

ปัญหาสุขภาพเด็ก กฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี ในประเทศไทย

จอมขวัญ โยธาสมุทร*
สุกรีธา สมเนก*
นิพนธ์พร วรมงคล†
ยศ ธีระวัฒน์เนก*

พิศพรรณ วิระยั้งยง*
ศรีเพ็ญ ตันติเวส*
กนิษฐา บุญธรรมเจริญ§

นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร*
ลัดดา เหมาะสุวรรณ†
สุษัญญา อังกุลานนท์§

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาเป็นระยะเวลานาน แต่ยังคงเป็นการดำเนินการแบบแยกส่วน ส่งผลให้ขาดความร่วมมือ ทิศทาง และเป้าหมายของการดำเนินงานที่ชัดเจน หากดำเนินการแบบองค์รวมโดยยึดที่กลุ่มของประชากรเป้าหมาย และจัดบริการให้เป็นองค์รวม จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในภาพรวมได้ คณะนักวิจัยจึงจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย โดยเลือกศึกษานโยบายในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมและจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ ๐-๕ ปี โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรกลุ่มนี้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอประสบการณ์ และผลการทบทวนวรรณกรรมและการจัดลำดับความสำคัญ

ประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบาย ตลอดจนการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กอายุ ๐-๕ ปี อยู่ทุกด้าน ซึ่งกฎหมาย/นโยบายเหล่านั้นอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานที่หลากหลาย แต่ไม่พบการประสานการดำเนินงานในระดับประเทศที่เป็นระบบ สำหรับผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ พบว่าปัญหาที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่ามีความสำคัญควรได้รับการพิจารณาแก้ไขเป็นลำดับต้น ๓ เรื่องแรก ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่พร้อมของการดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก และการฝากครรภ์และคลอด ทั้งนี้ยังได้จัดกลุ่มปัญหาตามหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรนำไปพิจารณา โดยแบ่งเป็น ปัญหาสุขภาพทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และปัญหาสุขภาพที่เป็นเชิงสังคมซึ่งมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นผู้ดูแล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการจัดลำดับความสำคัญต่อการพัฒนานโยบาย กระบวนการดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ที่อยู่ในสาขาสุขภาพ แต่ปัญหาที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญก็มีได้มีแต่มิติด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้ความสำคัญทางด้านมิติทางสังคมด้วย และยังให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่น คุณภาพของศูนย์เด็กเล็ก การขาดความรู้ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก มากกว่าเรื่องโรค นอกจากนั้นยังตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการของเด็กเพราะเชื่อว่าจะส่งผลถึงการเป็นประชากรที่มีคุณภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเป็นผู้ใหญ่ จะเห็น

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

† ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

‡ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

§ โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



ได้ว่าประเด็นดังกล่าวไม่เคยได้รับการระบุในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. มาก่อน จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายในการค้นหามาตรการในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ สปสช. และหน่วยงานอื่นๆ

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, สุขภาวะเด็กอายุ 0-5 ปี, การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ

Abstract Health promotion and disease prevention policies and priority setting on health problems for children aged 0-5 years in Thailand

Jomkwan Yothasamut*, Pitsaphun Weerayingyong*, Naiyana Praditsitthikorn*, Sutthisa Sommana*, Sripen Tantivess*, Ladda Mo-suwan†, Nipunporn Voramongkol‡, Kanittha Boonthamcharoen§, Suchunya Aungkulanon§, Yot Teerawattananon*

*Health Intervention and Technology Assessment Program, †The Royal College of Paediatricians of Thailand,

‡Department of Health, Ministry of Public Health, §Burden of Diseases Project, International Health Policy Program

Health promotion and disease prevention (PP) policy has played a critical role in the Thai health care system for a period of time. However, the implementations of such policies were still fragmented without a clear strategic plan and goals. The development of PP policy focusing on certain age group in a systematic manner was expected to help tackle those barriers. Children aged 0-5 group was selected as a pilot group for the development of PP policy recommendations for relevant PP agencies in Thailand. Extensive document reviews and deliberative process which involved the participation of stakeholders was employed in the health problems prioritisation process. This article aimed to share experiences and findings from the review and prioritisation process.

Child health related policy and law were completely available in Thailand and covered almost all aspects of health determinants. Those policy and law were under responsible of varied agencies; however, a well-coordinate initiative at a national level was not observed. According to the prioritisation process, three health related problems that stakeholders expressed as high priority were problems related to carers, child development, and antenatal care. The identified problems were also categorised according to type of problems and responsible agencies. Problems related to physical and mental health were mostly taken care by the National Health Security Office (NHSO), meanwhile problems concerning health and well-beings were under other agencies, i.e. the Ministry of Social Development and Human Security and the Thai Health Promotion Foundation.

Experiences from this study affirmed the importance of priority setting for policy development process. Although most of the stakeholders of the priority setting process were from health sector, prioritised problems were not solely focused on physical health. Proposed problems also included other societal aspects as well as environmental factors that might affect well-beings, e.g. teenage pregnancy, quality of child development centres, lack of parental knowledge of carers. In addition, the stakeholders also aware of an importance of child development as this would affect quality of the population and their quality of life in the future. Obviously, these social and well-being concerns have never been included in the benefit package for health promotion and disease prevention under the NHSO. Challenges included identification of effective interventions to tackle those prioritised problems in order to develop decent policy recommendations for the NHSO and other responsible agencies.

