี  
ในประเทศไทย

ภายใต้โครงการ

การพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2555  
จำนวน : 500 เล่ม  
จัดทำโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)  
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทร 02 592 4549 02 590 4374-5  
โทรสาร 02 590 4369  
www.hitap.net  
E-mail: hitap@hitap.net

ISBN:

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้เอื้อเฟื้อเวลาและสถานที่ ในการจัดประชุมเพื่อ จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพของเด็กราย 0-5 ปี และผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการทั้งจากส่วนกลางและส่วน ภูมิภาค ผู้แทนผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่สำคัญ และสุดท้ายขอขอบคุณนักวิจัย ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สื่อสารมวลชน ที่ให้การสนับสนุน ทั้งกำลังกายและกำลังใจตลอดการศึกษา

คณะผู้วิจัย  
กุมภาพันธ์ 2555

## สารบัญคำย่อ

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DMFT	Decayed Missing and Filled Teeth
EPI	Expanded Programme on Immunization
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Programme
ICD	International Classification of Diseases
LD	Learning Disability
PKU	Phenylketonuria
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
UNHS	Universal Newborn Hearing Screening
UNICEF	United Nations Children's Fund
พม.	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
พรบ.	พระราชบัญญัติ
รพ.	โรงพยาบาล
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สช.	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สธ	กระทรวงสาธารณสุข
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สพท.	สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## สารบัญ

	หน้า
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	4
3. ขั้นตอนการดำเนินงาน	4
4. ผลการดำเนินงาน	
4.1 การทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัญหาสุขภาพของเด็กไทย 0-5 ปี และกฎหมายในประเทศ	6
4.2 การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	9
4.3 การทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในต่างประเทศ	11
4.4 การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ: ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ	12
4.5 การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ: ทบทวนวรรณกรรม	14
5. เอกสารอ้างอิง	41

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	ลำดับหัวข้อปัญหาสุขภาพในเด็กอายุ 0-5 ปี รายละเอียด และคะแนนที่ได้ เรียงตามกลุ่มปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ตารางที่ 2	สรุปประเด็นปัญหาและความรุนแรง มาตรการ และข้อเสนอแนะ

สารบัญญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินงาน

5





## นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย

### 1. หลักการและเหตุผล

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในหมวดปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพระบุว่า "ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน" และเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมมักมีประสิทธิผลสูงขณะที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกให้นิยามของ "การสร้างเสริมสุขภาพ" มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 นิยามนี้ได้ถูกปรับเปลี่ยนเรื่อยมา อันเนื่องจากความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่มีต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจุบันนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและใช้อ้างอิงมากที่สุดได้แก่ "กระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชากรเพิ่มความสามารถในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น"<sup>1</sup>

ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Tannahill ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายพิจารณาว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือ ความพยายามที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาวะที่ดี ในขณะที่เดียวกันก็ป้องกันทุกภาวะ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การให้สุขศึกษา (health education) ได้แก่ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีและป้องกันทุกภาวะผ่านการให้ความรู้และสร้างทัศนคติ 2) การคุ้มครองสุขภาพ (health protection) ได้แก่ การปกป้องประชากรโดยใช้เครื่องมือทางกฎหมาย การเงินการคลัง หรือมาตรการทางสังคมต่างๆ และ 3) การป้องกันโรค (prevention) ซึ่งรวมถึงการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและทุกภาวะโดยส่วนใหญ่จะใช้มาตรการทางการแพทย์ (medical interventions)<sup>2</sup>

ในประเทศไทยมีหน่วยงานจำนวนมากที่ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิ/องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ (Non Governmental Organization-NGO) และองค์กรระดับนานาชาติ เป็นต้น โดยแต่ละหน่วยงานอาจดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในด้านใดด้านหนึ่ง หรืออาจครอบคลุมทั้งสามประเด็น ได้แก่ การให้ความรู้และสร้างทัศนคติ การคุ้มครองสุขภาพ และการป้องกันโรค นอกจากนี้วิธีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยังมีความแตกต่างกัน กล่าวคือบางหน่วยงานอาจเป็นผู้ดำเนินโครงการหรือให้บริการ เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนที่รณรงค์ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ในขณะที่บางหน่วยงานเป็นผู้ประสานงานและให้การสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่าย เช่น สสส. ในขณะที่ สปสช. เป็นกลไกหลักในการ

<sup>1</sup> Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.

จัดสรรงบประมาณให้กับบริการต่างๆ โดยกิจกรรมที่ สปสช. ให้การสนับสนุนนั้นเน้นที่การป้องกันโรคและการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและทุกภาวะด้วยมาตรการทางการแพทย์

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เห็นได้จากการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 เพื่อทำหน้าที่ จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือ เพื่อให้หน่วยงานและกลุ่มบุคคลกลุ่มต่างๆ ในทุกภาคส่วนริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ โดยมีงบประมาณสนับสนุนมาจากร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุรา นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเมื่อปี พ.ศ. 2545 ได้จัดสรรงบประมาณในหมวดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคลจำนวน 175 บาทต่อหัวประชากร หรือคิดเป็นร้อยละ 14.6 ของงบประมาณทั้งหมด<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามสัดส่วนของงบประมาณในหมวดนี้ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2553 งบประมาณส่วนนี้ได้รับการจัดสรร 283.15 บาทต่อหัวประชากร<sup>4</sup> หรือคิดเป็นร้อยละ 11.8 ของงบประมาณทั้งหมด เป็นเหตุให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยตั้งเป้าหมายที่ร้อยละ 20 ของงบประมาณต่อหัวประชากร (ไม่รวมงบลงทุนเพื่อการทดแทน) ในปี พ.ศ. 2559 และในปี พ.ศ. 2554 นี้ได้เริ่มเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นร้อยละ 12.3 (312.5 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ) ทั้งนี้ ผู้รับประโยชน์จากการจัดบริการในส่วนนี้มีใช้เพียงแต่ประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด 67 ล้านคนทั่วประเทศ

นอกจากนั้นที่ผ่านมายังพบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ เช่น เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์และคณะ<sup>5</sup> ได้สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า มีความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เห็นได้จากการทำแฟ้มครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรณรงค์ และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ บุคลากรเหล่านั้นเชื่อว่าการจัดศูนย์สุขภาพชุมชนหรือบริการปฐมภูมิจะทำให้ประชาชนได้รับบริการแบบผสมผสานทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามยังมีข้อพิจารณาที่สำคัญ ได้แก่ 1) ขาดแรงจูงใจของผู้ให้บริการ เพราะงบประมาณส่วนใหญ่ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการล่วงหน้า ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้บริการอาจรู้สึกว่าการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นการสูญเสียงบประมาณของตนเองไป นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังสงสัยในเรื่องความคุ้มค่าของกิจกรรมดังกล่าว 2) ขาดหลักฐานทางวิชาการ รวมถึงเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากร ยังไม่ชัดเจนว่ามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์นั้นพัฒนา

หรือคัดเลือกบนหลักเกณฑ์ใด ซึ่งหากพิจารณาจากคู่มือการบริหารกองทุนของ สปสช. จะพบว่ามาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดให้กับประชาชนนั้นมักเน้นที่การป้องกันโรคโดยพึ่งมาตรการทางการแพทย์เป็นหลัก เช่น การตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยกเว้นกิจกรรมที่รวมอยู่ในงบประมาณที่สนับสนุนพื้นที่ซึ่งจะจัดตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ 3) ขาดการมีส่วนร่วม เนื่องจากบริการในชุดสิทธิประโยชน์มักกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ส่งผลให้มาตรการ/โครงการยังไม่เข้ากับบริบทของชุมชน และ 4) ดำเนินงานแบบแยกส่วน การดำเนินนโยบายสร้างเสริมสุขภาพเด็กในปัจจุบันมีการแบ่งการดำเนินงานตามความรับผิดชอบของแต่ละกระทรวงและหน่วยงาน โดยหากเป็นประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ใช้มาตรการทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนงบประมาณโดย สปสช. หากเป็นประเด็นอื่นๆ เช่น การดูแลเด็กด้อยโอกาส หรือการดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กก็จะอยู่ในความดูแลของหลายกระทรวง ซึ่งยังไม่มีความร่วมมืออย่างชัดเจนในการดำเนินนโยบายระดับประเทศ หากพิจารณาการดำเนินงานเฉพาะของบางหน่วยงาน เช่น สปสช. นั้นก็ยังเป็นการดำเนินการแบบแยกส่วนโดยแบ่งการจัดบริการตามโรคเป็นหลัก มุ่งคัดกรองเฉพาะโรคซึ่งทำที่ละโอกาส ทำให้จำกัดมุมมองของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หากดำเนินการแบบองค์รวมโดยยึดที่กลุ่มของประชากรเป้าหมาย เช่น พิจารณาว่ามีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใดบ้างที่สำคัญและจำเป็นสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม และจัดบริการให้เป็นองค์รวมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในภาพรวมได้

จากปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่กล่าวมาข้างต้น โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Programme-HITAP) ร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จึงจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยในระยะแรกได้เลือกศึกษานโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นกลุ่มแรก โดยถือเป็นโครงการนำร่องเพื่อดำเนินการตามกรอบแนวทางการพัฒนานโยบายระดับประเทศอย่างเป็นระบบและวางอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ โดยมุ่งให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เหตุผลที่เลือกประชากรเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าพัฒนาการของเด็กในช่วงอายุนี้อาจส่งผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังส่งผลต่อบุตรของคนกลุ่มนี้ในอนาคต<sup>6</sup> โดยช่วงอายุนี้มีความสำคัญที่สุดต่อพัฒนาการด้านสมอง การมองเห็น การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางด้านภาษาและสังคม<sup>7</sup> นอกจากนี้การลงทุนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชากรในกลุ่มนี้มีหลักฐานว่ามีความคุ้มค่า โดยประโยชน์ที่ได้จากการลงทุน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา อัตราการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น และการลดลงของอาชญากรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล กระบวนการ และบริบทของการเลี้ยงดูเด็กด้วย<sup>8</sup>

การศึกษานี้ไม่จำกัดขอบเขตที่มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นการมองทั้งระบบและทุกมาตรการฯ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งนี้การศึกษาเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การคัดเลือกมาตรการที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 2. วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี โดยให้วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านประสิทธิผลและ/หรือความคุ้มค่า รวมทั้งดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

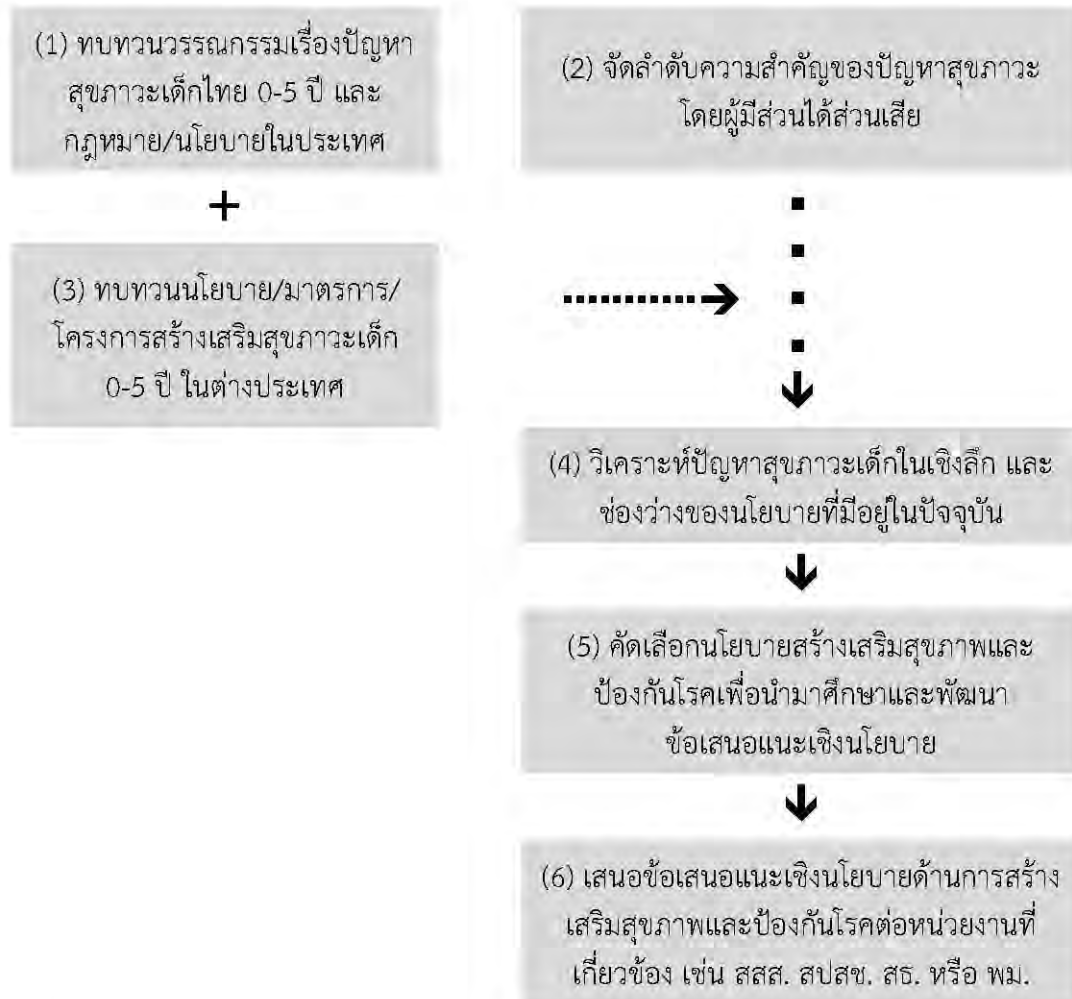
### วัตถุประสงค์ย่อย

- (1) เพื่อรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปีในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ
- (2) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดำเนินนโยบายระดับประเทศด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปีในต่างประเทศ เพื่อเรียนรู้และนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายสำหรับประเทศไทย
- (3) เพื่อศึกษาช่องว่างของการดำเนินนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปีในประเทศไทย
- (4) สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงาน ที่ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อเพิ่มความสามารถทั้งด้านวิชาการ บริหารจัดการ และการดำเนินโครงการและ/หรือการจัดบริการ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจแก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบ บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างถ้วนหน้า

## 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานที่เป็นระบบ โดยเริ่มจากการทบทวนองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็ก การประชุมผู้เชี่ยวชาญ จนนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังแสดงรายละเอียดในรูปภาพที่ 1

### รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินงาน



การศึกษาในรอบที่ 1 เป็นการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก การทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กไทย และกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีอยู่ในประเทศ จากนั้นนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่ขอบเขตและเนื้อหาของปัญหาสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (รอบที่ 2) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการทบทวนนโยบายและมาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีที่ดำเนินการในต่างประเทศ (รอบที่ 3) เพื่อให้ทราบว่าปัจจุบันมีการดำเนินนโยบาย/มาตรการอะไรอยู่บ้าง รวมถึงเหตุและผลเบื้องหลังของการกำหนดนโยบายหรือการให้มาตรการนั้นๆ ควบคู่กันไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ในเชิงลึก รวมถึงพิจารณาช่องว่างของนโยบายที่ดำเนินการอยู่ใน

บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาชุมชนแออัดที่สัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กโดยตรงคือทำให้ขาดพื้นที่เพื่อการนันทนาการของเด็ก นอกจากนี้รายงาน Global Study on Child Poverty and Disparity ซึ่งสนับสนุนโดย UNICEF<sup>10</sup> ยังสำรวจพบว่าการกำจัดอุจจาระของเด็กอายุ 0-2 ปีเพียงร้อยละ 65 ที่มีการกำจัดอย่างถูกต้อง

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร และพัฒนาการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในช่วงแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ธาลัสซีเมียรุนแรง ต่อมาไทรอยด์บกพร่องแต่กำเนิด เฟนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria-PKU) ซึ่งเป็นภาวะที่หากมีการวินิจฉัยและมีการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงได้ หากพิจารณาสถานการณ์จะพบว่าปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกเกิดมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและมีแนวทางแก้ปัญหาแล้ว ได้แก่ ธาลัสซีเมีย และเฟนิลคีโตนูเรีย<sup>9</sup>