Keywords: Health promotion and disease prevention, Child health (aged 0-5 years), Priority setting in health

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาเป็นระยะเวลานาน มีหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านนี้เป็นจำนวนมาก

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการดำเนินนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการดำเนินนโยบายในระดับประเทศ ยังไม่มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน เช่น ความร่วมมือในการดำเนินนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรคระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย (ซึ่งดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ที่มีได้วางแผนการพัฒนาร่วมกันเป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาเป็นความร่วมมือในระดับพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับศักยภาพและความสนใจของผู้กำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ หากพิจารณาการดำเนินงานและนโยบายในระดับประเทศ พบว่าเป็นการดำเนินการแบบแยกส่วน โดยแบ่งการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามรายโรคเป็นหลัก หรือมุ่งคัดกรองเฉพาะโรคซึ่งทำให้อาจทำให้จำกัดมุมมองของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นหากดำเนินการในด้านนี้แบบองค์รวมโดยยึดที่กลุ่มของประชากรเป้าหมาย เช่น พิจารณามีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใดบ้างที่สำคัญและจำเป็นสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม และจัดบริการให้เป็นองค์รวมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในภาพรวมได้

จากปัญหาและแนวคิดในการแก้ไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบแยกส่วนที่กล่าวมาข้างต้นทางโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program-HITAP) ร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จึงจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเลือกศึกษากรอบนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นโครงการนำร่อง และดำเนินการตามกรอบแนวทางการพัฒนานโยบายระดับประเทศอย่างเป็นระบบและวางอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ โดยมุ่งให้นโยบายที่พัฒนาขึ้นได้ใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เหตุผลที่เลือกประชากรเด็กช่วงอายุ 0-5 ปี เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าพัฒนาการของเด็กในช่วงอายุนี้อาจส่งผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังส่งผลต่อบุตรของคนกลุ่มนี้ในอนาคต^(๑) อีกทั้งช่วงอายุนี้อาจมีความสำคัญที่สุดต่อพัฒนาการ

ด้านสมอง การมองเห็น การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางด้านภาษาและสังคม^(๒) นอกจากนี้การลงทุนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชากรในกลุ่มนี้มีหลักฐานว่ามีความคุ้มค่า โดยประโยชน์ที่ได้จากการลงทุน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา อัตราการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น และการลดลงของอาชญากรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล กระบวนการและบริบทของการเลี้ยงดูเด็กด้วย^(๓) นอกจากนี้การศึกษาในโครงการนี้ไม่จำกัดขอบเขตที่มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นการมองทั้งระบบและทุกมาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้แบ่งเป็น ๒ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ การทบทวนปัญหาสุขภาพเด็ก และกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีอยู่ในประเทศไทย และขั้นตอนที่ ๒ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี

ขั้นตอนที่ ๑ แบ่งการทบทวนเป็น ๓ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ทบทวนปัญหาสุขภาพเด็ก จากข้อมูลภาวะโรค ส่วนที่ ๒ ทบทวนปัญหาสุขภาพเด็กด้านอื่นๆ เช่น พัฒนาการ การคุ้มครองเด็ก และสุขภาพด้านสังคม และ ส่วนที่ ๓ ทบทวนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย สาเหตุที่ต้องแบ่งการศึกษาออกเป็น ๓ ส่วน เนื่องจากโครงการวิจัยนี้พิจารณานิยามของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้กว้างกว่าการสร้างเสริมสุขภาพทางกายหรือป้องกันโรคทางกาย แต่รวมถึงจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ดังนั้นข้อมูลภาวะโรคเพียงอย่างเดียวจึงไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องในทุกด้าน จึงต้องทบทวน



วรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กในหลายมิติ โดยรายละเอียดของการทบทวนทั้ง ๓ ส่วนมีดังนี้

๑. ข้อมูลภาระโรค ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในโครงการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งผลรวมของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรและการมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ รายงานเป็นหน่วยปีสุขภาวะ หรือ Disability Adjusted Life Years (DALYs) ผลที่ได้รายงานเป็นโรคที่สำคัญ ๑๐ อันดับแรกที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในเด็กอายุ ๐-๕ ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่แบ่งตามแนวทางการศึกษาระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก

๒. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัญหาสุขภาพในด้านอื่นๆ นักวิจัยได้ทบทวนจากรายงานสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ และ National report, Global study on child poverty and disparity (๒๐๐๗-๒๐๑๑) โดย องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ UNICEF เป็นหลัก ในการทบทวนวรรณกรรม นักวิจัยได้แบ่งกลุ่มปัญหาสุขภาพออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม เช่น การศึกษา ครอบครัว ที่อยู่อาศัย กลุ่มที่ ๒ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร และพัฒนาการ และ กลุ่มที่ ๓ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน เช่น กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก รวมถึงปัญหาการดูแลกลุ่มเด็กด้อยโอกาส

๓. การทบทวนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบ Determinants of health ที่เสนอโดย Dahlgren and Whitehead ปี พ.ศ. ๒๕๓๔^(๔) ซึ่งพิจารณาปัจจัยระดับบุคคล สังคม ชุมชน เครือข่าย และสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณากฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ๔ ด้าน ได้แก่ การผลิตอาหารและสินค้าทางการเกษตร การศึกษา สภาพแวดล้อมในการทำงาน สภาพที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน การว่างงาน น้ำสะอาด ที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะ เครือข่ายสังคมและชุมชน และบริการสุขภาพ

จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ ๑ จะได้รายการปัญหาสุขภาพเด็ก และกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี ในขั้นตอนที่ ๒ นักวิจัยจึงนำรายการนี้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการประชุมเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความครอบคลุมของรายการดังกล่าว จากนั้นจึงร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ในทุกมิติของปัญหา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็ก ๐-๕ ปี จำนวน ๔๓ คน ประกอบด้วย ผู้บริหารในระดับกระทรวง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๓ คน ผู้บริหารและนักวิชาการในส่วนภูมิภาค ซึ่งรวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นักวิชาการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย ๘ คน กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของเด็ก ๐-๕ ปี ๑๖ คน นักวิชาการ ๑๐ คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๖ คน การประชุมจัดขึ้นในวันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นส่วนหนึ่งในการประชุมประจำปีของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยหวังที่จะให้กุมารแพทย์ที่ไม่ได้รับเชิญแบบเฉพาะเจาะจงสามารถเข้าร่วมประชุมได้

๒. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาระโรค และการทบทวนวรรณกรรมโดยทีมวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิพากษ์ถึงจุดอ่อนจุดแข็งของข้อมูลทั้ง ๓ ส่วน และเสนอแนะเพิ่มเติมถึงปัญหาสุขภาพที่มิได้ระบุอยู่ในการนำเสนอ

๓. จัดลำดับความสำคัญโดยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเสนอหัวข้อปัญหาที่ตนเองคิดว่ามีสำคัญที่สุด ๕ หัวข้อรวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา (หากสามารถระบุได้) โดยผู้เข้าร่วมประชุมเขียนหัวข้อลงในใบลงคะแนนที่ได้รับแจกคนละ ๕ แผ่นก่อนการประชุม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถ

เสนอให้หัวข้อดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PP) ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือให้แก้ไขโดยหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Non-PP)

๔. วิเคราะห์ผลการจัดลำดับความสำคัญ นักวิจัยนำข้อเสนอที่ได้ทั้งจากกลุ่มที่ ๑ และ ๒ มาจัดประเภทของปัญหาสุขภาพตามลักษณะของปัญหาที่เสนอโดยผู้เข้าร่วมประชุม โดยแบ่งได้ทั้งหมด ๙ กลุ่ม ได้แก่ หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์และการคลอด การดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก สารอาหารไม่เหมาะสม โรคติดต่อ ความพิการ สุขภาพช่องปาก เด็กด้อยโอกาส การบาดเจ็บ จากนั้นจึงรวมคะแนน

ผลการศึกษา

๑. ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพเด็ก และกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๑.๑ ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพเด็ก จากข้อมูลภาวะโรค ปีพ.ศ. ๒๕๕๒

โรคสืบอันดับแรกที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กไทยอายุ ๐-๕ ปี เพศชาย ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักน้อย ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอดและทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด การจมน้ำ อุบัติเหตุทางถนน กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม โรคโลหิตจาง ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคพิษณุ

โรคสืบอันดับแรกที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กไทยอายุ ๐-๕ ปี เพศหญิง ได้แก่ ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอด และทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ภาวะทารกน้ำหนักน้อย โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด โรคโลหิตจาง กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม อุบัติเหตุทางถนน โรคขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา โรคพิษณุ การจมน้ำ

๑.๒ ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพเด็กด้านอื่นๆ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาการเลี้ยงดู ครอบครัว ที่อยู่อาศัย และการศึกษา พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เด็กอายุ ๓-๕ ปี มากกว่าร้อยละ ๕๐ ได้รับการดูแลจากศูนย์เด็กเล็ก มากกว่าได้รับการดูแลจากพ่อแม่ ซึ่งมีเพียงร้อยละ ๒๙^(๕) และจากการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในศูนย์เด็กเล็ก คือ การพลัดตกหล่นร้อยละ ๓๘ อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นร้อยละ ๒๙ ในด้านผู้ดูแลเด็ก พบว่าร้อยละ ๕๑ ขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก^(๖) ปัญหาครอบครัว พบว่ามีแนวโน้มครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การหย่าร้างมากขึ้น ทำให้เด็กขาดความอบอุ่น ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งทำให้ไม่ได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ระดับการศึกษาของมารดาเป็นตัวบ่งชี้การเข้าถึงอนามัยแม่และเด็ก และจากรายงานของ UNICEF พบว่าครัวเรือนที่มีอัตราการตายของทารกสูงเป็นครอบครัวที่ยากจนที่สุดจากภาคเหนือเขตชนบท และหัวหน้าครอบครัวไม่มีการศึกษา นอกจากนั้นพบว่าปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙ มีเด็กกำพร้าร้อยละ ๑๙ ของเด็ก ๐-๑๗ ปี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักไม่มีคนพาไปรับวัคซีน นอกจากนั้นพบว่าเด็กกำพร้าและอยู่ในภาวะเสี่ยง (ผู้ปกครองป่วยเรื้อรัง) ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและมาจากครัวเรือนที่ไม่มีการศึกษา

ปัญหาสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิต ได้แก่ มลพิษทางอากาศ และน้ำฝน น้ำบาดาล และน้ำบ่อที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งเด็กส่วนหนึ่งต้องเผชิญปัญหาเหล่านี้ ครัวเรือนนอกเขตเทศบาลเข้าถึงน้ำสะอาดต่ำกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาล อย่างไรก็ตามพบว่าในเขตเทศบาล ๕.๗ ล้านครัวเรือนอยู่อย่างแออัด ร้อยละ ๘ ไม่มีแหล่งน้ำสะอาด ร้อยละ ๒ ไม่มีการกำจัดสิ่งขี้ถ่ายที่ถูกสุขอนามัย และบ้านไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัดในเขต กทม. ปัญหาชุมชนแออัดสัมพันธ์กับสุขภาพของเด็กโดยตรงคือทำให้ขาดพื้นที่เพื่อการนันทนาการของเด็ก นอกจากนี้มีเพียงร้อยละ ๖๕ ที่กำจัดอุจจาระของเด็กอายุ ๐-๒ ปีได้อย่างถูกต้อง^(๗)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร และพัฒนาการ จากการ



ทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในช่วงแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ธาลัสซีเมียรุนแรง ต่อม รัยรอยด์บกพร่องแต่กำเนิด เฟินนิลคีโตนูเรีย ซึ่งเป็นภาวะที่หากมีการวินิจฉัยและการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงได้ หากพิจารณาสถานการณ์จะพบว่าปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกเกิดมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและมีแนวทางแก้ปัญหา ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย ส่วนโรคเฟินนิลคีโตนูเรียนั้นพบน้อยและได้รับการรักษาแล้ว^(๕)

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารอาหารในเด็กอายุ ๐-๕ ปีสามารถจำแนกได้เป็น ๓ เรื่อง ได้แก่ การได้รับสารอาหารมากเกินไป การได้รับสารอาหารน้อย และการกินนมแม่ ปัญหาการได้รับสารอาหารมากเกินไปนั้นนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นเกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พบว่าเด็ก ๑ ปีร้อยละ ๔๕ กินนมรสหวาน และเด็กอายุ ๓-๕ ปีได้รับปริมาณน้ำตาลสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน^(๕) พฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพช่องปาก ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เด็กอายุ ๐-๒ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ ๕๔ เด็กอายุ ๑ ปีร้อยละ ๘๖ ยังกินนมมอดี้ และร้อยละ ๔๕ กินนมรสหวาน^(๕) ส่วนปัญหาการได้รับสารอาหารที่จำเป็นน้อยนั้นพบว่าทารก ๖-๑๑ เดือนขาดสารอาหารสูงกว่าอายุต่ำกว่า ๖ เดือน และยังขาดวิตามิน และเกลือแร่^(๕) ถึงแม้หลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับการกินนมแม่ แต่ยังมีปัญหาว่าเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนมีเพียงร้อยละ ๕ โดยเด็กชนบทได้กินนมแม่มากกว่าเด็กในเมืองเนื่องจากผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในเขตเมืองนั้นมักมีข้อจำกัดด้านการทำงาน ทำให้ไม่สามารถให้นมลูกได้ครบกำหนด ๖ เดือน และมีเด็กเกือบครึ่งเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมก่อน ๔ เดือน^(๕)

ในเรื่องภาวะโภชนาการพบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๑๐ ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๑๒ และน้ำหนักต่อส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๔^(๗) ทั้งนี้พบว่าเด็กต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลต่อสติปัญญาทำให้เด็กมีพัฒนาการด้าน

ภาษาล่าช้า ด้านผู้ปกครองก็ไม่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการ เพราะคิดว่าเด็กยังไม่รู้เรื่อง ของเล่นและหนังสือที่ส่งเสริมพัฒนาการมีน้อย และหากพิจารณาเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่าเด็กในเขตเทศบาลมีพัฒนาการดีกว่านอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญ^(๕)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน เช่น กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก รวมถึงปัญหาการดูแลกลุ่มเด็กด้อยโอกาส การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้เน้นเรื่องของระบบสนับสนุนของกลุ่มเด็กด้อยโอกาส โดยพบว่าการจัดบริการและคุ้มครองทางสังคมสำหรับกลุ่มเด็กด้อยโอกาส รวมทั้งเด็กกำพร้าและพิการมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะปัญหาด้านระบบบริการด้านสวัสดิการซึ่งยังขาดแคลนบุคลากรและดำเนินงานแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก^(๗)

๑.๓ ผลการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กอายุ ๐-๕ ปี ตามกรอบ Determinants of Health

กรอบ Determinants of Health ประกอบไปด้วย ๙ ด้าน ได้แก่ การผลิตอาหารและสินค้าทางการเกษตร การศึกษา สภาพแวดล้อมในการทำงาน สภาพที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน การว่างงาน น้ำสะอาด ที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะ เครือข่ายสังคมและชุมชน และการบริการสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบาย ตลอดจนการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก ๐-๕ ปี อยู่ทุกด้านดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ ๑ ซึ่งกฎหมาย/นโยบายเหล่านั้นอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานที่หลากหลาย แต่ไม่พบว่ากฎหมาย/นโยบาย/การดำเนินโครงการดังกล่าวมีการประสานกันระหว่างหน่วยงานเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ

๒. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กอายุ ๐-๕ ปี

หลังจากการนำเสนอที่ประชุมได้มีการอภิปรายผลการทบทวนปัญหาสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลภาวะโรค ที่ประชุมมีข้อวิพากษ์ถึงข้อจำกัดของข้อมูลภาวะโรคในการจัดลำดับความสำคัญครั้งนี้ ได้แก่ การขาดข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคในระดับประเทศที่มีคุณภาพทำให้ต้องนำข้อมูลต่าง

ตารางที่ ๑ กฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี ในประเทศไทย แบ่งตามกลุ่ม Determinants of health

กรอบ Determinants of Health/ กฎหมาย/นโยบาย	เนื้อหากฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้อง โดยสังเขป
<p>๑. การผลิตอาหารและสินค้าทางการเกษตร</p> <p>แผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (๒๕๔๕-๕๕)^(๔)</p> <p>พระราชบัญญัติ (พรบ.) อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒^(๕)</p> <p>ร่าง พรบ. อาหารสำหรับทารก พ.ศ.๒๕๕๕^(๑๐)</p> <p>ประกาศกระทรวงสาธารณสุข^(๑๑)</p> <p>โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว^(๑๒)</p> <p>โครงการอาหารเสริม (นม) ภายในศูนย์เด็กเล็ก^(๑๓)</p> <p>โครงการอาหารกลางวัน ภายในศูนย์เด็กเล็ก^(๑๓)</p>	<p>รัฐและองค์กรทางสังคมมีหน้าที่สนับสนุนให้เด็กได้รับอาหารหลัก อาหารเสริมและนมอย่างเพียงพอ และมีคุณภาพ โดยมีมาตรการเสริมเป็นพิเศษสำหรับเด็กที่อยู่ในภาวะทุพโภชนาการ และ เด็กที่ด้อยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>ให้มีหลักเกณฑ์การควบคุมการตลาดนมผงสำหรับเด็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ควบคุมปัญหาการลดยุทธการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ให้รมต.กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจสั่งห้ามการโฆษณาที่เข้าข่ายละเมิดหลักเกณฑ์</p> <p>ขนมเด็กต้องแสดงฉลากโภชนาการ งดจำหน่ายขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมในโรงเรียน ควบคุมการโฆษณาขนมเด็กทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์</p> <p>ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เพื่าระวังการละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดภาครัฐ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหานมและอาหารกลางวันอย่างเพียงพอ</p>
<p>๒. การศึกษา</p> <p>แผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (๒๕๔๕-๕๕)^(๔)</p> <p>พรบ. ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๖^(๑๔)</p> <p>พรบ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๒^(๑๕)</p> <p>พรบ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕^(๑๖)</p> <p>โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก^(๑๗)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • จัดกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับชีวิตครอบครัว การวางแผนครอบครัว วิธีการเลี้ยงดูลูก ที่ถูกต้องเหมาะสม • ส่งเสริม สนับสนุนการเตรียมความพร้อมอย่างมีมาตรฐานแก่เด็กปฐมวัย ในรูปแบบที่หลากหลาย โดยดำเนินการเป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ ชุมชน และครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กด้อยโอกาสให้ได้รับบริการแบบให้เปล่า • ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มีหน้าที่ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน รวมทั้งแก้ไขปัญหาที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อเด็กและเยาวชน • เด็กและเยาวชนทุกคนมีสิทธิในการได้รับการศึกษา และได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพสูงสุดตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ • เด็กพิการ เด็กที่มีข้อจำกัดทางการเรียนรู้ และเด็กที่มีความสามารถพิเศษ มีสิทธิในการได้รับการศึกษาที่รัฐจัดให้เป็นพิเศษที่เหมาะสมกับลักษณะเด็กประเภทนั้นๆ • การศึกษาปฐมวัยให้จัดในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิจัดการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่งหรือทุกระดับตามความพร้อมตามความเหมาะสม <p>สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีหน้าที่ควบคุมดูแลการดำเนินงานสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน</p> <p>ปัจจุบันมีอยู่กว่า ๒๐,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยหลายหน่วยงาน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน เป็นต้น ซึ่งแต่ละแห่งมีมาตรฐานในการปฏิบัติแตกต่างกันไป</p>