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปีสามารถแบ่งได้เป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การได้รับสารอาหารมากเกินไป การได้รับสารอาหารน้อย และการกินนมแม่ ปัญหาการได้รับสารอาหารมากเกินไป ความจำเป็นจนนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าร้อยละ 44.7 ของเด็กอายุ 1 ปี กินนมรสหวาน และเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับปริมาณน้ำตาลสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีเด็กอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 54.2 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และร้อยละ 37.2 ของผู้ปกครองได้รับการอบรมเพื่อฝึกแปรงฟันให้กับเด็ก ในเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 85.8 ยังกินนมมื่อตึก ส่วนปัญหาการได้รับสารอาหารที่จำเป็นน้อยนั้น พบว่าทารกอายุ 6-11 เดือนมีปัญหาขาดสารอาหาร สูงกว่าทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ถึงแม้จะมีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่จากการสำรวจพบว่าทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 5 โดยทารกในเขตชนบทมีอัตราการได้กินนมแม่มากกว่าทารกในเขตเมือง เนื่องจากผู้ปกครองที่อยู่ในเขตเมืองนั้นมักมีข้อจำกัดด้านการทำงาน ทำให้ไม่สามารถให้นมทารกได้ครบกำหนด 6 เดือน และจากสถิติพบว่าทารกเกือบครึ่งเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมก่อน 4 เดือน<sup>9</sup>

ในเรื่องพัฒนาการพบว่ามีเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 12 และน้ำหนักต่อส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 4<sup>13</sup> ทั้งนี้พบว่าเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์ส่งผลต่อสติปัญญา และมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า นอกจากนี้พบว่าผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการเพราะคิดว่าเด็กยังไม่รู้เรื่องนอกจากนั้นของเล่นและหนังสือที่ส่งเสริมพัฒนาการมีน้อย ปัจจุบันเด็กดูโทรทัศน์เยอะขึ้น และหากพิจารณาเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่าเด็กในเขตเทศบาลมีพัฒนาการดีกว่านอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญ<sup>9</sup>

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน เช่น กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก รวมถึงปัญหาการดูแลกลุ่มเด็กด้อยโอกาส การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้เน้นเรื่องระบบสนับสนุนของกลุ่มเด็กด้อยโอกาส (ส่วนเรื่องระบบสนับสนุนอื่นๆ จะรวมอยู่ในหัวข้อการทบทวนวรรณกรรมถัดไป) จากรายงาน Global Study on Child Poverty and Disparity พบว่า การจัดบริการและคุ้มครองทางสังคมสำหรับกลุ่มเด็ก

อาหารและสินค้าทางการเกษตร การศึกษา สภาพแวดล้อมในการทำงาน สภาพที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน การว่างงาน น้ำสะอาด ที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะ เครือข่ายสังคมและชุมชน และบริการสุขภาพ

#### 4.1.2 ผลการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี

(1) ผลการศึกษาภาระโรคจากการวิเคราะห์ข้อมูลภาระโรคปี พ.ศ. 2552<sup>11</sup> โรค/สาเหตุ 10 อันดับแรกที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กไทยอายุ 0-4 ปี เพศชาย ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักน้อย ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอดและทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด การจมน้ำ อุบัติเหตุทางถนน กลุ่มอาการดาวน์ โรคโลหิตจาง ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา โรคขาดโปรตีนและพลังงาน และโรคฟันผุ ส่วนโรค/สาเหตุ 10 อันดับแรกที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กไทยอายุ 0-4 ปี เพศหญิง ได้แก่ ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอดและทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ภาวะทารกน้ำหนักน้อย โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด โรคโลหิตจาง กลุ่มอาการดาวน์ อุบัติเหตุทางถนน โรคขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา โรคฟันผุ และการจมน้ำ

(2) ผลการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัญหาสุขภาพในด้านอื่นๆ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาการศึกษาและการเลี้ยงดู ครอบครัว ที่อยู่อาศัย โดยในเรื่องการศึกษานั้นพบว่าในปี พ.ศ. 2545 เด็กอายุ 3-5 ปี มากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการดูแลจากศูนย์เด็กเล็ก มากกว่าได้รับการดูแลจากพ่อแม่ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น<sup>9</sup> และจากการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในศูนย์เด็กเล็ก คือ การพลัดหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 38 อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นสนาม คิดเป็นร้อยละ 29 ส่วนด้านสุขภาพและพัฒนาการ มีเด็กฟันผุถึงร้อยละ 92 มีหนังสือนิทานไม่เพียงพอ ร้อยละ 60 ในด้านผู้ดูแลเด็ก พบว่า ร้อยละ 51 ขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก<sup>12</sup>

ปัญหาครอบครัวแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่ามีแนวโน้มครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น (ขนาดครัวเรือนเล็กลง) การหย่าร้างมากขึ้น ทำให้ขาดความอบอุ่น นอกจากนี้ยังพบปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งทำให้ไม่ได้รับบริการขั้นพื้นฐาน การศึกษาของผู้เลี้ยงดูและเศรษฐกิจของครอบครัวก็มีผลต่อสุขภาพของเด็ก โดยพบว่าระดับการศึกษาของมารดาเป็นตัวบ่งชี้การเข้าถึงอนามัยแม่และเด็ก และจากรายงานของ UNICEF<sup>10</sup> พบว่าครัวเรือนที่มีอัตราการตายของทารกสูงเป็นครอบครัวที่ยากจนที่สุดจากภาคเหนือเขตชนบท และหัวหน้าครอบครัวไม่มีการศึกษา นอกจากนี้พบปัญหาเด็กกำพร้า โดยในปี พ.ศ. 2548-2549 มีเด็กกำพร้าร้อยละ 19 ของเด็กอายุ 0-17 ปี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักไม่มีคนพาไปรับวัคซีน กำพร้าและอยู่ในภาวะเสี่ยง (ผู้ปกครองป่วยหรือรัง) ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและมาจากครัวเรือนที่ไม่มีการศึกษา

ปัญหาสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิต ได้แก่ มลพิษทางอากาศ น้ำฝน น้ำบาดาล และบ่อน้ำ ยังไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งเด็กส่วนหนึ่งต้องเผชิญปัญหาเหล่านี้ พบว่าภาคใต้เข้าถึงน้ำสะอาดต่ำกว่าภาคอื่นและครัวเรือนนอกเขตเทศบาลเข้าถึงน้ำสะอาดต่ำกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาล อย่างไรก็ตามพบว่าในเขตเทศบาล 5.7 ล้านครัวเรือนอยู่อย่างแออัด ร้อยละ 8 ไม่มีแหล่งน้ำสะอาด ร้อยละ 2 ไม่มีการกำจัดสิ่งขี้ถ่ายที่ถูกสุขอนามัย และ



บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาชุมชนแออัดที่สัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กโดยตรงคือทำให้ขาดพื้นที่เพื่อการนันทนาการของเด็ก นอกจากนี้รายงาน Global Study on Child Poverty and Disparity ซึ่งสนับสนุนโดย UNICEF<sup>10</sup> ยังสำรวจพบว่าการกำจัดอุจจาระของเด็กอายุ 0-2 ปีเพียงร้อยละ 65 ที่มีการกำจัดอย่างถูกต้อง

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร และพัฒนาการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในช่วงแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ธาลัสซีเมียรุนแรง ต่อมไทรอยด์บกพร่องแต่กำเนิด เฟนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria-PKU) ซึ่งเป็นภาวะที่หากมีการวินิจฉัยและมีการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงได้ หากพิจารณาสถานการณ์จะพบว่าปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกเกิดมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและมีแนวทางแก้ปัญหาแล้ว ได้แก่ ธาลัสซีเมีย และเฟนิลคีโตนูเรีย<sup>9</sup>

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปีสามารถแบ่งได้เป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การได้รับสารอาหารมากเกินไป การได้รับสารอาหารน้อย และการกินนมแม่ ปัญหาการได้รับสารอาหารมากเกินไป ความจำเป็นจนนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าร้อยละ 44.7 ของเด็กอายุ 1 ปี กินนมรสหวาน และเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับปริมาณน้ำตาลสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีเด็กอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 54.2 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และร้อยละ 37.2 ของผู้ปกครองได้รับการอบรมเพื่อฝึกแปรงฟันให้กับเด็ก ในเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 85.8 ยังกินนมมอดึก ส่วนปัญหาการได้รับสารอาหารที่จำเป็นน้อยนั้น พบว่าทารกอายุ 6-11 เดือนมีปัญหาขาดสารอาหาร สูงกว่าทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ถึงแม้จะมีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่จากการสำรวจพบว่าทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 5 โดยทารกในเขตชนบทมีอัตราการได้กินนมแม่มากกว่าทารกในเขตเมือง เนื่องจากผู้ปกครองที่อยู่ในเขตเมืองนั้นมักมีข้อจำกัดด้านการทำงาน ทำให้ไม่สามารถให้นมทารกได้ครบกำหนด 6 เดือน และจากสถิติพบว่าทารกเกือบครึ่งเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมก่อน 4 เดือน<sup>9</sup>

ในเรื่องพัฒนาการพบว่ามีเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 12 และน้ำหนักต่อส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 4<sup>13</sup> ทั้งนี้พบว่าเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์ส่งผลต่อสติปัญญา และมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า นอกจากนี้พบว่าผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการเพราะคิดว่าเด็กยังไม่รู้เรื่องนอกจากนั้นของเล่นและหนังสือที่ส่งเสริมพัฒนาการมีน้อย ปัจจุบันเด็กดูโทรทัศน์เยอะขึ้น และหากพิจารณาเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่าเด็กในเขตเทศบาลมีพัฒนาการดีกว่านอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญ<sup>9</sup>

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน เช่น กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก รวมถึงปัญหาการดูแลกลุ่มเด็กด้อยโอกาส การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้เน้นเรื่องระบบสนับสนุนของกลุ่มเด็กด้อยโอกาส (ส่วนเรื่องระบบสนับสนุนอื่นๆ จะรวมอยู่ในหัวข้อการทบทวนวรรณกรรมถัดไป) จากรายงาน Global Study on Child Poverty and Disparity พบว่า การจัดบริการและคุ้มครองทางสังคมสำหรับกลุ่มเด็ก

ด้วยโอกาส ซึ่งรวมทั้งเด็กกำพร้าและพิการมีไม่เพียงพอ โดยปัญหาด้านระบบบริการที่สำคัญคือ ขาดแคลนบุคลากร และการดำเนินงานในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก<sup>10</sup>

(3) ผลการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็กอายุ 0-5 ปี ตามกรอบ Determinants of Health หรือ Policy Rainbow จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบายตลอดจนการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ทุกด้าน (ดังแสดงในหัวข้อตารางที่ 2) ซึ่งกฎหมาย/นโยบายเหล่านั้นอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ใดก็ตาม กฎหมาย/นโยบาย/การดำเนินโครงการดังกล่าวยังไม่มีการประสานกันระหว่างหน่วยงานเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ

#### 4.2 การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กรอบที่ 2)

หลังจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นแล้วจึงจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความครอบคลุมรายการปัญหาที่นักวิจัยศึกษาในเบื้องต้น และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี ในทุกมิติของปัญหาโดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยได้เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 43 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหารและนักวิชาการในส่วนภูมิภาค ซึ่งรวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นักวิชาการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี นักวิชาการและนักวิจัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาระโรค และการทบทวนวรรณกรรมโดยทีมวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิพากษ์ถึงจุดอ่อนจุดแข็งของข้อมูลทั้ง 3 ส่วน และเสนอแนะเพิ่มเติมถึงปัญหาสุขภาพที่มีได้ระบุอยู่ในการนำเสนอ

(3) การจัดลำดับความสำคัญกำหนดให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเสนอหัวข้อปัญหาที่ตนเองคิดว่ามีความสำคัญที่สุด 5 หัวข้อ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา (ถ้าสามารถระบุได้) โดยผู้เข้าร่วมประชุมเขียนหัวข้อลงในใบลงคะแนนที่ได้รับแจกคนละ 5 แผ่นก่อนการประชุม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเสนอหัวข้อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้เป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือกลุ่มที่ 2 ให้แก้ไขโดยหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากสปสช.

(4) การวิเคราะห์ผลการจัดลำดับความสำคัญนักวิจัยนำข้อเสนอที่ได้ทั้งจากกลุ่มที่ 1 และ 2 มาจัดประเภทของปัญหาสุขภาพตามลักษณะของปัญหาที่เสนอโดยผู้เข้าร่วมประชุม โดยแบ่งได้ทั้งหมด 9 กลุ่ม ได้แก่ หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์และคลอด/การดูแลเด็ก/พัฒนาการเด็ก/สารอาหารไม่เหมาะสม/โรคติดต่อ/ความพิการ/สุขภาพช่องปาก/กลุ่มเด็กด้อยโอกาส/การบาดเจ็บ จากนั้นรวมคะแนน

ผลการลงคะแนนสามารถแบ่งปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็กอายุ 0-5 ปี ได้ 9 กลุ่มดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ ปัญหาที่ได้รับการเสนอมากที่สุด 3 ลำดับ ในรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยสปสช. ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์และคลอด การดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก และการได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม (มากเกินไปหรือน้อยเกินไป) (ลำดับที่ 2 ถึง 4 ได้คะแนนเท่ากันคือ 12 คะแนน) ส่วนปัญหาที่ได้รับการเสนอมากที่สุด 3 ลำดับ ในรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก กลุ่มเด็กด้อยโอกาส การบาดเจ็บ และพัฒนาการเด็ก (ลำดับที่ 3 และ 4 ได้คะแนนเท่ากันคือ 5 คะแนน) เมื่อพิจารณาคะแนนรวมพบว่าปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับต้นได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก การฝากครรภ์และคลอด และการได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ซึ่งไม่มีความแตกต่างจากรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยสปสช.

**ตารางที่ 1** ลำดับหัวข้อปัญหาสุขภาพในเด็กอายุ 0-5 ปี รายละเอียด และคะแนนที่ได้ เรียงตามกลุ่มปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด	หน่วยงานที่คาดหวังให้ รับผิดชอบ (คะแนน)		
		สปสช.	หน่วยงานอื่น	รวม
1. การฝากครรภ์และคลอด	ภาวะทารกน้ำหนักน้อย, ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอด, ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด, ภาวะพิการแต่กำเนิด, ฮาล์สซีเมียชนิดรุนแรง, ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา, กลุ่มอาการดาวน์	15	1	16
2. การดูแลเด็ก	คุณภาพศูนย์เด็กเล็ก, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้, การใช้ความรุนแรง การล่วงละเมิด	12	30	42
3. พัฒนาการ	ปัญหาการเรียนรู้ สมาธิสั้น และออทิสติก	12	5	17
4. สารอาหารไม่เหมาะสม	ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ภาวะขาดไอโอดีนและธาตุเหล็กโรคโลหิตจางการกินนมแม่น้อย	12	3	15
5. โรคติดต่อ	(1) โรค/ภาวะที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (2) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น	10	1	11
6. ความพิการ	ความพิการทางการได้ยินและการมองเห็น	5	0	5
7. สุขภาพช่องปาก	การดูแลสุขภาพช่องปาก	4	0	4
8. เด็กด้อยโอกาส	เด็กกำพร้าเด็กด้อยโอกาส เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน	3	8	11
9. การบาดเจ็บ	อุบัติเหตุ และการจมน้ำ	3	5	8
<b>รวม</b>		<b>76</b>	<b>53</b>	<b>129</b>

### 4.3 การทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กอายุ 0-5 ปี ในต่างประเทศ (กรอบที่ 3)

การศึกษาในส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนโยบายและมาตรการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะเด็กอายุ 0-5 ปี\* ใน 5 ประเทศ/ภูมิภาค ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และตะวันออกกลาง โดยศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- (1) ระบบสุขภาพ ปัญหาสุขภาพะเด็กอายุ 0-5 ปีในแต่ละประเทศ
- (2) นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพะของเด็กรอายุ 0-5 ปี
- (3) หน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายและมาตรการ
- (4) ระบบการติดตามประเมินผลนโยบายและมาตรการ และผลการดำเนินงาน

สรุปข้อค้นพบจากการทบทวนบทเรียนใน 4 ประเทศ 1 ภูมิภาคทำให้ทราบได้ว่าทุกประเทศให้ความสำคัญอย่างสูงกับเรื่องสุขภาพของเด็กรเล็กเพราะคุณภาพของเด็กรและเยาวชนคืออนาคตของประเทศ ประเทศที่มีแนวโน้มประชากรแรกเกิดลดลง เช่น ญี่ปุ่น ไต้หวัน และแคนาดา ต่างให้ความสำคัญกับการดูแลและส่งเสริมการตั้งครรรค์และดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ ประเทศส่วนใหญ่ที่มีทรัพยากรมาก เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น และไต้หวัน ต่างลงทุนสร้าง (1) ระบบฐานข้อมูลในการดูแลติดตามหญิงตั้งครรรค์และเด็กรเป็นอย่างดี ทำให้ทราบได้ว่าสถานการณ์และแนวโน้มเป็นอย่างไร เกิดการแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที เช่น การแก้ไขปัญหายกรล่งละเมิดและการทารุณกรรมเด็กรในประเทศญี่ปุ่น ปัญหาเด็กรอ้วนและการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา และปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กรในประเทศแคนาดา นอกจากนี้ประเทศเหล่านี้ยังให้ความสำคัญกับการ (2) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และติดตามประเมินผล (3) การออกกฎหมาย นโยบาย หรือแนวปฏิบัติ (guidelines) ต่างๆ มีความชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องทราบและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีการสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมและชัดเจน

บทบาทของผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความแตกต่างกันตามโครงสร้างการบริหารจัดการ เช่น ในประเทศแคนาดาและญี่ปุ่นซึ่งเน้นการกระจายอำนาจ (4) หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานและประเมินผล ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเน้นการดำเนินงานผ่าน (5) การผลักดันกฎหมายซึ่งมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้ เช่น กรณีการป้องกันการบาดเจ็บในเด็กรหรือการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของสถานที่เลี้ยงเด็กร อย่างไรก็ตามในเกือบทุกประเทศที่ศึกษาพบว่ามี (6) การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กร ที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ ประเทศแคนาดา ที่รัฐบาลพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพสำหรับผู้ปกครองในการคัดกรองพัฒนาการ การได้ยิน ภาวะโภชนาการ

\* การส่งเสริมสุขภาพะเด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง การดำเนินนโยบาย หรือมาตรการทั้งในมิติด้านการแพทย์ ด้านพัฒนาการเด็กร ด้านจิตใจและสังคมในทุกกระดับ มีจุดมุ่งหมายเพื่อกรสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

#### 4.4 การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ (กรอบที่ 4: ขั้นที่ 1 ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ)

หลังจากได้รายการปัญหาสุขภาพจากการจัดลำดับความสำคัญโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในรอบแรกแล้ว ข้อจำกัดที่สำคัญของปัญหาที่ได้รับการเสนอคือ ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถระบุถึงปัญหาที่แท้จริงในแต่ละประเด็น จึงมีการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญขึ้น เพื่อรับฟังข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เสนอในรายละเอียด โดยในครั้งนี้ได้เลือกเฉพาะหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นการพัฒนาประเด็นเพื่อเตรียมนำเสนอต่อสปช. ซึ่งในเบื้องต้นผลที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญตามหัวข้อต่างๆ เป็นดังนี้

##### 4.4.1 การฝากครรภ์และการคลอด

ปัญหาที่เสนอได้แก่ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เหมาะสมในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการดูแลและรักษามากกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่ต้องการรับส่งต่อเนื่องจากได้รับการจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลไม่เหมาะสม

การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียยังไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่พบคือ ขั้นตอนและระยะเวลาการตรวจไม่เหมาะสม ตรวจได้แต่ภรรยาในระหว่างที่ฝากครรภ์แต่ไม่สามารถตามสามีมาตรวจได้ หรือตรวจพบความเสี่ยงไม่ทันเวลาสำหรับรายที่มีข้อพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์

การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Hypothyroidism) ปัจจุบันมีระบบคัดกรองทารกแรกเกิดโดยการเจาะเลือดจากส้นเท้าเพื่อวัดระดับ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) แต่ปัญหาที่พบคือในระหว่างรอผลทางห้องปฏิบัติการ แม่และเด็กได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว บางส่วนกลับภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ทำให้การติดตามเด็กที่มีปัญหา กลับมารักษาต่อเป็นไปได้ยาก

การตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์และโรคทางพันธุกรรมหลายโรคยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีความพร้อมได้ (ยกเว้นจ่ายเงินเอง) มาตรการที่มีอยู่ ได้แก่ การให้บริการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ อัสตราซาวด์อย่างน้อย 1 ครั้ง ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส เชื้อเอชไอวี การสนับสนุนการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการคัดกรองธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา 1) ควรพัฒนาระบบการจ่ายเงินพิเศษในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็กของราชวิทยาลัยสูติฯ พิจารณาว่ากลุ่มเสี่ยงใด ควรมีการบริหารจัดการ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายรายประชากร 2) พิจารณาปรับปรุงแนวทางการตรวจคัดกรองทั้งหมดและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงให้เหมาะสม (รวมถึงกิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษา) และ 3) ติดตามเด็กทารกที่มีปัญหามารับการรักษาให้ทันเวลาและครบถ้วน เช่น ทารกที่เสี่ยงต่อภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน

##### 4.4.2 พัฒนาการเด็ก

ปัจจุบันยังไม่มี ความชัดเจน เนื่องจากคลินิกเด็กที่มีกระจายอยู่ทั่วไปทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่สามารถให้บริการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็ม

ประสิทธิภาพ ยังมุ่งเน้นการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุรับวัคซีนเป็นหลัก ซึ่งไม่สัมพันธ์กับเกณฑ์พัฒนาการเด็ก นอกจากนั้นพบว่า อุปกรณ์เครื่องมือการตรวจพัฒนาการด้านร่างกายเด็ก เช่น เครื่องวัดความสูงและน้ำหนักเด็ก มีไม่เพียงพอ เสื่อมสภาพ ขาดการซ่อมบำรุง ไม่ตรงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย จึงมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขปัญหาด้านทรัพยากรและระบบการบริหารจัดการรวมถึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริม คัดกรอง วินิจฉัยและรักษาเด็กด้านพัฒนาการ

#### 4.4.3 สารอาหารไม่เหมาะสม

ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขาดแคลนในโรงพยาบาล (รพ.) และ รพ.สต. หลายแห่ง ทั้งที่มีนโยบายเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี ทุกคน นอกจากนั้นยังมีความไม่เพียงพอของการจัดบริการดูแลภาวะโภชนาการในเด็กกลุ่มพิเศษ เช่น เด็กพิการที่มีภาวะเกร็งไม่สามารถกลืนอาหารได้ จึงเป็นที่มาของการเสนอการแก้ไขปัญหาคือ 1) แก้ไขเรื่องยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ทุกคนได้เข้าถึงตามนโยบาย และ 2) ควรมีระบบการดูแลและสนับสนุนแก่กลุ่มเด็กพิเศษ

#### 4.4.4 ความพิการ

ไม่มีระบบการส่งต่อเด็กที่พบว่ามีความผิดปกติหรือพิการ เช่น ในเรื่องการได้ยินและการมองเห็น เพื่อทำการรักษาหรือฟื้นฟู นอกจากนั้นได้มีการเสนอประเด็นเรื่องความครอบคลุมในการดูแลเด็กพิการ โดยพบว่าปัจจุบันกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ให้สวัสดิการแก่เด็กพิการที่อายุ 7 ปีขึ้นไปเท่านั้น จึงมีข้อเสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลสวัสดิการขยายความครอบคลุมแก่เด็กกลุ่มอายุ 0-6 ปี ด้วย (ถึงแม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่ยังมีสวัสดิการที่เป็นด้านอื่นๆ อีก)

#### 4.5 การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ (กรอบที่ 4: ขั้นที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม)

หลังจากมีการนำเสนอประเด็นปัญหาและช่องว่างที่พบ จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นและจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทีมวิจัยได้เพิ่มขอบเขตการศึกษาและตรวจสอบประเด็นต่างๆ โดยการทบทวนวรรณกรรม และแบ่งระดับของหลักฐานที่มาสนับสนุนความสำคัญของปัญหาออกเป็น 3 ระดับ โดย ระดับ 1 ได้แก่ ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อสังเกตและวิเคราะห์โดยผู้ปฏิบัติงาน ระดับ 2 ได้แก่ หลักฐานที่อ้างอิงรายงานประเมินในระดับหน่วยงาน การวิจัยในพื้นที่ และ ระดับ 3 ได้แก่ หลักฐานที่มาจากวิเคราะห์ข้อมูลระดับประชากร โดยหัวข้อในการทบทวนและรายงานผลแบ่งเป็น 1) ปัญหาความรุนแรงและบริบทของปัญหา 2) มาตรการที่มีในปัจจุบันและ 3) ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ซึ่งสามารถแบ่งเป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ข้อเสนอเพื่อพิจารณาเพิ่มนโยบาย เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีนโยบายหรือผู้รับผิดชอบดำเนินงานในเรื่องนั้นๆ กลุ่มที่ 2 ข้อเสนอสำหรับปรับปรุงการบริหารนโยบายปัจจุบันซึ่งมีแล้วแต่ยังไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายหรือยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน และกลุ่มที่ 3 ข้อเสนออื่น เช่น กรณีปัญหานั้นๆ มีข้อจำกัดด้านข้อมูลสนับสนุน ยังขาดองค์ความรู้บางประการ จึงให้มีการศึกษาเพิ่มเติมโดยละเอียด เพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์มาประกอบการพิจารณาต่อไป (พิจารณาตารางที่ 2)

##### 4.5.1 การฝากครรภ์และการคลอด

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์และการคลอดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัญหาย่อย ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองธาลัสซีเมีย การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์

##### การคัดกรองธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียเป็นปัญหาที่สำคัญ พบว่าอัตราทารกเป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 5.4 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ มีการดำเนินโครงการคัดกรองธาลัสซีเมียมาเป็นระยะเวลาานาน ปัจจุบันการคัดกรองธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนทุกคน โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์สามีมองหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ (คู่เสี่ยง) นอกจากนั้นในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขยังมีการพัฒนาแผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 เพื่อแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักจากปี พ.ศ. 2547 ซึ่งวีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ<sup>14</sup> ได้ศึกษานโยบายการคัดกรองธาลัสซีเมียพบปัญหาทั้งเชิงเทคนิค เชิงบริหารจัดการ นโยบาย และสังคม สาเหตุสำคัญที่ทำให้นโยบายไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การดำเนินนโยบายไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน (มีหลายหน่วยงานรับผิดชอบในแต่ละช่วงเวลา แต่ก็ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง) และประชาชนยังขาดความรู้ ความตระหนัก ทำให้ไม่เกิดแรงผลักดันนโยบายจากภาคประชาชน นอกจากนั้นการศึกษาโดย ชเนนทร์ วนาภิรักษ์<sup>15</sup> ยังชี้ให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบทั้งกลุ่มที่ไม่มาตรวจหรือมาช้าไปมีกรณีไม่สามารถตามคู่มือ

ตรวจได้ ปัญหาความพร้อมของห้องปฏิบัติการ รวมไปถึงมีการกำหนดคู่เสี่ยงต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น ข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มศักยภาพของการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ โดยอาจทำตามรูปแบบคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หรือทำควบคู่กันไป และตั้งตัวชี้วัดที่เหมาะสมและสะท้อนเป้าหมายที่ต้องการ เช่น จำนวนการคลอดที่แม่และพ่อเป็นธาลัสซีเมียรุนแรงมีจำนวนลดลง จำนวนการคัดกรองที่แม่และพ่อได้รับการตรวจทันเวลาเพิ่มขึ้น (ภายใน 20 วัน) เป็นต้น

#### การคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมน

รายงานจาก โครงการป้องกันภาวะปัญญาอ่อน จากภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมน (TSH) และภาวะ Phenylketonuria (PKU) ของกรมอนามัย รายงานว่าปี พ.ศ. 2550 พบอัตราทารกมีความผิดปกติของ TSH และ PKU 0.7 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ<sup>16</sup> ทั้งนี้ภาวะดังกล่าวสามารถป้องกันและรักษาได้โดยการคัดกรองและให้การรักษาทันทีทันใดที่ ในปี พ.ศ. 2553 สบสช. ได้รายงานความครอบคลุมของจำนวนการตรวจคัดกรองและยืนยันมากกว่าร้อยละ 80 แต่ปฏิบัติการไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และยังพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองและยืนยันความผิดปกติได้รับการรักษา<sup>17</sup> อย่างไรก็ตามไม่พบการรายงานผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายว่าการคัดกรองนั้นมีการรักษาทันทีทันใดหรือหายจากภาวะดังกล่าวหรือไม่ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การปรับตัวชี้วัดให้เหมาะสม เช่น แบ่งเป็นสามขั้น (1) เมื่อเจาะส้นเท้าและได้ผลทันเวลา (2) หากตามเด็กที่มีผลผิดปกติมารักษาได้ทันเวลา (โบนัสครั้งที่ 1 จ่ายให้รพ.) และ (3) ติดตามพัฒนาการที่อายุ 2 ปี (โบนัสครั้งที่ 2 จ่ายให้รพ.) เป็นต้น

#### การตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์

กลุ่มอาการดาวน์มีอุบัติการณ์การเกิดที่ 1:800 ถึง 1:1,000 ปัจจุบันการตรวจกรองไม่ได้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นทางการส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนต้องจ่ายเงินด้วยตนเอง ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนานโยบายในเรื่องการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ จากการศึกษาของ จันทนา พัฒนเกษัช และคณะ<sup>18</sup> เสนอให้มึนนโยบายระดับประเทศที่ชัดเจน เตรียมทรัพยากร เช่น ห้องปฏิบัติการ บุคลากร แนวทางปฏิบัติ และการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการคัดกรอง และพิจารณาตั้งตัวชี้วัดและการสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการดำเนินการตามเป้าหมาย

### 4.5.2 การดูแลเด็ก

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเอาใจใส่เด็กที่ไม่ดีพอ หรือไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหามากมายทั้งต่อตัวเด็กเองและบุคคลรอบข้าง กระทั่งต่อปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการรับฟังความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งประเด็นปัญหาเบื้องต้นที่เป็นเหตุนำไปสู่ปัญหาด้านอื่นๆ ได้ 2 เรื่อง ได้แก่ ปัญหาคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก และการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น

#### คุณภาพศูนย์เด็กเล็ก

จากการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2552<sup>19</sup> พบว่า มีศูนย์เด็กเล็กทุกสังกัดทั่วประเทศรวม 20,043 แห่ง โดยอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงมหาดไทย จำนวน 17,821 แห่ง (ร้อยละ 89) นอกนั้นอยู่



ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม และกระทรวงแรงงาน มีจำนวนเด็กอายุระหว่าง 2 ขวบครึ่ง ถึง 5 ขวบ อยู่ในศูนย์เด็กเล็กทุกสังกัด ประมาณ 942,583 คน คิดเป็นร้อยละ 37 ของจำนวนเด็กปฐมวัยในประเทศไทย (เด็กปฐมวัยของประเทศไทยมีจำนวน 4.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งประเทศ อ้างอิงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติ)

จากการสำรวจพบอีกว่ามีศูนย์เด็กเล็กจำนวนหนึ่ง ยังขาดความพร้อม ทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐาน การดูแลเด็กเล็ก โดยศูนย์เด็กเล็กในสังกัด อบท. จำนวน 17,821 แห่งทั่วประเทศนี้ ร้อยละ 40 มีของเล่นไม่เพียงพอกับจำนวนเด็ก ร้อยละ 37 ของเล่นที่มีอยู่ มีสภาพชำรุด รอคอยซ่อมแซม ร้อยละ 24 ห้องน้ำมีสภาพชำรุด ขณะที่ร้อยละ 3.8 มีปัญหาไม่สามารถจัดหาที่นอนให้เด็กนอนได้เพียงพอ นอกจากปัญหาความพร้อมแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดในศูนย์เด็กเล็ก คือ อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 37.5 อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นสนาม คิดเป็นร้อยละ 28.6 ส่วนด้านสุขภาพและพัฒนาการ มีเด็กฟันผุสูงถึงร้อยละ 92 ไม่จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยละ 2.4 มีหนังสือนิทานไม่เพียงพอร้อยละ 60 ในด้านผู้ดูแลเด็กพบว่าขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และ ร้อยละ 51 ขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก<sup>20</sup>

เมื่อพิจารณาในแง่การบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัด อบท. นั้นเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อีกต่อหนึ่งที่จะต้องให้การสนับสนุนทั้งในแง่การดำเนินการ และจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้ออาหาร นม ปรับปรุงซ่อมแซมอาคารสถานที่ จัดซื้อเครื่องเล่นกลางแจ้งที่มีความปลอดภัย จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเรียน การสอน แต่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้บริหารอบท. ขาดการสนับสนุน มีการจัดตั้งศูนย์ฯ ชำซ้อนในเขตพื้นที่ ขาดบุคลากร ไม่มีงบประมาณในการดูแลเด็กที่ต้องการความเอาใจใส่พิเศษ ดังนั้นการที่ศูนย์เด็กเล็กซึ่งมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ไม่มีความพร้อมในการดูแล จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาสติปัญญาของเด็กไทยในอนาคต เพราะเด็กจะมีพัฒนาการเจริญเติบโตที่ล่าช้า ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะด้านที่ช้าคือภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็ก ซึ่งเป็นรากฐานของสติปัญญา<sup>21</sup>

มีความพยายามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะกำหนดมาตรการควบคุมดูแลศูนย์เด็กเล็ก แต่ยังคงขาดการทำงานที่เชื่อมโยง และทั้งหมดดำเนินการลักษณะขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบ ไม่เป็นมาตรการเชิงบังคับ จึงไม่มีบทลงโทษใดๆ ทั้งนี้มาตรการที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก เช่น จัดทำคู่มือมาตรฐานการดำเนินงาน/การศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงการศูนย์เด็กเล็กมาตรฐานโดยการกำกับของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคซึ่งดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ประเทศไทยกำลังผลักดันให้เกิดมาตรการทางภาษีเพื่อสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2554 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบมาตรการภาษีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กเล็ก กล่าวคือให้ยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่บริษัท/ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา สำหรับเงินได้ที่จ่ายในการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กในสถานประกอบการ/จัดตั้งหรือสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะมีดังต่อไปนี้ หน่วยงานต้นสังกัดศูนย์เด็กเล็ก ควรมีมาตรการเด็ดขาดในการควบคุม กำกับการทำงานให้ได้มาตรฐาน และมีการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนหากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน อปท. ควรเปลี่ยนวิธีบริหารจัดการเงินศูนย์เด็กเล็กจากเดิมให้ อบต. พิจารณาจัดสรรเอง เป็นการระบุงบประมาณขั้นต่ำที่เหมาะสมในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก และบังคับให้ อบต. ทุกแห่งต้องจัดสรรเงินอ้างอิงตามจำนวนเด็กในศูนย์ เช่น ไม่ต่ำกว่าหัวละ 200 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นต้น นอกจากนี้ศูนย์เด็กเล็กอาจต้องพึ่งพิงเงินจากการบริจาค ให้มีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมภายในชุมชนต่อไป

### การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันพบเด็กและวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเด็กในวัยนี้ยังขาดวุฒิภาวะและขาดความรับผิดชอบตัวเอง ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงในด้านต่างๆ เช่น เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง การคลอดบุตรแล้วนำไปทิ้ง และยังมีผลต่อการออกจากโรงเรียนกลางคัน รวมทั้งมีความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูลูก กระทำ ความรุนแรงในครอบครัว กลายเป็นแรงงานราคาถูก ครอบครัวแตกแยก และยังมีอาจจะเกิดปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย โดยพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในแม่ที่อายุ 19 ปีหรือน้อยกว่าเพิ่มสูงขึ้นตลอด 10 ปีที่ผ่านมา และแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มอายุน้อยลง<sup>22</sup>

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีการคลอดของแม่วัยรุ่นประมาณ 123,000 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมด ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และร้อยละ 30 นำไปสู่การทำแท้ง เมื่อเทียบสถิติอัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นเทียบกับประชากรที่ตั้งครรภ์และคลอดทั้งหมด ในประเทศไทยมีอัตราที่สูงถึง 70 คนต่อประชากร 1,000 คน ขณะที่ประเทศอื่นในภูมิภาค เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี จีน มีอัตราส่วนของแม่วัยรุ่นเพียง 4-5 คนต่อประชากร 1,000 คน สิงคโปร์ประมาณ 8 คนต่อประชากร 1,000 คน<sup>23</sup>

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของแม่และเด็กได้ในหลายประการ เช่น<sup>24, 25</sup>

- ขาดอาหาร วัยรุ่นมักเลือกอาหาร กล้าอ้วน ดื่มเหล้า สูบบุหรี่และใช้ยาบางอย่างที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์ จึงมีน้ำหนักเพิ่มน้อยขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะได้ทารกที่ตัวเล็กน้ำหนักน้อยมากกว่าแม่อายุมากกว่า 20 ปี ถึง 2 เท่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะขาดแคลเซียม โปรตีน ทำให้พบมีโอกาสพบภาวะโลหิตจางมาก
- ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
- การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- การเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ทำให้คลอดลำบากมีแนวโน้มต้องผ่าท้องคลอดเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับแม่วัยอื่นๆ
- อัตราการคลอดก่อนกำหนดและเสียชีวิตของเด็กสูง มีความผิดปกติแต่กำเนิด หรือเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหาตามมาได้ง่าย

มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่ยังคงขาดกลไกประสานและเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มาตรการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่

- การสร้างทักษะชีวิตวัยรุ่น: เกี่ยวข้องกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน สมาคมครูแนะแนว องค์การแพธ (PATH) องค์การพัฒนาเอกชน (Non Governmental Organizations-NGOs) ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่และอื่นๆ
- การรณรงค์สื่อสาร: เกี่ยวข้องกับองค์กรด้านสื่อ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ สื่อต่างๆ และอื่นๆ
- การป้องกันเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย: เกี่ยวข้องกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สมาคมครูแนะแนว หน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่ และอื่นๆ
- การให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น: เกี่ยวข้องกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ สปสช. สมาคมครูแนะแนว หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่ และอื่นๆ
- ระบบการช่วยเหลือดูแลทารก หรือหาครอบครัวอุปถัมภ์บุตร: เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ องค์การพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่ และอื่นๆ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกำลังเตรียมเสนอ ร่างพรบ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งหากมีกฎหมายฉบับนี้แล้ว จะมีกลไกคณะกรรมการระดับชาติที่จะเข้ามาทำหน้าที่เชื่อมโยง ประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และจะมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการกำกับดูแลและสนับสนุนให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาในในระยะยาว

เนื่องจากมีหน่วยงานร่วมเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาจำนวนมาก ดังนั้นควรเร่งให้เกิดคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ตามพรบ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีกลไกระดับชาติทำงานเชื่อมโยงกับหลายๆ ภาคส่วน มีการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.5.3 พัฒนาการเด็ก

ปัญหาในกลุ่มพัฒนาการเด็กพิจารณาในเรื่องการพัฒนาทางสมอง สติปัญญา ไม่นับรวมการเจริญเติบโต จากการทบทวนข้อมูลพบการรายงานโดยกรมอนามัยในเรื่องพัฒนาการว่าเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยทุกด้านเพียงร้อยละ 67<sup>26</sup> นอกจากนี้การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-52<sup>13</sup> แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยนี้มีพัฒนาการช้ากว่าวัย ร้อยละ 20 เมื่อพิจารณาละเอียดในด้านสังคม ภาษา การใช้มือและตาแก้ปัญหา และการเคลื่อนไหว พบเด็กร้อยละ 18 มีพัฒนาการช้ากว่าวัยอย่างน้อย 1 ด้าน หากพิจารณาเรื่องโรคที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กนั้นพบปัญหาพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้โดย รัดโนทัย พลัฏฐการ และคณะ<sup>27</sup> พบอุบัติการณ์ของเด็กออทิสติก (ต่อผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปีที่มา รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี) เท่ากับ 1.43 ต่อ 10,000 ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 6.93 ต่อ 10,000 ในปี พ.ศ. 2545 ส่วนโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) และเด็กที่มีปัญหาบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disability, LD) พบความชุกร้อยละ 8 และร้อยละ 5-10 ต่อเด็กทั้งหมด

ตามลำดับ<sup>28</sup> ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรการในระดับชาติ ในการคัดกรองพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ในเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งที่ปัญหาบางอย่างสามารถวินิจฉัยได้และการแก้ไขเบื้องต้นมีประสิทธิภาพดี

หากพิจารณามาตรการที่ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็กในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีมาตรการระดับชาติ ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี มาตรการที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เช่น มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวในรพ.สต. คลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งให้บริการครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดยาว/สูง วัดรอบหัว ให้วัคซีน ตรวจฟัน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินพัฒนาการ รวมทั้งคัดกรองออทิสติก การคัดกรองพิเศษตามวัย การให้คำแนะนำล่วงหน้า โรงเรียนพ่อแม่ โดยดำเนินการใน 5 จังหวัดนำร่อง เมื่อปี พ.ศ. 2551 แต่ผลประเมินการดำเนินงานโดยศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ<sup>29</sup> ซึ่งให้เห็นช่องว่างในการพัฒนาการให้บริการดังกล่าว เช่น ปัญหาด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการขาดความรู้ความเข้าใจ ความสนใจ และความเอาใจใส่ในกิจกรรมการให้บริการ ไม่สะดวกที่จะรอรับบริการเป็นระยะเวลาสั้น ต้องการรับบริการแบบเร่งด่วน และไม่ให้ความสนใจกับความรู้อันการดูแลเด็กที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน แต่สนใจการนำเด็กมารับวัคซีนมากกว่า นอกจากนี้ยังพบปัญหาความคับคั่งของผู้รับบริการ ในส่วนของผู้ให้บริการก็พบข้อจำกัดจำนวนมาก เช่น ปัญหาเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดแคลน มีจำนวนน้อย ภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ปัญหาขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับบริการคลินิกเด็กดี ปัญหาการไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับบริการคลินิกเด็กดี และปัญหาขาดแคลนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการให้บริการในคลินิก เช่น ชุดตรวจพัฒนาการเด็ก และเวชภัณฑ์จำพวก ยา วิตามินเสริมธาตุเหล็ก เข็มฉีดยาสำหรับเด็กโดยเฉพาะ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ซึ่งผลลัพธ์ที่ สปสช. ติดตามและรายงาน ได้แก่ ความครอบคลุมของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพในภาพรวม นอกจากนี้พบว่าขาดข้อมูลสารสนเทศในการประเมินสถานการณ์ ติดตาม และแก้ไขปัญหาพัฒนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการแก้ไขปัญหาพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญานั้น ควรมีการพัฒนา รูปแบบ (Model development) การคัดกรองโดยเชื่อมกับระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน และเพิ่มการคัดกรองพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และสติปัญญาซึ่งอาจแบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ (1) ตรวจและวินิจฉัยก่อนวัยเรียน 0-3 ปี เพื่อคัดกรองออทิสซึม และภาวะปัญญาอ่อน และ (2) ตรวจและวินิจฉัยในวัยเรียน 3-5 ปี เพื่อคัดกรอง ADHD และ LD ที่โรงเรียนในระดับอนุบาลและประถมต้น

#### 4.5.4 สารอาหารไม่เหมาะสม

ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ การเจริญเติบโต พัฒนาการความสามารถในการเรียนรู้และส่งผลต่อรายได้ในอนาคตของตนเองและประเทศชาติ โดยภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมมีได้ทั้งภาวะโภชนาการพร่องและโภชนาการเกิน จากการสำรวจสุขภาพเด็กในปี พ.ศ. 2551-2552<sup>30</sup> พบแนวโน้มภาวะเตี้ยและภาวะโภชนาการพร่องในเด็กอายุ 1-5 ปี มีความชุกลดลง พบความชุกของภาวะเตี้ยในปี พ.ศ. 2552 ลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของปี พ.ศ. 2546 แต่พบแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 เท่าของปี พ.ศ. 2540 นอกจากนี้ยังพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้มากกว่า

ภาวะผอม หากแบ่งตามภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของเด็กโภชนาการพร่องมากที่สุดร้อยละ 3.8-7.5 ส่วนกรุงเทพมหานครพบเด็กอ้วนมากที่สุดคือร้อยละ 8.7 และจากรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2553<sup>17</sup> พบว่าความครอบคลุมของการบันทึกความครบถ้วนในการให้บริการตรวจสุขภาพของการตรวจสุขภาพเด็กทุกคนมีแนวโน้มลดลง โดยปี พ.ศ. 2547 มีความครอบคลุมร้อยละ 91.85 แต่ในปี พ.ศ. 2553 มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 46.97 ยังพบว่าร้อยละของเด็กที่มีภาวะโภชนาการพร่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.99 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 31.90 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งต่างจากผลสำรวจในระดับประเทศ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะสถานพยาบาลให้ความสนใจ และรายงานผลการตรวจสุขภาพเฉพาะเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มการเกิดภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม

นอกจากประเด็นเรื่องภาวะโภชนาการของเด็กรายบุคคลแล้ว เครื่องมือตรวจการเจริญเติบโตของเด็ก เช่น เครื่องวัดความสูง และเครื่องชั่งน้ำหนัก ที่บางสถานพยาบาลได้รับการจัดสรรเพียงครั้งเดียวเมื่อเปิดสถานพยาบาลอาจจะชำรุดหรือไม่เพียงพอ

#### การเจริญเติบโต

จากการประเมินการดำเนินงานในคลินิกเด็ก<sup>29</sup> และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเด็ก พบว่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการด้านร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวมีความจำเป็นในการวัดการเจริญเติบโตในเด็กแต่ละวัย นอกจากอุปกรณ์ไม่เพียงพอแล้วยังพบว่าอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ ไม่ตรงตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ เสื่อมสภาพ ไม่มีการซ่อมบำรุง และจำเป็นต้องมีการตรวจความถูกต้องเที่ยงตรงของเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ มิเช่นนั้นแล้วจะทำให้การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมาอย่างส่วนกลางเกิดความคลาดเคลื่อนและไม่ครบถ้วน จึงทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และส่วนกลาง ได้อย่างทันทั่วถึง ดังนั้นการเฝ้าติดตามสถานการณ์เจริญเติบโตของเด็กในระดับต่างๆ ควรนำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุน จะทำให้เกิดการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้นตั้งแต่ในระดับท้องถิ่น และกระตุ้นให้ระดับท้องถิ่นตระหนักถึงความสำคัญของการเก็บข้อมูลทำให้ท้องถิ่นสามารถติดตาม วิเคราะห์ และพิจารณาหามาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ของตนได้ มิใช่เป็นเพียงการส่งข้อมูลให้ส่วนกลางเท่านั้น ขณะนี้ได้มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Growth monitoring ในบางพื้นที่ที่เริ่มมีการนำไปใช้ในทางปฏิบัติแล้ว ดังนั้นจึงมีการเสนอให้ติดตามผลสำเร็จของโปรแกรมดังกล่าว

#### ภาวะโภชนาการพร่อง

จากการสำรวจสุขภาพเด็กในปี พ.ศ. 2551-2552<sup>30</sup> ซึ่งมีการรายงานการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงและน้ำหนักของเด็ก เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่าร้อยละ 4.4 ของเด็กอายุ 1-14 ปี ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และประมาณการว่าร้อยละ 2.4 ของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรง เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุพบว่า เด็กอายุ 1-5 ปี มีความชุกของภาวะเตี้ยมากที่สุดคือร้อยละ 6.3 หรือ 2 เท่าของเด็กอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปี หากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตามอายุ มีเด็กอายุ 1-14 ปี น้ำหนักน้อยกว่า

เกณฑ์ร้อยละ 4.1 และเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 7.6 ซึ่งปัญหาภาวะโภชนาการพร่องจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของสติปัญญาหรือเชาวน์ปัญญา โดยเด็กที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรงจะพบว่าพัฒนาการของสติปัญญาหรือเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแคระแกร็นถึง 10 จุด ส่งผลต่อการเรียนทั้งการเข้าเรียนซ้ำ หยุดเรียนบ่อย และซ้ำชั้น นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์การเพิ่มขึ้นของส่วนสูงในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่จะส่งผลกระทบต่อรายได้ในอนาคต ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการพร่องเกิดได้จากหลายประการ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคในแต่ละพื้นที่ หรือแหล่งอาหารที่หาได้ในแต่ละภาค และมีความแตกต่างกันออกไป อีกทั้งปัจจุบันการบริโภคอาหารมุ่งเน้นความสะดวกรวดเร็ว การบริโภคอาหารมีอัตรากาลน้อยลง และมีการบริโภคขนมกรุบกรอบ นอกจากนี้การโฆษณาด้านอาหารที่ก่อให้เกิดกระแสนิยมด้านการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และการใช้จ่ายเงินไปกับสินค้าฟุ่มเฟือยที่มากเกินไป จนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านอาหารลดลง จึงก่อให้เกิดการขาดสารอาหารได้ง่าย