ตารางที่ ๑(ต่อ) กฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี ในประเทศไทย แบ่งตามกลุ่ม Determinants of health

กรอบ Determinants of Health/ กฎหมาย/นโยบาย	เนื้อหากฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้อง โดยสังเขป
<p>๓. สภาพแวดล้อมในการทำงาน</p> <p>พรบ.คุ้มครองแรงงาน^(๑๔)</p> <p>มติคณะรัฐมนตรี^(๑๕)</p> <p>โครงการส่งเสริมการจัดตั้งมูนมแม่ในสถานประกอบการ (กระทรวงแรงงาน)^(๑๖)</p>	<p>คุ้มครองสุขภาพของหญิงมีครรภ์ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาพการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • หากทำงานอยู่ในพื้นที่หรือตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เช่น ทำงานในโรงงานหรือทำงานในตึกที่ต้องขึ้นลงบันไดบ่อยๆ ลูกจ้างมีสิทธิ์ขอย้ายแผนกหรือย้ายโต๊ะทำงานเป็นการชั่วคราวช่วงก่อนหรือหลังคลอด โดยยื่นเรื่องควบคู่กับใบรับรองแพทย์ • ห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ทำงานในระหว่างเวลา ๒๒.๐๐ น.ถึงเวลา ๐๖.๐๐ น. ทำงานล่วงเวลา ทำงานวันหยุด หรือทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวกับเครื่องจักรกลที่มีความสั่นสะเทือน, งานขับเคลื่อน, งานแบกหามหรือยกของหนักเกิน ๑๕ กิโลกรัมหรืองานในเรือ • โรงงาน สถานประกอบการที่มีคนงานตั้งแต่ ๑๐๐ คนขึ้นไป ให้จัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของสถานประกอบการ • การให้พ่อแม่ได้รับบริการฝากครรภ์ (ให้พ่อ แม่ ลาหยุดงานได้อย่างน้อย ๔ ครั้งต่อครรภ์) • การให้พ่อแม่ได้เข้าโรงเรียนพ่อแม่ (พ่อ แม่ เข้ารับการอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา) • การลาคลอดในแม่กลุ่มเสี่ยง (ให้มารดาที่มีความเสี่ยงคลอดบุตรก่อนกำหนดและที่มีปัญหาต่างๆ ลาพักได้ตามที่แพทย์แนะนำ) ปรับปรุงมติกรม. โดยยึดเวลาการลาคลอดเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จาก ๓ เดือนเป็น ๖ เดือน โดยรับเงินเดือนเต็มและลาต่อได้โดยไม่รับเงินเดือนจนลูกอายุ ๑ ปี • เพื่อส่งเสริมให้นายจ้าง ลูกจ้าง ในสถานประกอบการเห็นความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำไปสู่การจัดตั้งมูนมแม่ในสถานประกอบการ ส่งเสริมให้ลูกจ้างประหยัดค่าใช้จ่ายสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ลูกจ้างและบุตร สร้างขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับลูกจ้างในหน่วยงาน และสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง
<p>๔. สภาพที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน</p> <p>พรบ.ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐^(๑๗)</p> <p>พรบ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ.๒๕๔๖^(๑๘)</p> <p>พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่^(๑๙)</p> <p>กฎหมายครอบครัว^(๒๐)</p>	<p>เด็กและเยาวชนมีสิทธิในการเล่น มีเวลาพักผ่อน และเข้าร่วมกิจกรรมการละเล่นทางนันทนาการที่เหมาะสมตามวัยของเด็กและเยาวชน และการมีส่วนร่วมอย่างเสรีในทางวัฒนธรรมและศิลปะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ปกครองต้องให้การอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ตามสมควรแก่ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม • ต้องคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กในความดูแลของตนมิให้ตกอยู่ในภาวะอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ ต้องไม่กระทำการ <ul style="list-style-type: none"> - ทอดทิ้งเด็กไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานพยาบาลหรือไว้กับบุคคลที่รับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะหรือสถานที่ใด โดยเจตนาที่จะไม่รับเด็กกลับคืน หรือโดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพหรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม - จงใจหรือละเลยไม่ทำให้สิ่งที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตหรือสุขภาพอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก - ปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะที่เป็นการขัดขวางการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของเด็ก เลี้ยงดูโดยมิชอบ <p>กำหนดให้สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเป็นสถานที่คุ้มครอง</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดทะเบียนรับรองบุตร

ตารางที่ ๑(ต่อ) กฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี ในประเทศไทย แบ่งตามกลุ่ม Determinants of health

กรอบ Determinants of Health/ กฎหมาย/นโยบาย	เนื้อหากฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้อง โดยสังเขป
การลาคลอด ^(๑๖,๒๔,๒๕)	<ul style="list-style-type: none"> • ในกรณีที่ลูกเป็นคนที่ไร้ความสามารถโดยคำสั่งศาล คือ เป็นคนวิกลจริต หรือเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ อันได้แก่ บุคคลที่มีการพินเพื่อน จิตไม่สมประกอบ ประพฤติสุรุ่ยสุร่าย เสเพล เป็นอาชญา หรือติดสุรายามาเหล่านี้ กฎหมายก็กำหนดให้แม่ต้องเป็นผู้อนุบาล <p>ข้าราชการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน ๙๐ วัน โดยไม่ต้องมีใบรับรองแพทย์ และรับเงินเดือนได้ตามปกติ ๙๐ วัน หากประสงค์จะลาบางส่วนเพื่อเลี้ยงดูบุตร ให้มีสิทธิลาต่อเนื่องจากการลาคลอดบุตรได้ไม่เกิน ๑๕๐ วันทำการ โดยไม่มีสิทธิได้รับเงินเดือนระหว่างลา • ข้าราชการชายสามารถลาเพื่อดูแลภรรยาโดยชอบด้วยกฎหมายคลอดบุตร ติดต่อกันครั้งละ ๑๕ วันทำการ <p>พนักงานรับราชการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน ๙๐ วัน สามารถรับเงินเดือนได้ตามปกติ โดย ๔๕ วันรับจากส่วนราชการ และอีก ๔๕ วันรับจากสำนักงานประกันสังคม พร้อมมีสิทธิลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน ๑๕๐ วันทำการ โดยไม่รับเงินเดือน <p>พนักงานบริษัทเอกชน (สิทธิประกันสังคม)</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน ๙๐ วัน โดยไม่ต้องมีใบรับรองแพทย์ • ค่าทำคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายครั้งละ ๑๓,๐๐๐ บาท ได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง • เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ร้อยละ ๕๐ ของค่าจ้างที่นำส่งสมทบเฉลี่ยเป็นเวลา ๙๐ วัน คิดจากฐานเงินเดือนไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท • เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ ๓๕๐ บาทต่อบุตรหนึ่งคน สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมาย มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๖ ปีบริบูรณ์ จำนวนคราวละไม่เกิน ๒ คน (รอประกาศกระทรวงเพื่อปรับปรุงเงินสงเคราะห์บุตรเป็นเดือนละ ๔๐๐ บาท) <p>พนักงานรัฐวิสาหกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน ๖๐ วัน โดยรับเงินเดือนตามปกติ และลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน ๓๐ วัน โดยไม่ได้รับเงินเดือน • เงินช่วยเหลือการคลอดบุตรได้ครั้งละ ๔๐๐ บาท ไม่รวมค่ารักษาพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบพนักงานรัฐวิสาหกิจ • เงินช่วยเหลือบุตรจำนวน ๕๐ บาทต่อคนต่อเดือน <p>อาชีพอิสระ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในส่วนของการฝากครรภ์ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคของเด็ก การคลอดบุตร การคลอดบุตร รวมถึงค่าห้องและค่ายา สามารถเข้ารับบริการได้ฟรี • มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน ๖๐ วัน โดยรับเงินเดือนตามปกติ และลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน ๓๐ วัน โดยไม่ได้รับเงินเดือน
๕. การว่างงาน พรบ.คุ้มครองแรงงาน ^(๑๗)	<ul style="list-style-type: none"> • ลูกจ้างที่ทำงานติดต่อกันครบ ๑๒๐ วัน สามารถได้ค่าชดเชยตามอัตราจ้างสุดท้าย ๓๐-๓๐๐ วัน • คนงานหญิงที่ตั้งครรภ์และถูกเลิกจ้างเพราะเหตุแห่งการตั้งครรภ์ สามารถร้องเรียน



ตารางที่ ๑(ต่อ) กฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็ก ๐-๕ ปี ในประเทศไทย แบ่งตามกลุ่ม Determinants of health

กรอบ Determinants of Health/ กฎหมาย/นโยบาย	เนื้อหากฎหมาย/นโยบาย/โครงการที่เกี่ยวข้อง โดยสังเขป
ประกันสังคม ^(๒๖)	<ul style="list-style-type: none"> • ถูกเลิกจ้าง ได้รับเงินทดแทนระหว่างว่างงานร้อยละ ๕๐ ไม่เกิน ๑๘๐ วัน • ลาออก ได้รับเงินทดแทนระหว่างว่างงานร้อยละ ๓๐ ไม่เกิน ๙๐ วัน • คู่สมรสต่ออีก ๖ เดือน ใน ๔ กรณี: ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร
๖. น้ำสะอาด แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ^(๒๗) พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.๒๔๕๖ ^(๒๘) โครงการนำกินน้ำใช้ทั่วไทย ^(๒๙)	เพื่อให้ประชาชนมีน้ำสำหรับดื่มและใช้อย่างพอเพียงตามความจำเป็นพื้นฐาน มาตรา ๕๑ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย เทศบาลตำบลอาจจัดทำกิจการใดๆ ในเขตเทศบาล เช่น จัดหาให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา ก่อสร้างระบบประปาในหมู่บ้านที่ยังไม่มีระบบประปา และปรับปรุงซ่อมแซมระบบประปาใน หมู่บ้านที่ชำรุด
๗. ที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะ นโยบายควบคุมสภาพแวดล้อมศูนย์เด็กเล็ก ^(๓๐)	<ul style="list-style-type: none"> • ศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นต้องก่อสร้างตามแบบแปลน มาตรฐานสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก • ไม่มีการควบคุมสภาพแวดล้อม แบบแปลนบ้านพักอาศัย อาคารสาธารณะต่างๆ เพื่อป้องกัน อันตรายที่จะสามารถเกิดกับเด็ก
๘. เครือข่ายสังคมและชุมชน พรบ.ส่งเสริมการพัฒนาลูกและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐(๑๔) โครงการกองทุนคุ้มครองเด็ก (พม.) ^(๓๑) โครงการพัฒนาระบบคุ้มครองเด็กในชุมชน (พม.) ^(๓๒) สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์ ^(๓๓) ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม (กระทรวงวัฒนธรรม) ^(๓๔)	มาตรา ๘ ให้สำนักงานหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร่วมมือ ส่ง เสริม และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในระดับท้องถิ่น ช่วยเหลือเด็กและครอบครัวที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนให้ได้รับการสงเคราะห์และคุ้มครอง สวัสดิภาพ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสังคมในพื้นที่ของตนเอง ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบปัญหา เพื่อเฝ้าระวังการตั้งครุฑไม้พิงประสงค์ในเด็กและวัยรุ่น
๙. บริการสุขภาพ พรบ. ส่งเสริมการพัฒนาลูกและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๖ ^(๓๕) สิทธิประโยชน์ที่สนับสนุนโดย สปสช. ในกอง ทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ^(๓๖)	เด็กและเยาวชนมีสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานสูงสุดเท่าที่มีการให้ บริการทางด้านนี้ ผ่ากรรภ์ ตรวจเยี่ยมหลังคลอด ให้วัคซีนพื้นฐาน สมุดแม่และเด็ก กิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหรือส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ประเมินการเจริญเติบโต ตรวจพัฒนาการเด็กเล็ก ตรวจ สุขภาพช่องปากนักเรียน คัดกรองธาลัสซีเมีย คัดกรองภาวะพร่อง thyroid hormone (TSH) ใน ทารกแรกเกิด คัดกรองความเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (มารดาหลังคลอด) วางแผนครอบครัว คัดกรองพาหะไวรัสตับอักเสบบี เฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต อนามัยโรงเรียน การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัส HIV จากแม่สู่ลูก