มาตรการที่ใช้ในการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการพร่องที่ทำอย่างต่อเนื่อง<sup>31</sup> คือโครงการอาหารกลางวัน และอาหารเสริม (นม) ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และปี พ.ศ. 2509 ตามลำดับ เป็นโครงการที่มีความร่วมมือจากหลายหน่วยงานครอบคลุมโรงเรียนในระดับประถมและศูนย์เด็กเล็ก โดยโครงการอาหารกลางวันได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลให้แก่สถานศึกษา ผลการทำงานโครงการอาหารกลางวันทำให้ภาวะทุพโภชนาการลดลงจากร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2535 เหลือร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2549 และเป็นโครงการที่ได้รับการยอมรับจาก ครู ผู้ปกครอง ในโรงเรียนเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามจากการประเมินคุณภาพอาหารกลางวันในโรงเรียน 122 แห่ง พบว่าสารอาหารบางอย่างไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ควรได้รับในแต่ละวัน โดยเฉพาะแคลเซียม ธาตุเหล็ก และวิตามินเอ ปัจจุบันทางฝ่ายโภชนาการชุมชน สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>32</sup> ได้วิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลการพัฒนากระบวนการจัดอาหาร สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน" โดยการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป INMU School Lunch มาช่วยจัดอาหารกลางวันให้มีคุณภาพทั้งสารอาหาร ปริมาณอาหารสด ที่สอดคล้องกับแหล่งวัตถุดิบของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสามารถใช้วางแผนงบประมาณค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ส่วนโครงการอาหารเสริม (นม) มี อปท. และโรงเรียน เป็นผู้ดูแลหลักในการจัดซื้อและจัดหาตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการโคนมและผลิตภัณฑ์นมกำหนด เพื่อให้เด็กมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปัจจุบันพบว่าปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพนม<sup>33</sup> มีดังนี้คือ ปัญหานมปลอมปน นมไม่ได้มาตรฐาน มาจากการใช้นมผง/หางนมปลอมปน เนื่องจากการใช้นมผงเป็นวัตถุดิบในการผลิตมีต้นทุนที่ถูกกว่าการใช้น้ำนมดิบ นอกจากนี้โรงงานผลิตนมที่ได้รับการจัดสรรให้ผลิตนม ไม่มีใบอนุญาตจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และยังมีการทุจริตในระบบบริหารจัดการ โดยบางแห่งมีการจัดซื้อนม แต่กลับไม่มีนมให้เด็กได้ดื่มหรือที่เรียกว่า "นมกระดาศ" หากพิจารณาความเสียหายทางเศรษฐกิจจากความสูญเปล่าของเด็กนักเรียนที่ดื่มนมด้วยคุณภาพหรือไม่ได้ดื่มนม ในปี พ.ศ. 2550 มีมูลค่าขั้นต่ำถึง 8,892 ล้านบาท เด็กที่ไม่ได้ดื่มนมส่วนใหญ่อยู่ในถิ่นทุรกันดารหรือชนบทห่างไกล ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ปัญหาทั้งหมด

ก่อให้เกิดความเสียหายด้านเศรษฐกิจ และที่สำคัญทำให้เด็กไม่ได้มีนมที่มีคุณภาพ ซึ่งจะไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการนมโรงเรียนได้

#### ภาวะโภชนาการพร่อง สารอาหารบางประเภท

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546<sup>34</sup> โดยการสุ่มครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี ตามภูมิภาค และสุ่มตัวอย่างในระดับครัวเรือน จำนวน 4,083 ครัวเรือน พบภาวะซีดในทารกวัย 10.5 และเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 11.3 นอกจากนี้พบภาวะขาดวิตามินบี 2 ในทารกวัย 2.1 และ เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 3.4 แต่ไม่พบภาวะขาดวิตามินบี 1 และวิตามินเอ เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะโลหิตจางโดยใช้เกณฑ์ค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11.0 กรัมต่อเดซิลิตร พบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-11 เดือน ร้อยละ 56.3 โดยพบในภาคกลางมากที่สุด และพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ส่วนเด็กอายุ 1-5 ปี พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 25.9 โดยพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด และพบในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง การขาดธาตุเหล็กในเด็กแรกเกิดจนถึงก่อนวัยเรียน<sup>35</sup> จะส่งผลต่อสุขภาพทำให้มีโอกาสที่จะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากขึ้น เหนื่อยง่าย และยังส่งผลต่อพัฒนาการ และความสามารถในการเรียนรู้ หากขาดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี อาจจะทำให้สูญเสียพัฒนาการ และความสามารถในการเรียนรู้อย่างถาวร ดังนั้นการป้องกันการขาดธาตุเหล็กในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี จึงมีความสำคัญมาก

มาตรการที่แก้ปัญหาเฉพาะการขาดธาตุเหล็กและวิตามินบางชนิด ดำเนินการโดยกลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว<sup>36</sup> เป็นการสนับสนุนการให้ยาค้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปีทุกคน ปริมาณหนึ่งช้อนชาต่อสัปดาห์ และเป็นหนึ่งในกิจกรรมในแนวทางปฏิบัติการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ โดยใช้งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (Prevention and health promotion expressed demand services) จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการพร่องในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวที่สนับสนุนการให้ยาค้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปีทุกคน พบว่ามีเด็กได้รับยาค้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 55.2 ในปีงบประมาณ 2552 และร้อยละ 57.1 ในปีงบประมาณ 2553 จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในโครงการนี้ พบว่าในทางปฏิบัติได้มีการแนะนำให้ใช้ยาค้ำเสริมธาตุเหล็กควบคู่กับการให้วิตามินเสริม แต่เนื่องจากการให้ยามากชนิดในเด็กเล็กอาจไม่สะดวกส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จึงแนะนำให้มีการใช้ยาค้ำสูตรผสมวิตามินเสริมและธาตุเหล็ก แต่เนื่องจากยาสูตรผสมดังกล่าวไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการจัดซื้อจัดหาภายในสถานพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะพร่องโภชนาการควรหาข้อสรุปในเรื่องรูปแบบว่าควรเป็นยาค้ำเสริมธาตุเหล็ก (สูตรเดี่ยว) หรือยาค้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก (สูตรผสม) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดซื้อจัดหาและการจ่ายยาดังกล่าว นอกจากนี้ในต่างประเทศมีการให้ Multiple micronutrient mix แก่เด็ก จึงควรพิจารณาศึกษาวิจัยเรื่องนี้ต่อไป

### ภาวะโภชนาการเกิน

จากการสำรวจสุขภาพเด็กในปี พ.ศ. 2551-2552<sup>30</sup> พบว่าความชุกของการมีน้ำหนักตัวเกินมีมากกว่าน้ำหนักตัวน้อยในทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง ในเด็กอายุ 1-14 ปี พบร้อยละ 4.7 มีน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน และร้อยละ 4.6 มีภาวะอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ พบว่าเด็กอายุ 12-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 11.9 และเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี มีเด็กสมส่วนมากที่สุด โดยประมาณการว่าโรคอ้วนในทุกกลุ่มอายุก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจในประเทศไทย<sup>37</sup> ตามมูลค่าเงินในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งสิ้น 12,142 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมเกิดได้จากหลายประการ<sup>9,34</sup> เช่น วัฒนธรรมการบริโภคในแต่ละพื้นที่ หรือชนิดอาหารในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน และในปัจจุบันการบริโภคอาหารมุ่งเน้นความสะดวกรวดเร็ว มีการบริโภคขนมกรุบกรอบ หรือการบริโภคอาหารมือหลักลดน้อยลง การโฆษณาด้านอาหารที่ก่อให้เกิดกระแสนิยมด้านการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม ในปี พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กและเยาวชนใช้จ่ายสำหรับขนมกรุบกรอบคิดเป็นร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายแต่ละวัน หรือประมาณ 9,800 บาทต่อคนต่อปี แต่เสียค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาเพียง 3,024 บาทต่อคนต่อปี<sup>38</sup>

มาตรการที่ใช้ในการแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน โครงการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) อ่อนหวาน เป็นมาตรการในเด็กประถมและมัธยม ส่วนเด็กอายุ 0-5 ปี จะเป็นโครงการ "ศูนย์เด็กเล็ก อ่อนหวาน" โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีรสหวานและผลเสียของการรับประทานอาหารที่มีรสหวานกับพ่อแม่และผู้ปกครองของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก "โครงการเมนูสุขภาพ" และ "กิจกรรมออกกำลังกาย" นอกจากนี้ได้ขอความร่วมมือจากแม่ค้า พ่อค้า ที่มาขายอาหารหรือขนมบริเวณด้านหน้าศูนย์เด็กเล็ก งดขายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม และมีการจัดประกวดศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคและอ่อนหวาน นอกจากนี้ยังมีความพยายามผลักดันมาตรการด้านกฎหมาย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่จะผลักดันมาตรการใช้สีสัญลักษณ์พร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลหรือโซเดียม นอกจากนี้ยังมีมาตรการด้านภาษีและราคาของอาหาร ปัจจุบันมีสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นหน่วยวิจัยกำลังดำเนินการพัฒนามาตรการในการแก้ไขปัญหา

#### 4.5.5 โรคติดต่อ

โรคติดต่อในเด็กบางโรคสามารถฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันได้ ซึ่งวัคซีนส่วนหนึ่งยังไม่ถูกระบุหรืออยู่ในระหว่างรอพิจารณาเพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์/เป็นวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กไทย ซึ่งกระบวนการพิจารณาบรรจุวัคซีนเข้าสู่วัคซีนพื้นฐานในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (The Expanded Programme on Immunization-EPI) มีหน่วยงานหลักซึ่งต้องทำงานร่วมกันหลายหน่วยงานและทำหน้าที่ต่างๆ กันไปคือ<sup>39</sup>



- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ มีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ การจัดซื้อ รวมถึงการกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการต่างๆ

- กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะทางนโยบาย วางแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ให้ข้อมูลทางวิชาการ และดูแลหน่วยบริการฉีดวัคซีน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กรมควบคุมโรค คณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น

ปัญหาที่พบคือขาดกลไกการทำงานเชื่อมโยงที่ชัดเจนโดยเฉพาะในกระบวนการพิจารณาวัคซีนใหม่เข้าสู่วัคซีนพื้นฐานของเด็กไทย ซึ่งหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ สามารถเสนอผ่านทางสปสช. และ/หรือกระทรวงสาธารณสุขได้ทั้งสองทาง จึงเกิดการทำงานซ้ำซ้อนและอาจนำไปสู่ข้อสรุปที่ไม่ตรงกัน นอกจากนี้กระบวนการอื่นๆ ที่ต้องการความชัดเจนในการทำงานได้แก่ การบริหารจัดการประเมินผลการกระจายวัคซีน การให้ข้อมูลแก่ประชาชนและสื่อต่างๆ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโครงสร้างพื้นฐานในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับประเทศ เป็นต้น

คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ มีความพยายามสร้างแนวทางประสานงานเพื่อพิจารณาวินิจฉัยวัคซีนใหม่เข้าสู่ EPI ซึ่งยังเป็นฉบับร่างอยู่ มีขั้นตอนและกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน ดังนี้

- (1) การเสนอวัคซีนใหม่เพื่อพิจารณา ให้เสนอผ่านทางคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติเท่านั้น หลังจากนั้นคณะกรรมการฯ จะเป็นผู้ประสานงานกับ สปสช. เพื่อพิจารณาต่อไป

- (2) การพิจารณาเกณฑ์คัดเลือกและศึกษาความเหมาะสมคุ้มค่า ให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานวิชาการอื่นๆ เช่น โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นต้น

- (3) หน่วยงานในขั้นตอนที่ 2 นำเสนอผลการศึกษาเพื่อประกอบการพิจารณา และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติเสนอแผนการดำเนินงานและงบประมาณ แก่คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการเพื่อพิจารณา

- (4) สปสช. เสนอตั้งงบประมาณ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้การดำเนินงานพิจารณาวินิจฉัยวัคซีนพื้นฐานของประเทศมีประสิทธิภาพคือ สปสช. รับร่างแนวทางประสานงานและนำไปบังคับใช้ต่อไป โดยมีวิธีการที่ชัดเจนในเรื่องต่างๆ ประกาศให้หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดรับทราบและปฏิบัติตาม

#### 4.5.6 ความพิการ

ความพิการทางการได้ยินและการมองเห็น หากได้รับการแก้ไขหรือฟื้นฟูอย่างรวดเร็วจะทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านการสื่อสารได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติ ดังนั้นควรคัดกรองการได้ยินตั้งแต่แรกเกิดและรักษาก่อน

อายุ 6 เดือน<sup>40</sup> การคัดกรองการมองเห็นและแก้ไขปัญหาเรื่องสายตาคู่ในเด็กก่อนปฐมวัยและปฐมวัย จะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถติดต่อสื่อสารได้ดี

#### การสูญเสียการได้ยิน

การสูญเสียการได้ยินก่อให้เกิดความบกพร่องในด้านการสื่อสารและการใช้ชีวิตในสังคม พบได้ตั้งแต่แรกเกิดและหลังคลอด จากการศึกษาอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลรามาริบัติ<sup>40</sup> พบภาวะการได้ยินบกพร่องในทารกแรกเกิด 1.7 ราย ต่อทารกคลอดมีชีพ 1,000 คน และตรวจพบการสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าในทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน<sup>41</sup> การสูญเสียการได้ยินเกิดในทารกแรกเกิดถ้าได้รับการแก้ไขตั้งแต่วัยก่อนหัดพูด จะทำให้เกิดปัญหาในด้านการสื่อความหมายอย่างรุนแรง แต่หากทารกแรกเกิดที่สูญเสียการได้ยิน ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนอายุ 6 เดือน และได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว<sup>40</sup> จะสามารถพัฒนาสมรรถภาพในด้านการฟังและการพูดได้ใกล้เคียงเด็กปกติ ดังนั้นการค้นหาเด็กที่สูญเสียการได้ยินตั้งแต่แรกเกิดหรือก่อนอายุ 6 เดือน และส่งต่อเพื่อรับการรักษาให้เร็วที่สุดจึงมีความสำคัญ

การตรวจคัดกรองการได้ยินตามคู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กเล็ก (แรกเกิดถึงน้อยกว่า 6 ปี) ตามคู่มือกรมอนามัย<sup>42</sup> โดยให้ตรวจหูซึ่งจะเป็นการตรวจทางกายภาพ โดยการใช้ไฟฉายส่องดูว่ามีหูน้ำหนวกหรือไม่ และตรวจการได้ยินเมื่อเด็กอายุ 6 เดือน โดยการส่งกระดิ่งทางด้านหลังของเด็ก เพื่อดูปฏิกิริยาและการตอบสนอง

ในปี พ.ศ. 2542 ทาง The Joint Committee on Infant Hearing ของสหรัฐอเมริกาได้ตั้งเป้าหมายของการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกคน (Universal Newborn Hearing Screening-UNHS) ซึ่งมีตัวชี้วัดจำนวน 3 ประการคือ 1) ทารกแรกเกิดถึง 1 เดือนได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของทารกแรกเกิดทั้งหมดก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล 2) อัตราการส่งต่อเพื่อประเมินระดับการได้ยิน และการรักษาไม่ควรเกินร้อยละ 4 และ 3) ร้อยละ 95 ของทารกที่ไม่ผ่านการตรวจคัดกรองการได้ยินเบื้องต้นได้รับการติดตามเพื่อตรวจการได้ยินซ้ำ แต่อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2543 ทาง The Joint Committee on Infant Hearing<sup>43</sup> ได้เพิ่มเติมคำแนะนำในกรณีที่ไม่สามารถตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกคนได้ให้ตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดถึง 28 วันทุกคนที่มีปัจจัยเสี่ยง 5 ประการคือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอวิกฤตทารกแรกคลอดนานเกิน 48 ชั่วโมง 2) มีลักษณะที่บ่งบอกถึงอาการผิดปกติแต่กำเนิดที่มีการได้ยินบกพร่องร่วมด้วย 3) มีประวัติครอบครัวมีการได้ยินบกพร่อง 4) มีความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า โดยเฉพาะการผิดปกติของใบหูและช่องหู และ 5) มีประวัติการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และได้ปรับปรุงเกี่ยวกับการคัดกรองในปี พ.ศ. 2550<sup>44</sup> โดยให้คัดกรองการได้ยินในกรณีที่ทารกแรกเกิดต้องรักษาในหอวิกฤตนานเกิน 5 วัน หากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินในหอวิกฤต จะต้องได้รับการส่งต่อไปหาแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิก และถ้าทารกแรกเกิดที่ต้องนอนรักษาตัวในสถานพยาบาลภายใน 1 เดือน และมีข้อบ่งชี้ว่าความเจ็บป่วย

นั้นเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางการได้ยินโดยใช้เครื่องมือ Otoacoustic Emission (OAE) Testing หรือ Auditory Brainstem Response (ABR) สำหรับการประเมินการได้ยิน

จากการสำรวจนักวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด ในประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>45</sup> ในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีหลายประเทศที่ให้บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด (UNHS) ทุกคนตามเกณฑ์ของ The Joint Committee on Infant Hearing ในปี พ.ศ. 2543 เช่น Nigeria, Pakistan, Saudi Arabia, Iran, Qatar, Jordan, Oman, China, Hong Kong, Taiwan, Malaysia, Philippines, Singapore, Brazil และ Mexico ส่วน South Africa, India และ Chile จะตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง และมีการสำรวจในปี พ.ศ. 2551<sup>46</sup> พบประเทศที่มีการตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิดทั้งประเทศคือ Australia, Brazil, China, Germany, Philippines, Serbia และ Sweden โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการคัดกรองมาจากผู้ปกครอง รัฐบาล หลักประกันสุขภาพ หรือผู้ให้บริการ แล้วแต่บริบทของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทย มีการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดในสถานพยาบาลบางแห่ง และการตรวจคัดกรองเป็นไปตามความสมัครใจของพ่อแม่ อีกทั้งพ่อแม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ส่วนการสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นภายหลังหรือเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองตอนแรกเกิด มีคำแนะนำให้มีการคัดกรองการได้ยินอย่างน้อย 1 ครั้ง และคัดกรองเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ในเด็กปฐมวัยมีคำแนะนำให้คัดกรองโดยให้ผู้ปกครอง พ่อหรือแม่ ทำแบบสอบถามซึ่งสามารถคัดกรองเด็กที่สูญเสียการได้ยินได้<sup>47</sup> โดยแบบสอบถามมีค่าความไวร้อยละ 44 และความจำเพาะร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศจีน<sup>48</sup> โดยแบบสอบถามที่มีค่าความถูกต้องร้อยละ 54 ในขณะที่วิธี OAE มีค่าความถูกต้องร้อยละ 85 ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองและแก้ไขการสูญเสียการได้ยิน เพื่อทำแนวทางการตรวจคัดกรอง แนวทางปฏิบัติการดำเนินงาน และการส่งต่อ หากตรวจพบความผิดปกติในเด็กแรกเกิดและเด็กเล็กจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### การสูญเสียการมองเห็น

ภาวะสายตาสีเทาผิดปกติเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติในการมองเห็นและเป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของภาวะตาบอด จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก<sup>49</sup> พบว่าเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี มีความผิดปกติในการมองเห็น และไม่ได้รับการแก้ไขประมาณ 153 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณ 8 ล้านคนที่มีสายตาสีเทาอยู่ในระดับตาบอด ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการความสูญเสียจากภาวะสายตาสีเทาผิดปกติทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ 269 พันล้านเหรียญ<sup>50</sup> สำหรับความชุกของภาวะสายตาสีเทาผิดปกติในเด็กมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย พบความชุกร้อยละ 14.8 ประเทศฮ่องกง พบความชุกร้อยละ 36.7 และประเทศสิงคโปร์ พบความชุกร้อยละ 50 ส่วนในประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะตาบอด สายตาสีเทา และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข<sup>51</sup> พบว่าประชากรประมาณ 15 ล้านคนมีภาวะสายตาสีเทาผิดปกติโดยไม่มีแว่นสายตา และในจำนวนนี้ประมาณ 10,000 คน ที่สายตาสีเทาอยู่ในระดับตาบอด สำหรับความชุกของภาวะสายตาสีเทาผิดปกติในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ในกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 12.7 นอกจากนี้มีการสำรวจภาวะ

สายตาผิดปกติในนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ในจังหวัดเชียงใหม่<sup>52</sup> นครปฐม และกรุงเทพมหานคร<sup>53</sup> พบเด็กนักเรียนมีภาวะสายตาผิดปกติประมาณร้อยละ 13 หากเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติและไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการศึกษา การประกอบอาชีพในอนาคตและคุณภาพชีวิตของเด็ก การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสายตาผิดปกติ นั้นสามารถทำได้ไม่ยุ่งยากและมีเทคโนโลยีรองรับ แต่ระบบการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ เพื่อให้ผู้มีสายตาผิดปกติได้เข้าถึงการรักษาเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น โดยเฉพาะในเด็กหากสามารถรักษาได้รวดเร็วจะทำให้ระดับสายตากลับมาได้ใกล้เคียงหรือเท่ากับเด็กปกติ นอกจากนี้ในทวีปแอฟริกา เอเชีย อเมริกา และยุโรป ได้ศึกษาความคุ้มค่าของวิธีการคัดกรองและรักษาภาวะสายตาผิดปกติในเด็กวัยเรียน<sup>54</sup> พบว่ามีความคุ้มค่าโดยการคัดกรองและรักษาในเด็กอายุ 10-15 ปี มีความคุ้มค่ามากกว่าเด็กอายุ 5-10 ปี สำหรับในประเทศไทยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กำลังดำเนินการศึกษาการพัฒนากระบวนการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติและประกอบแว่นสายตาสำหรับเด็กวัยก่อนประถมศึกษา (อายุ 3-5 ปี) และประถมศึกษา (อายุ 6-12 ปี) คาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณ ปี พ.ศ. 2555 ผลลัพธ์ของการศึกษาจะได้ข้อสรุปของระบบการคัดกรองและรักษาภาวะสายตาผิดปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองในเด็กวัยก่อนประถมศึกษาเพื่อให้สามารถระบุความผิดปกติและแก้ไขสายตาผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว

#### 4.5.7 สุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยนั้นมีหลายประการ แต่ปัญหาที่ชัดเจนที่สุดคือ โรคฟันผุ จากการสำรวจทันตสุขภาพทั้งระดับจังหวัดเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา จนถึงการสำรวจระดับชาติครั้งล่าสุด ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 พบกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (Decayed Missing and Filled Teeth-DMFT) 3.6 ซี่ต่อคน และจากรายงาน พ.ศ. 2545-2550 พบว่า แนวโน้มเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่ก็ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง คือ ร้อยละ 28.07, 30.82, 33.97, 33.58, 35.23 และ 37.15 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราฟันผุของเด็กอายุ 1.5 ปี ลดลงเพียงเล็กน้อย คือ จากร้อยละ 18.5 เป็น 16.2 และ 14.1 ตามลำดับ<sup>9</sup> และการเกิดฟันผุในเด็กที่ไม่ได้รับการรักษานั้น มักจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดทำให้เด็กไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ อาจส่งผลให้เด็กไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กได้<sup>55</sup>

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มให้มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 จนถึง แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 เน้นแผนงานพัฒนาสุขภาพช่องปากประชากรตามกลุ่มวัย โดยมีโครงการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย 0-5 ปี มีการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ ให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษารวมถึงบริการทันตกรรมในสถานบริการรัฐ เด็กอายุ 0-3 ปี ที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มแรกที่คลินิกเด็กที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (ตรวจช่องปาก, ให้ทันตสุขศึกษา, ฝึกแปรงฟันแก่แม่/ผู้ปกครองเด็ก) และได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน รวมถึงให้ได้รับการแจกแปรงสีฟัน เด็ก 3-5 ปีในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน รวมถึงนิเทศติดตามศูนย์เด็กเล็กสม่ำเสมอ รวมถึงการจัดตั้งโครงการต่างๆ เพื่อลดปัญหาสุขภาพช่องปากที่จะเกิดกับเด็กต่อไป<sup>56</sup>

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมพบว่าเด็กยังมีปัญหาในเรื่องของฟันผุอยู่ถึงร้อยละ 43.6 (ข้อมูลในปี 2545) โดยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับบริการทันตสาธารณสุขเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 6 ของการบริการทันตสุขภาพทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก และด้านการจัดบริการการศึกษาถึงผลกระทบของโรคฟันผุต่อสุขภาพทั่วไปของเด็กยังมีน้อย โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี<sup>57</sup>

#### 4.5.8 เด็กด้อยโอกาส

เด็กด้อยโอกาส หรือเด็กในสถานะลำบาก หมายถึง เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน และได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สาธารณสุข การเมือง กฎหมาย วัฒนธรรม ภัยธรรมชาติ และภัยสงคราม รวมถึงผู้ที่ขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ ตลอดจนผู้ประสบปัญหาที่ยังไม่มีองค์กรหลักรับผิดชอบ อันจะส่งผลให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้เท่าเทียมกับผู้อื่น เด็กด้อยโอกาสส่วนใหญ่นั้นมักขาดสิทธิพื้นฐานและการเข้าถึงบริการของทางภาครัฐ เนื่องจากขาดหลักฐานทางราชการ ซึ่งส่งผลให้เกิดการขาดโอกาสทางการศึกษา การขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของทางภาครัฐ<sup>58</sup> เช่น เด็กเร่ร่อน เด็กกำพร้าหรือเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งในประเทศไทยมีประมาณ 20,000 คน (ไม่สามารถแยกกลุ่มอายุได้) และในจำนวนนี้มีองค์กรสามารถช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้เพียง 5,000 คน จึงยังมีเด็กอีกจำนวนหนึ่งที่ยังขาดการดูแลและให้โอกาส<sup>59</sup>

นอกจากนี้ยังมีเด็กต่างชาติ หรือเด็กชนกลุ่มน้อย ซึ่งมักอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ไม่ถูกสุขลักษณะ อีกทั้งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มักขาดโอกาสทางการศึกษาเพราะสังคมไม่ยอมรับและถูกเลือกปฏิบัติ เด็กเหล่านี้มักเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิและทารุณกรรม ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถูกละเมิดสิทธิและทารุณกรรมประมาณ 7,164 คน อย่างไรก็ตามยังไม่พบสถิติที่รายงานเฉพาะเด็กอายุ 0-5 ปี โดยที่สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความรุนแรง และปัญหาในครอบครัวซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจเด็กเป็นอย่างมาก<sup>60</sup>

ปัญหาความพิการในเด็ก ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กมีความยากลำบากในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยการพึ่งพิงสูง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบการศึกษาได้ และไม่สามารถที่จะทำงานหาเลี้ยงชีพเองได้เมื่อเติบโตขึ้น อีกทั้งเด็กพิการมักมีความต้องการด้านสุขภาพและบริการทางสังคมมากกว่าเด็กในกลุ่มอื่นๆ และบางครั้งอาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจจากความแตกต่างและไม่เท่าเทียม ซึ่งพบว่าจำนวนเด็กพิการที่ลงทะเบียน 74 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม มีจำนวนถึง 66,585 คน (2549)<sup>61</sup>

มาตรการการแก้ไขปัญหาของภาครัฐนั้น คือ การออกกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตราที่ 26 และ 29 กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตราที่ 4, 52, 55 และ 80 การจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อช่วยเหลือเด็กด้อยโอกาส และโครงการรณรงค์จากหน่วยงานต่างๆ<sup>62</sup>

#### 4.5.9 การบาดเจ็บ

ในปี พ.ศ. 2553 มีรายงานจากโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายเฝ้าระวังจำนวน 22 แห่ง ระบุว่าปัญหาการบาดเจ็บที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (526 ราย) เกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง พบได้ร้อยละ 55.32 (291 ราย) รองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุตกน้ำและจมน้ำร้อยละ 23.57 (124 ราย) และถูกทำร้าย

ร่างกายร้อยละ 4.56 (24 ราย)<sup>63</sup> โดยแนวโน้มของการเกิดการบาดเจ็บรุนแรงในเด็กอายุ 0-15 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี และก่อให้เกิดความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สินเพิ่มมากขึ้น หากคิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year-DALY)<sup>64</sup> ในเด็กอายุ 0-4 ปี จากอุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็น 25,719 DALYs โดยอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ ส่วนอุบัติเหตุตกน้ำและจมน้ำ เกิดที่บ้านหรือบริเวณบ้าน ร้อยละ 32.11 ที่น้ำหรือไร่หรือสวน ร้อยละ 9.17 และที่สถานศึกษาหรือโรงพยาบาลร้อยละ 2.14<sup>63</sup> โดยการบาดเจ็บเกิดในเด็กอายุ 1-4 ปีพบมากที่สุด (ร้อยละ 50) และเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 47.58) หากแบ่งตามรหัสโรค พบว่ารหัส ICD-10 (International Classification of Diseases) "W69" พบได้บ่อยที่สุดคือการตกน้ำตาย และจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติ

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และสูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง "โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก" ของสหประชาชาติ (พ.ศ. 2550-2559)<sup>65</sup> ได้กล่าวถึงปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับเด็กที่เกิดในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่มีมาตรการควบคุมดูแลให้เกิดความปลอดภัยในเด็กในทุกภาคส่วนของสังคม ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สถานที่สาธารณะ สถานที่ก่อสร้าง ฯลฯ และยังไม่มีความปลอดภัยสำหรับเด็กที่เกิดในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่มีมาตรการควบคุมดูแลให้เกิดความปลอดภัยในเด็กในทุกภาคส่วนของสังคม ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สถานที่สาธารณะ สถานที่ก่อสร้าง ฯลฯ และยังไม่มีมาตรการป้องกันการจมน้ำและลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สำหรับเด็กเล็กอีกด้วย จึงได้มีมาตรการเสริมสร้างความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โดยการเร่งให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ชุมชน และองค์กรต่างๆ ให้เข้าใจวิธีการเสริมสร้างความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนภูมิภาค และภาคประชาสังคมจัดสิ่งแวดลอมให้เกิดความปลอดภัย ทั้งสิ่งแวดลอมในบ้าน เขตชุมชน สถานศึกษา ถนน สถานที่เล่น สนามกีฬา สถานที่สาธารณะ และแม่น้ำลำคลอง จากนั้นทางสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพฯ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ<sup>65</sup> เพื่อให้บรรลุตามนโยบายข้างต้น โดยมีแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุตกน้ำหรือจมน้ำ เช่น ผลักดันให้มีบทบาทผู้ดูแลด้านความปลอดภัยของเด็กในกฎหมายอาคารสถานที่ทั้งในบ้าน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กที่สาธารณะและในชุมชนผ่านคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ และจัดให้มีการทำแนวกันแหล่งน้ำในเขตชุมชนเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็กนอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายป้องกันเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ พบว่าการเสียชีวิตจากการจมน้ำลดลงจาก 1,482 คน ในปี พ.ศ. 2549 เหลือ 1,207 คน ในปี พ.ศ. 2552 และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ทำแผนปฏิบัติการในปี พ.ศ. 2554 เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ โดยมีมาตรการให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง เด็ก ครู และคนในชุมชน การจัดการสิ่งแวดลอมเพื่อความปลอดภัยสำหรับเด็ก เช่น การสำรวจแหล่งน้ำและจัดทำแนวกันแหล่งน้ำ และการสอนว่ายน้ำให้กับเด็ก แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ มีโครงการวัคซีนป้องกันเด็กจมน้ำ โดยการสอนว่ายน้ำให้กับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป<sup>66</sup> ส่วนมาตรการสำรวจแหล่งน้ำและจัดทำแนวกันแหล่งน้ำและการให้ความรู้ ยังไม่พบรายงานการดำเนินงานและผลการดำเนินงานทั้งสองมาตรการ

ตารางที่ 2 สรุปประเด็นปัญหาและความรุนแรง มาตรการ และข้อเสนอแนะ

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
<b>1. การฝากครรภ์และการคลอด</b>						
การคัดกรอง ภาวะรกเกาะ ต่ำหรือ รกเกาะ ผิดปกติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการตรวจคัดกรองรกเกาะต่ำโดยไม่มีประสิทธิภาพ</li> <li>มีการศึกษานโยบายการควบคุม มาตั้งแต่ปี 2547 แต่ปัจจุบัน ปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง</li> </ul>			*	<ul style="list-style-type: none"> <li>สภสช. สนับสนุนการคัดกรองตอนฝากครรภ์ ในแบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยสภสช. ให้งบเพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ ผู้เสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัย</li> <li>แผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ 2550-2554 (สช)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มศักยภาพของการให้บริการปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ โดยเน้นทั้ง HIV และธาลัสซีเมีย</li> <li>ตั้งตัวชี้วัดการเบิกจ่ายให้เหมาะสม เช่น จำนวนการคัดกรองที่แม่และพ่อได้รับการตรวจทั้งหมด 20 วัน</li> </ul>
การคัดกรอง ภาวะพร่อง ไทรอยด์ ฮอร์โมน	สภสช. รายงานผลการตรวจ ความครอบคลุม จำนวนการตรวจยืนยัน แต่ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์ของโรค		*		<ul style="list-style-type: none"> <li>แนวทางการป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิด (กรมอนามัย)</li> <li>ปัจจุบันสภสช. สนับสนุนการตรวจคัดกรองโดยมีกรมวิทย์ฯ เป็นผู้รับผิดชอบ อัตราการสนับสนุนงบประมาณคือ 140 บาทสำหรับการตรวจครั้งแรก และ 250 บาทสำหรับตรวจยืนยัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบการติดตามและตั้งตัวชี้วัดการเบิกจ่ายให้เหมาะสม เช่น</li> <li>เจาะส้นเท้าและได้ผลทันเวลา (จ่ายเท่าทุนให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)</li> <li>การตามมารักษาได้ทันเวลา (ใบสั่ง#1 ให้รพ.)</li> <li>ติดตามพัฒนาการเมื่ออายุสองปี (ใบสั่ง#2 ให้รพ.)</li> </ul>
การตรวจกรอง กลุ่มอาการ ดาวน์	<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มอาการตามมีอุบัติการณ์การเกิดที่ 1:800 ถึง 1:1,000 ในประเทศไทย</li> <li>นโยบายการตรวจกรองที่ไม่ชัดเจน ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนยังต้องจ่ายเงินสำหรับการตรวจกรองด้วยตนเอง</li> </ul>			*	<ul style="list-style-type: none"> <li>ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หากมีการดำเนินนโยบายระดับประเทศ ควรเตรียมทรัพยากร เช่น ห้องปฏิบัติการ บุคลากร แนวทางปฏิบัติ การให้คำปรึกษา</li> <li>ตั้งตัวชี้วัดการเบิกจ่ายให้เหมาะสม</li> </ul>