ตารางที่ ๒ ผู้ได้รับเชิญประชุมแบบเจาะจง และผู้เข้าร่วมประชุมจำแนกตามกลุ่ม

กลุ่มผู้ร่วมประชุม	จำนวน ที่เชิญ	จำนวน ที่เข้าร่วม
๑. ผู้บริหารในระดับกระทรวง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๓	๒
๒. ผู้บริหารและนักวิชาการในส่วนภูมิภาค ซึ่งรวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล นักวิชาการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย	๘	๓
๓. กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสภาพของเด็ก ๐-๕ ปี	๑๖	๑๖
๔. นักวิชาการและนักวิจัย	๑๐	๑๐
๕. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๖	๓
รวม	๔๓	๓๔

ตารางที่ ๓ ลำดับหัวข้อปัญหาสุขภาพในเด็กอายุ ๐-๕ ปี รายละเอียด และคะแนนที่ได้ เรียงตามกลุ่มปัญหาที่ต้องการให้แก้ไข โดยการพัฒนาชุด
สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด	หน่วยงานที่คาดหวังให้รับผิดชอบ (คะแนน)		
		สปสช.	หน่วยงานอื่น	รวม
๑. การฝากครรภ์ และคลอด	ภาวะทารกน้ำหนักน้อย ทารกได้รับอันตรายระหว่างคลอด ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ภาวะพิการแต่กำเนิด ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ภาวะผิดปกติทางสมองและสติปัญญา และกลุ่มอาการดาวน์	๑๕	๑	๑๖
๒. การดูแลเด็ก	คุณภาพศูนย์เด็กเล็ก การตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่น ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิด	๑๒	๓๐	๔๒
๓. พัฒนาการ	ปัญหาการเรียนรู้ สมาธิสั้น และออทิสติก	๑๒	๕	๑๗
๔. โภชนาการไม่เหมาะสม	ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ภาวะขาดไอโอดีนและธาตุเหล็ก โรคโลหิตจางการกินนมแม่น้อย	๑๒	๓	๑๕
๕. โรคติดต่อ	๕.๑ โรค/ภาวะที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ๕.๒ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น	๑๐	๑	๑๑
๖. ความพิการ	ความพิการทางการได้ยินและการมองเห็น	๕	๐	๕
๗. สุขภาพช่องปาก	การดูแลสุขภาพช่องปาก	๔	๐	๔
๘. เด็กด้อยโอกาส	เด็กกำพร้าเด็กด้อยโอกาส เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน	๓	๘	๑๑
๙. การบาดเจ็บ	อุบัติเหตุ และการจมน้ำ	๓	๕	๘
รวม		๗๖	๕๓	๑๒๙



ประเทศมาใช้ในการประมาณการภาระโรค เช่น โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด นอกจากนี้ที่ประชุมยังตระหนักถึงข้อจำกัดของชนิดของโรคที่นำมาศึกษาภาระโรค ซึ่งไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี เช่น ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและพฤติกรรม การนำเสนอในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดอย่างมากในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของเด็ก 0-5 ปี ทั้งนี้เพราะการจำแนกประเภทของปัจจัยเสี่ยงในการศึกษาภาระโรคถูกออกแบบเพื่อการวิเคราะห์ในทุกกลุ่มประชากร ทำให้ขาดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหลายประการสำหรับวัยเด็ก เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและพฤติกรรมเลี้ยงดูที่ถูกต้องของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่น หรือปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น

สำหรับการทบทวนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่ประชุมเห็นว่ามีครอบคลุมแต่มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพราะมีการวัดขนาดของปัญหาในหน่วยที่หลากหลาย เช่น การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life-Year) หรืออุบัติการณ์ของโรค เป็นต้น และบางกรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพไม่สามารถระบุถึงขนาดของปัญหาได้ เช่น ผลกระทบทางสังคมของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่น บางปัญหาเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหลายโรค หรือบางปัญหาไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยตรงแต่เป็นความสูญเสียโอกาสทางสังคม เช่น เด็กมีพัฒนาการผิดปกติทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาและสังคม นอกจากนี้ที่ประชุมเห็นพ้องว่าแม้กฎหมายและนโยบายมีความครบถ้วนและครอบคลุมแต่ยังมีจุดอ่อนในเรื่องของการบังคับใช้

สุดท้ายผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้มีการเพิ่มเติมปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งมิได้ระบุในการนำเสนอ ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะน้ำหนักเกิน ปัญหาพัฒนาการด้านสติปัญญาและพฤติกรรม และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่น เพื่อใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กต่อไป