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
2. การดูแลเด็ก						
คุณภาพศูนย์เด็กเล็ก	<ul style="list-style-type: none"> <li>ขาดความพร้อมพร้อม มีของเล่นไม่เพียงพอกับจำนวนเด็ก (ร้อยละ 40) ของเล่นที่มีอยู่ มีสภาพชำรุด รอกการซ่อมแซม (ร้อยละ 37) ห้องน้ำมีสภาพชำรุด (ร้อยละ 24) ไม่สามารถจัดหาที่นอนให้เด็กนอนได้ (ร้อยละ 4)</li> <li>การดำเนินงานไม่ได้มาตรฐาน พบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 38) อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นสนาม (ร้อยละ 29) มีเด็กฟันผุ (ร้อยละ 92) ไม่จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร (ร้อยละ 2.4) นิทานไม่เพียงพอ (ร้อยละ 60)</li> <li>ผู้บริหารอปท. ขาดการสนับสนุน มีการจัดตั้งศูนย์ฯ ซ้ำซ้อนในเขตพื้นที่ ขาดบุคลากร ไม่มีงบประมาณในการดูแลเด็กที่ต้องการความเอาใจใส่พิเศษ</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำคู่มือมาตรฐานการดำเนินงาน/การศึกษาศูนย์เด็กเล็ก โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>โครงการศูนย์เด็กเล็กมาตรฐานโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>มาตรการภาษีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กเล็กซึ่งผ่านการเห็นชอบจาก ครม.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยงานต้นสังกัด ควรมีการติดตามติดตามในการควบคุมกำกับการทำงานให้ได้มาตรฐาน และมีการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนหากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน</li> <li>อปท. ปรับการจัดสรรงบประมาณโดยกำหนดเป็นจำนวนเงินขั้นต่ำที่อปท. ทุกแห่งจะต้องจัดสรรให้แก่ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดของตนอ้างอิงตามจำนวนเด็กในศูนย์</li> </ul>	
				*		



ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น	<p>การคลอดของแม่วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมด</p> <p>ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครุภัณฑ์แบบไม่ตั้งใจ และร้อยละ 30 นำไปสู่การทำแท้ง</p> <p><b>ความเสี่ยง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>แม่ขาดอาหารและใช้ยาบางอย่าง มีความเสี่ยงที่ทารกน้ำหนักน้อย 2 เท่าเมื่อเทียบกับแม่วัยอื่น</li> <li>ความดันโลหิตสูงเนื่องจากที่ตั้งครุภัณฑ์</li> <li>การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>การเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ทำให้คลอดลำบากจะต้องผ่าท้องคลอดเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าเทียบกับแม่วัยอื่นๆ</li> <li>คลอดก่อนกำหนด และอัตราตายของเด็กที่คลอดสูง มีความผิดปกติแต่กำเนิด</li> </ul>			*	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่ขาดกลไกประสานและเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>กระทรวงสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกำลังเตรียมเสนอ ร่างพรบ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากมีหน่วยงานร่วมเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาจำนวนมาก ดังนั้นควรเร่งให้เกิดคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ตาม พรบ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีกลไกระดับชาติทำงานเชื่อมโยงกับหลายๆ ภาคส่วน มีการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>สนับสนุนงานวิจัยขนาดของปัญหา มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาและลดผลกระทบ</li> </ul>

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
<b>3. พัฒนาการเด็ก</b>						
พัฒนาการล่าช้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ร้อยละ 67.5 (กรมอนามัย, 2551)</li> <li>ร้ตโนทัย พัลบุ้การ และคณะ พบอุบัติการณ์ของเด็กออทิสติก (ต่อผู้บวยนอกทั้งหมดที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี) เท่ากับ 1.43 ต่อ 10,000 (2540) เพิ่มเป็น 6.93 ต่อ 10,000 (2545)</li> </ul>			*	<p>ยังไม่มีมาตรการระดับชาติ ในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ทั้งที่ปัญหาบางอย่างสามารถวินิจฉัยได้และการแก้ไขเบื้องต้นมีประสิทธิภาพดีแม้มีมาตรการ เช่น มาตรฐานรพ.สายใยรักๆ ในรพ.สต. และคลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งมีกิจกรรมซึ่งนำหนัก วัดยาว/สูง วัดรอบหัว ให้วัคซีน ตรวจฟัน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินพัฒนาการ รวมคัดกรองออทิสซึม การคัดกรองพิเศษตามวัย การให้คำแนะนำส่งหน้า โรงเรียนพ่อแม่ แต่ก็เป็นเพียงการเริ่มต้นดำเนินการใน 5 จังหวัดนำร่อง (เริ่มปี 2551) อย่างไรก็ตามการประเมินโดยศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ (2552) พบว่ายังมีอุปสรรคในการดำเนินงานอีกเป็นจำนวนมาก ทั้งปัญหาการขาดความตระหนักรู้ของผู้บริการ ข้อจำกัดด้านกำลังคน และทำให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการตรวจพัฒนาการของผู้ให้บริการ ความขาดแคลนอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้กิจกรรมเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยมีกองรายงานผลการดำเนินงานเป็นความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการในภาพรวม</p> <p>ยังไม่มีมาตรการในระดับชาติ ในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี -ปัญหาบางอย่างสามารถวินิจฉัยได้และการแก้ไขเบื้องต้นมีประสิทธิภาพดี</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มการคัดกรองพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และสติปัญญาซึ่งสามารถแบ่งเป็นสองระยะ ได้แก่ (1) ตรวจและวินิจฉัยก่อนวัยเรียน 0-3 ปีเพื่อคัดกรองออทิสซึม และภาวะปัญญาอ่อน (2) ตรวจและวินิจฉัยในวัยเรียน 3-5 ปี (ADHD และ LD) ที่โรงเรียนอนุบาลและประถมต้น</li> <li>ควรมีการพัฒนา model การคัดกรองโดยเชื่อมกับระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน</li> </ul>
การคัดกรองและดูแลพัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปัญหาด้านผู้บริการ (ขาดความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร ความคับคั่ง ไม่สะดวก รอนาน)</li> <li>ขาดวัสดุอุปกรณ์ เช่น ชุดทดสอบพัฒนาการ และสถานที่</li> <li>งานเอกสารเป็นภาระ</li> <li>คุณภาพคลินิกเด็กดี ยังไม่ชัดเจน ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน/ การประสานงานกับระดับอำเภอล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ประสาน</li> </ul>			*		

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
<b>4. สาธารณสุขไม่เหมาะสม</b>						
ภาวะโภชนาการ พร่อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความชุกภาวะเด็กน้ำหนักน้อย กว่าเกณฑ์และภาวะเตี้ยกว่า เกณฑ์ลดลง</li> <li>• ความชุกภาวะเด็กน้ำหนักน้อย กว่าเกณฑ์และภาวะเตี้ยแกว่ง ตัวขึ้นลงในแต่ละปีสำรวจ</li> </ul>			*	<p>โครงการอาหารกลางวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดเตรียมอาหาร กลางวันให้แก่นักเรียนในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน ระดับชั้นประถมศึกษา</li> </ul> <p>โครงการอาหารเสริม (นม)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการจัดสรรและจัดหานมให้แก่ศูนย์เด็กเล็กและ โรงเรียนระดับประถมศึกษาปี 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• พบปัญหาเรื่องคุณภาพอาหาร ควรมีการจัดเมนู ให้กับโรงเรียนเลือกตามพื้นที่หรือภูมิภาค</li> <li>• พบปัญหาเรื่องคุณภาพนม การจัดซื้อ จัดทำไม่ ตรงตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้ ควรเข้มงวดในการ บังคับใช้กฎหมาย</li> </ul>
ภาวะโภชนาการ พร่อง (สารอาหารบาง ประเภท)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• พบเด็กขาดธาตุเหล็กและ วิตามินบี 2</li> <li>• การให้น้ำเสริมธาตุเหล็กใน เด็กอยู่ต่ำกว่า 3 ปี ครอบคลุม เพียงร้อยละ 60 ใน โรงพยาบาลสายใยรักแห่ง ครอบครัว</li> </ul>		*	*	<p>ย้าน้ำเสริมธาตุเหล็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการจัดสรรงบประมาณ P&amp;P Expressed demand services ในการจัดซื้อ ย้าน้ำเสริมธาตุ เหล็ก โดยแนะนำให้ใช้น้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เพื่อเสริมทั้งธาตุเหล็กและวิตามิน แต่มีปัญหาเรื่อง จัดซื้อเนื่องจากเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และ ยามีราคาแพง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรให้ส่วนกลางเป็นผู้ต่อรองราคา และให้ทาง สถานพยาบาลเป็นผู้สั่งซื้อ</li> </ul>
ภาวะโภชนาการ เกิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความชุกภาวะน้ำหนักเกิน เกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น</li> <li>• พบภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ใน เขตเมืองมากกว่านอกเขตเมือง</li> </ul>			*	<p>โครงการ “สพท. อ่อนหวาน” “ศูนย์เด็กเล็กอ่อนหวาน” “โรงเรียนปลอดน้ำตาล” “เมนูสุขภาพ” “กิจกรรม ออกกำลังกาย”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควบคุมการโฆษณาอาหารสำหรับเด็ก</li> </ul>
เครื่องมือตรวจ พัฒนาการ ร่างกายเด็กไม่ พอ / ไม่ตาม เกณฑ์	อุปกรณ์เครื่องมือตรวจพัฒนาการ ด้านร่างกายเด็กไม่เพียงพอ ไม่ตรง ตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ เสื่อมสภาพ และไม่มีการซ่อมบำรุง (เครื่องมือวัดความสูง และน้ำหนัก ของเด็ก ไม่ได้มาตรฐาน/ไม่มี)			*	<p>การให้บริการคลินิกเด็กดีในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่ว ประเทศมาเป็นเวลานาน เครื่องมือที่ใช้ประเมินส่วนสูง น้ำหนัก มีความเสื่อมสภาพ ทำให้การประเมิน โภชนาการไม่เที่ยงตรง อาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหา ด้านโภชนาการได้ทันเวลาที่ โดยเฉพาะในเด็กที่ต้องการ ความแม่นยำในการประเมินค่อนข้างมาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการสำรวจ ประเมินสภาพเครื่องมือที่ใช้ ประเมินฯ ให้มีความถูกต้องแม่นยำอย่าง สม่ำเสมอ</li> </ul>

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
5. โรคติดต่อ						
โรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	<p>การพิจารณาบรรจุวัคซีนเข้าสู่วัคซีนพื้นฐานในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีหน่วยงานหลักซึ่งต้องทำงานร่วมกันหลายหน่วยงานและทำหน้าที่ต่างๆ กันไปคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>• กระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> <p>ปัญหา</p> <p>ขาดกลไกการทำงานเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่าง 2 หน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กระบวนการพิจารณาวัคซีนใหม่เข้าสู่วัคซีนพื้นฐานของเด็กไทย ซึ่งหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ สามารถเสนอผ่านทาง สปสช. และ/หรือกระทรวงสาธารณสุข ได้ จึงเกิดการทำงานซ้ำซ้อน</li> <li>• กระบวนการทำงานอื่นๆ ได้แก่ การบริหารจัดการ/ประเมินผล การกระจายวัคซีน การให้ข้อมูลแก่ประชาชนและสื่อต่างๆ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร/โครงสร้างพื้นฐานในการสร้าง</li> </ul>			<p>คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติมีความพยายามสร้างแนวทางประสานงานเพื่อพิจารณาวัคซีนตัวใหม่เข้าสู่ EPI ซึ่งยังเป็นฉบับร่างอยู่ มีขั้นตอนและกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน</p>	<p>สปสช. รับร่างแนวทางการประสานงาน และนำไปบังคับใช้ต่อไป โดยมีวิธีการที่ชัดเจนในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประกาศให้หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดรับทราบและปฏิบัติตาม</li> <li>2) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องทำงานร่วมด้วย</li> </ol>	

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
	เสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับประเทศ เป็นต้น					
<b>6. ความพิการ</b>						
การคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การสำรวจภาวะสายตาสายตาผิดปกติทารกแรกเกิด 1.7 ราย ต่อทารกตลอดมีชีพ 1,000 ราย (โรงพยาบาลรามธิบดี)</li> <li>• หากสามารถตรวจวินิจฉัยก่อนอายุ 6 เดือน และได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว จะสามารถพัฒนาสมรรถภาพในด้าน การฟัง และการพูดได้ใกล้เคียงเด็กปกติ</li> </ul>	*		ยังไม่มีแนวทางการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด	ควรทำการศึกษาระบบการคัดกรอง การติดตาม และการส่งต่อเด็กที่มีความผิดปกติของการได้ยินที่มีประสิทธิภาพ	
การคัดกรองการมองเห็นในเด็กก่อนประถมวัยและประถมวัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การสำรวจภาวะสายตาสายตาผิดปกติในนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบประมาณร้อยละ 13</li> <li>• เด็กที่มีภาวะสายตาสายตาผิดปกติ และไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการศึกษา การประกอบอาชีพในอนาคตและคุณภาพชีวิตของเด็ก</li> </ul>	*		ยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือและระบบการคัดกรองเด็กก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษา	ขณะนี้มีการศึกษาพัฒนาระบบคัดกรองภาวะสายตาสายตาผิดปกติและประกอบแว่นสายตาสำหรับเด็กวัยก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษา เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นความร่วมมือระหว่างโรงเรียน และโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาด้านสายตา และทำให้การพัฒนาของเด็กเป็นไปอย่างปกติ โดยจะแล้วเสร็จในเดือน กรกฎาคม 2555	

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
<b>7. สุขภาพช่องปาก</b>						
สุขภาพช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กยังมีปัญหาในเรื่องของฟันผุอยู่ถึงร้อยละ 43.6 (2545)</li> <li>เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับบริการทันตสาธารณสุขเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 6 ของการบริการทันตสุขภาพทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก</li> <li>ขาดการศึกษาถึงความเหมาะสมของมาตรการ ความสามารถในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเด็ก และการศึกษาด้านค่าใช้จ่าย เพื่อสามารถที่จะนำมาเปรียบเทียบกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าในระยะยาวด้านการจัดบริการ</li> <li>การศึกษายังถึงผลกระทบของโรคฟันผุต่อสุขภาพทั่วไปของเด็กก็ยังมีน้อย โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี</li> <li>ผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความสำคัญของฟันน้ำนมในเด็ก</li> </ul>	*	*	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>การส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์</li> <li>การให้ทันตสุขภาพแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนที่คลินิกเด็กดี</li> <li>ทำการมอบแบบประเมินแก่เด็กเมื่อมารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1</li> <li>การตรวจคัดกรองช่องปากและให้น้ำยาฟลูออไรด์แก่เด็กที่มีฟันผุสูง</li> <li>โครงการเด็กไทยเกี้ยวหวาน (สสส., 2545)</li> <li>โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก</li> <li>โครงการรักฟันดีเริ่มที่ซีแรก (สปสข. สสส. และกรมอนามัย, 2554)</li> <li>ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 156-157 ระบุว่า ห้ามเติมน้ำตาลในนมและอาหารเสริมในเด็ก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายการป้องกันสำหรับเด็กวัยปฐมภูมิแบบเป็นภาพรวม เช่น เรื่องการควบคุมลดภัยและโภชนาการของเด็ก เป็นต้น</li> </ul>

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
<b>8. เด็กด้อยโอกาส</b>						
การทารุณกรรมและการละเมิดสิทธิในเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีถูกละเมิดสิทธิและการทารุณกรรมประมาณ 7,164 คน (2549) อย่างไรก็ตามยังไม่พบสถิติที่รายงานเฉพาะเด็กอายุ 0-5 ปี</li> <li>สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้อำนาจหรือกรรมใน การตัดสินใจ ปัญหาและมีพฤติกรรมการล่วงละเมิด การตีและเครื่องตี แอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 24.66</li> </ul>	*	*		<ul style="list-style-type: none"> <li>พรบ.คุ้มครองเด็ก 2546 ห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการหรือละเว้นการกระทำอันเป็นการทารุณกรรมต่อร่างกายหรือจิตใจของเด็ก</li> <li>โครงการรณรงค์ยุติความรุนแรงภายในครอบครัว (พม.)</li> <li>โครงการรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สสส.)</li> </ul>	
การขาดสิทธิพื้นฐาน และ การเข้าถึงบริการของทางภาครัฐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กเร่ร่อนในประเทศไทยมีประมาณ 20,000 คน (ไม่สามารถแยกกลุ่มอายุได้) ซึ่งในจำนวนนี้มีองค์กรที่รองรับได้ประมาณ 5,000 คน</li> <li>เด็กทารกกัญหอดทิ้ง ประมาณ 700-800 คน/ปี (2547-2548)</li> <li>การจัดการของทางภาครัฐที่ไม่พอเพียงต่อความต้องการ ในการดูแลเด็กด้อยโอกาส เช่น องค์การทางภาครัฐและภาคเอกชนที่มีหน้าที่ดูแลเด็กไม่</li> </ul>	*	*		<ul style="list-style-type: none"> <li>รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 55 บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม</li> <li>การจัดตั้งมูลนิธิ โครงการต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนและเด็กกัญหอดทิ้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยงานหรือองค์กรทั้งทางภาครัฐและเอกชน ไม่เพียงพอในการรองรับเด็กด้อยโอกาสและถูกทอดทิ้ง</li> </ul>

ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
	<p>เพียงพอต่อจำนวนเด็กที่อยู่ในโอกาสที่เพิ่มขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ปัญหาการขาดงบประมาณในการบริหารจัดการเด็ก เช่น การดำเนินงานขององค์กรในระดับภูมิภาคค่อนข้างประสบปัญหาขาดแคลนงบฯ บุคลากร และทรัพยากรต่างๆ องค์กรเอกชนส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงแหล่งงบประมาณของรัฐ</li> </ul>					
ความพิการในเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กพิการที่ลงทะเบียน 74 ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมมีจำนวน 66,585 คน (2549)</li> <li>ขาดการวินิจฉัยภาวะความพิการได้แต่เนิ่นๆ จึงส่งผลต่อการขาดการพัฒนาการที่สอดคล้องกับความสามารถ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>เครื่องมือสำหรับช่วยอำนวยความสะดวกมีราคาแพง</li> <li>ผู้ปกครองบางคนไม่ให้ความสนใจที่จะนำบุตรหลานมาจดทะเบียนผู้พิการ</li> </ul>	*			<ul style="list-style-type: none"> <li>ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รัฐต้องจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนชั้น ผู้ยากไร้ คนพิการ ทพพลภาพต้องได้รับการศึกษาที่เทียบบุคคลอื่น ผู้เร่ร่อนอยู่อาศัย ผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้เพียงพอต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยกระทรวงต่างๆ และหน่วยงานในสังกัด และสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลเด็กพิการแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล</li> <li>สนับสนุนให้ผู้ปกครองนำบุตรหรือผู้ดูแลไปลงทะเบียน ทร.74</li> </ul>



ปัญหา	ความรุนแรง/บริบทของปัญหา	ระดับหลักฐาน			มาตรการปัจจุบันและปัญหาที่มี	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• คนพิการที่มีสิทธิได้รับบริการในระบอบหลักประกันสุขภาพฯ จะต้องลงทะเบียนในสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ โดยระบุสิทธิประเภทผู้พิการ (พร. 74) เท่านั้น</li> <li>• ผู้ปกครองไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลเด็กพิการเท่าที่ควร</li> </ul>					
<b>9. การบาดเจ็บ</b>						
การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการตกน้ำและจมน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เด็กอายุ 1-4 ปี มีความเสี่ยงต่อการตกน้ำ หรือจมน้ำมากที่สุด โดยมีกเกิดจากการตกน้ำ จมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติ สระว่ายน้ำ น้ำ ถึงอาบน้ำ</li> </ul>		*		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ชุมชน และองค์กรต่างๆ ให้เข้าใจวิธีการเสริมสร้างความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก</li> <li>• การจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก</li> <li>• ให้ความสำคัญ อนุบาล สถานที่เล่น สนามกีฬา สถานที่สาธารณะ และแม่น้ำลำคลอง</li> <li>• ผลักดันให้มีบทบัญญัติด้านความปลอดภัยของเด็กในกฎหมายอาคารสถานที่ทั้งในบ้าน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ที่สาธารณะและในชุมชน</li> <li>• จัดให้มีการทำแนวกันแหล่งน้ำในเขตชุมชน เพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก</li> </ul>	<p>จัดให้มีกลุ่มงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ สำหรับสถานที่เสี่ยงและแก้ไข เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก</p>





## 5 เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: **Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO; 1986.
2. Davies M, Macdowall W: *Health Promotion Theory*. Berkshire: Open University Press; 2006.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระพัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย: **งบประมาณในการดำเนินนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2544, 10(3):381-390.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: **คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กรุงเทพมหานคร; 2553.
5. เกียรติศักดิ์ เอกพงษ์, ปรีดา โนวฤทธิ์, วราภรณ์ อินทโลหิต, พิทยา ศรีกุลวงศ์, วรรณวดี ศิริจันทร์, วิไลวรรณ เทียมประชา: **ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
6. Center on the Developing Child at Harvard University: **The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood**. 2010.
7. McCain AP, Kelley ML, Fishbein J: **Behavioral screening in well-child care: validation of the Toddler Behavior Screening Inventory**. *Journal of pediatric psychology* 1999, 24(5):415-422.
8. Barnett WS, Ackerman DJ: **Costs, Benefits, and Long-Term Effects of Early Care and Education Programs: Recommendations and Cautions for Community Developers**. *Journal of the Community Development Society* 2006, 37(2).
9. วันดี นิงสานนท์, วินัดดา ปิยะศิลป์, สุมิตร สุตรา, นันทา อ่วมกุล, รัตโนทัย พลับรู้อการ, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล: **สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552**. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
10. **Global Study on Child Poverty and Disparity: National Report Thailand 2007-2011** [[http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Thailand\\_Childwellbeingreport-fullreport.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Thailand_Childwellbeingreport-fullreport.pdf)]
11. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง: **ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542**. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547:32.
12. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม: **รายงานการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
13. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, นิชรา เรืองดารกานนท์, ปราณี ชาญณรงค์, ภาสุรี แสงศุภานิช, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, ศักดา พริ้งสำถุ, หทัยชนก พรอคเจริญ, สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์: **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี 2551-52**. ใน *สุขภาพเด็ก*. บรรณาธิการ วิชัย เอกพลากร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2553.
14. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วัชรา รวีไพบูลย์, รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์: **การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทย: บทวิเคราะห์กระบวนการเชิงนโยบาย**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547, 13(5):715-725.

15. ชเนนทร์ วนาภีรักษ์: **Prevention and control for severe Thalassemia.** ใน *การประชุมผู้เชี่ยวชาญโครงการศึกษาความเป็นไปได้ของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*: 8 สิงหาคม 2554 2554; ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.
16. สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์: **โครงการป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน และ PKU.** สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2551.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553.** กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
18. จันทนา พัฒนเกษัช, อุษณา ตันมูขยกุล, ยศ ตีระวัฒน์นันท์: **ต้นทุนผลได้ของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทย.** นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.
19. **การสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย.** สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
20. **แพทย์ชี้เด็กช่วงวัยแรกเกิดถึง 6 ขวบ สมองมีการเรียนรู้มากที่สุด.** ใน *มติชน ออนไลน์.* กรุงเทพฯ; 3 มีนาคม 2553.
21. ศิริกุล อิศรานุรักษ์: **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น.** นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
22. วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, พิษานัน หนูวงษ์, และทีมนักวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก: **ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) ปีงบประมาณ 2552 ในเขตตรวจราชการที่ 17 : แนวโน้มและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา (SLM).** พิษณุโลก: เกวลีการพิมพ์; 2553.
23. เบลจพร ปัญญาะ: **การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
24. เอกชัย โค้ววิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, บุญศรี จันทร์รัชชกุล: **การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง.** กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น; 2554.
25. สุดารัตน์ วัฒนโยธิน: **การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.** *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2547, 27(1):84-99.
26. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย: **คู่มือการดำเนินงาน โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยกลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด 0-5 ปี.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
27. รัตโนทัย พลับรูการ, วินัดดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย, สมทรง ต้นประเสริฐ, วิไลรัตน์ ชัชชาลิขิตสกุล: **การศึกษาแนวโน้มของเด็กก้อทิสติกในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.** *จดหมายเหตุทางแพทย์สมเด็จม้ามแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 2548, 88(7):891-897.
28. ภาสุรี แสงศุภวานิช, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ศันนางค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนเกษัช, วรรณภา เล็กอุทัย, จุฑามาส วรโชติกำจร, ลัดดา เหมาะะสุวรรณ, วินัดดา ปิยะศิลป์, ฝ่องศรี สุรัตน์เรืองชัย, เจษฎา กิตติสุนทร และท่านอื่นๆ: **การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน.** นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.

29. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณีย์ สุทธิสุขคนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื้อล้อม, เรียงวิญญ์ นิลโคตร, ปรีนดา ตาสี: รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 1. 2552.
30. ลัดดา เหมาะสุวรรณ: ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พศ 2551-2552: สุขภาพเด็ก*. บรรณาธิการ วิชัย เอกพลากร: สำนักงานสุขภาพประชากรไทย; 2553:103-126.
31. โครงการอาหารกลางวัน [<http://schoollunch.obec.go.th/news/index.html> ]
32. โปรแกรมจัดอาหารกลางวัน สำหรับโรงเรียน [<http://www.inmu.mahidol.ac.th/th/innovations/programs/index.php?id=innov1> .]
33. นพพันธ์ วรรณเทพสกุล: การประเมินนโยบายของรัฐ กรณีโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน: โครงการศึกษามาตรการการแทรกแซงตลาดนมและผลิตภัณฑ์. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ; 2555.
34. มันทนา ประทีปะเสน, เรวดี จงสุวัฒน์, สุจิตต์ สาสีพันธ์, พูนศรี เลิศลักษณ์วงศ์: รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; พฤษภาคม 2549.
35. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: แนวทางส่งเสริมโภชนาการเด็กและเยาวชนในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
36. โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว [<http://www.saiyairakhospital.com/index.php>]
37. ไพบูลย์ พิทยาเชียรอนันต์, รักมณี บุตรชน, จอมขวัญ โยธาสมุทร, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, เนติ สุขสมบูรณ์, มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์: ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* 2554, 5(3):287-298.
38. เผย! เด็กไทยมีระดับค่าเฉลี่ยเขาวนปัญญาต่ำ [[http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news\\_thaihealth/14179](http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news_thaihealth/14179)]
39. ศุภมิตร ชุณหะวัณ: Principles and practice of vaccine introductions in Thailand. ใน *การประชุมวิชาการวัคซีน ครั้งที่ 3: 14 กรกฎาคม 2554*; โรงแรมวินด์เซอร์ สวีทส์ กรุงเทพมหานคร.
40. ขวัญชนก ยิ้มแท้: การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2547, 19(4):241-248.
41. Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, Lieu TL, Homer CJ, Helfand M: Universal newborn hearing screening: summary of evidence. *Jama* 2001, 286(16):2000-2010.
42. สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช, นิพนธ์พร วรมงคล, นริลักษณ์ กุลฤกษ์, สุขจริง ว่องเดชากุล, จินตนา พัฒนพงศธร: *คู่มือส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
43. Joint Committee on Infant Hearing: Year 2000 position statement: Principles and Guidelines for early hearing detection and intervention program. *Pediatrics* 2000, 106(4):798-817.
44. Joint Committee on Infant Hearing: Year 2007 position statement: Principles and Guidelines for early hearing detection and intervention program. *Pediatrics* 2007, 120(4):898-921.

45. Olusanya BO, Swanepoel de W, Chapchap MJ, Castillo S, Habib H, Mukari SZ, Martinez NV, Lin HC, McPherson B: **Progress towards early detection services for infants with hearing loss in developing countries.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:14.
46. Olusanya BO: **Highlights of the new WHO Report on Newborn and Infant Hearing Screening and implications for developing countries.** *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011, **75**(6):745-748.
47. Cunningham M, Cox EO: **Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening.** *Pediatrics* 2003, **111**(2):436-440.
48. Bu X, Li X, Driscoll C: **The Chinese Hearing Questionnaire for School Children.** *J Am Acad Audiol* 2005, **16**(9):687-697.
49. Resnikoff S, Pascolini D, Mariotti SP, Pokharel GP: **Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004.** *Bull World Health Organ* 2008, **86**(1):63-70.
50. Smith TS, Frick KD, Holden BA, Fricke TR, Naidoo KS: **Potential lost productivity resulting from the global burden of uncorrected refractive error.** *Bull World Health Organ* 2009, **87**(6):431-437.
51. วัฒนีย์ เย็นจิตร, ภฤศ หาญอุตสาหะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, อุดมศิริ ปานรัตน์, ผ่องพักตร์ ชูศรี, ฉวีวรรณ เย็นจิตร: **รายงานผลการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเรื้อรัง โรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ครั้งที่ 4 ในประเทศไทย.** 2550.
52. ภาพร ตนานาวัฒน์, อาภาภรณ์ วรพงษ์, จรัสศรี คูพันธ์, อนิตา มนัสสากร, เกษรา พัฒนพิฑูรย์, โสภนา วัฒนานิกร: **ผลการสำรวจภาวะสายตาผิดปกติในเด็กวัยเรียน: โครงการโสต จักษุ สัมผัส โรงเรียน. เชียงใหม่เวชสาร** 2002, **41**(2):81-88.
53. Yingyong P: **Refractive errors survey in primary school children (6-12 year old) in 2 provinces: Bangkok and Nakhonpathom (one year result).** *J Med Assoc Thai* 2010, **93**(10):1205-1210.
54. Baltussen R, Naus J, Limburg H: **Cost-effectiveness of screening and correcting refractive errors in school children in Africa, Asia, America and Europe.** *Health Policy* 2009, **89**(2):201-215.
55. บุปผา ไตรโรจน์: **โรคภัยทางช่องปากของเด็กไทย.** ใน *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. เล่มที่ 315. 2548.
56. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: **แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
57. จันทนา อึ้งชูศักดิ์: **สถานการณ์ฟันผุของเด็กไทย.** ใน *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. เล่มที่ 300. 2547.
58. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, จุฬาทรรณ อัจฉินิจ, บั้วพันธ์ พรหมพักพิง: **การศึกษาสถานการณ์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย เด็กในภาวะยากลำบาก: คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.**
59. ทองพูล บัวศรี, แววรุ่ง สุนงกฎ: **โครงการถอดบทเรียนรูปแบบช่วยเหลือเด็กเร่ร่อน: กรณีครูข้างถนนและบ้านพักสำหรับเด็ก.** กรุงเทพมหานคร; 2553.

60. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: **สถิติเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรง ปี 2549-2549.**
61. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: **บทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.** นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
62. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ: **แผนแก้ไขปัญหาเด็กในภาวะยากลำบาก.** บรรณาธิการ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2544.
63. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: **รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2553.** นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
64. Ditsuwan V, Veerman LJ, Barendregt JJ, Bertram M, Vos T: **The national burden of road traffic injuries in Thailand.** *Popul Health Metr* 2011, 9(1):2.
65. สายสุรี จุติกุล, ศรีสว่าง พัววงศ์ทรัพย์, ศรีศักดิ์ ไทยอารี, แจ่มจันทร์ เกียรติกุล: (ร่าง) **นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง "โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก"** (พ.ศ.2550-2559). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และสูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2549.
66. **สธ. จัดวัคซีนป้องกันเด็กงมน้ำ เปิดหลักสูตรสอนว่ายน้ำเพื่อชีวิต**  
[[http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg\\_new/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php?idHot\\_new=26274](http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=26274)]