๓. ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี

ในการลงคะแนนมีผู้เข้าร่วมประชุมและร่วมลงคะแนนจำนวน ๓๔ คน ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างจากจำนวนรายชื่อผู้ที่ถูกเชิญเข้าร่วมประชุม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๒

ผลการลงคะแนนสามารถแบ่งปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็กอายุ 0-5 ปี ได้ ๔ กลุ่มดังตารางที่ ๓ ทั้งนี้ปัญหาที่ได้รับการเสนอมากที่สุด ๓ ลำดับในรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดย สปสช. ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์และคลอด การดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก และโภชนาการไม่เหมาะสม (ลำดับที่ ๒ ถึง ๔ ได้คะแนนเท่ากัน ๑๒ คะแนน) ส่วนปัญหาที่ได้รับการเสนอมากที่สุด ๓ ลำดับในรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก กลุ่มเด็กด้อยโอกาส การบาดเจ็บและพัฒนาการเด็ก (ลำดับที่ ๓ และ ๔ ได้คะแนนเท่ากัน ๕ คะแนน) เมื่อพิจารณาคะแนนรวมพบว่าปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับต้น ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก พัฒนาการเด็ก การฝากครรภ์และคลอด และการได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ซึ่งไม่มีความแตกต่างจากรายการปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขโดยสปสช.

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นตัวอย่างของความพยายามในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็ก ซึ่งผู้วิจัยไม่พบในการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ทั้งที่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีความจำเป็นอย่างยิ่งในขั้นตอนการพัฒนา นโยบายใดๆ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในอดีตส่วนใหญ่มักทำแบบไม่เปิดเผย (Implicit priority setting) เพราะความยากในการดำเนินการและไม่มีตัวอย่างที่เป็นที่ยอมรับ หรือหากมีการดำเนินการก็อาจไม่ได้ทำในลักษณะของงานวิจัยแต่เป็นการดำเนินงานในลักษณะเฉพาะกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนั้นกระบวนการจัดลำดับความสำคัญที่มีส่วนร่วมโดยหน่วยงานต่างๆ ยังเป็นการเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็ก เห็นได้จากข้อเท็จจริงที่ว่าแม้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ที่อยู่ในสาขาสุขภาพ แต่ปัญหาที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญก็ไม่ได้มีแต่มิติด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ยังให้ความสำคัญทางด้านมิติทางสังคมด้วยอย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องของความเป็นตัวแทนของผู้ลงคะแนนซึ่งมีจำนวนน้อยทั้งในด้านปริมาณและความหลากหลายของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยพิจารณาว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญควรมีข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้านจึงเปิดโอกาสให้มีการนำเสนอและอภิปรายถึงข้อมูลที่ได้มีการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมทำให้มีข้อจำกัดคือไม่สามารถเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาเข้าร่วมเป็นจำนวนมากจากลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จัดลำดับพบว่าปัญหาในลำดับที่ ๑ และ ๒ ไม่ได้อยู่ในการศึกษาระยะโรคในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนาเครื่องมือการวัดภาวะโรคที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกและใช้อยู่ในหลายประเทศ ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุสำคัญกับปัญหาสุขภาพ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในวัยรุ่นของมารดา คุณภาพของศูนย์เด็กเล็ก การขาดความรู้ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก มากกว่าตัวโรคและความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการของเด็กเพราะเชื่อว่าส่งผลถึงการเป็นประชากรที่มีคุณภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ จะเห็นได้ว่าประเด็นดังกล่าวไม่เคยได้รับการระบุในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. มาก่อนเลยจึงเป็นเรื่องที่ทำนายของทีมนักวิจัยในการค้นหามาตรการในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้เพื่อพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์หรือเสนอแนะต่อหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะนักวิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ

สร้างเสริมสุขภาพสำหรับการสนับสนุนโครงการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยสำหรับการสนับสนุนสถานที่จัดประชุม และเจ้าหน้าที่ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในเรื่องการประสานงานและการบริหารจัดการให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

๑. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood. 2010; Available from: <http://www.developingchild.harvard.edu>.
๒. McCain AP, Kelley ML, Fishbein J. Behavioral screening in well-child care: validation of the Toddler Behavior Screening Inventory. *J Pediatr Psychol* 1999;24:415-22.
๓. 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).
๔. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equality in health. Stockholm, Sweden: Institute of Future Studies; 1991.
๕. คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; ๒๕๕๒.
๖. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. รายงานการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๒.
๗. Global Study on Child Poverty and Disparity: National Report Thailand 2007-2011. UNICEF; Available from: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Thailand_Childwellbeingreport-fullreport.pdf.
๘. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๕). In: สำนักนายกรัฐมนตรี, editor. กรุงเทพมหานคร ๒๕๔๖.
๙. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ พร้อมกฎกระทรวง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๓), (๒๕๕๓).
๑๐. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มติ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี



๒๕๕๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสหประชาชาติ.
๑๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑. In: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, editor. นนทบุรี.
๑๒. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔ [cited ๒๕๕๔ ๓๐ กันยายน]; Available from: www.saiyairakhospital.com.
๑๓. สำนักประสานและพัฒนากิจการศึกษาท้องถิ่น. คู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
๑๔. พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.
๑๕. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒.
๑๖. พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕.
๑๗. สำนักส่งเสริมสุขภาพ, editor. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก. การประชุมคณะทำงานพัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนคณะกรรมการประสานนโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ ๑๒; ๒๕๕๓; มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ: กรมอนามัย.
๑๘. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๓.
๑๙. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๕๕.
๒๐. กองสวัสดิการแรงงาน. การจัดตั้งมูมนแม่ในสถานประกอบกิจการ. ๒๕๕๔ [cited ๒๕๕๔ ๓๐ กันยายน]; Available from: http://welfare.labour.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=210.
๒๑. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546.
๒๒. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕.
๒๓. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา ๑๕๖๕ ผู้ใช้อำนาจปกครองเป็นตัวแทนโดยชอบธรรมของบุตร ในกรณีที่บุตรถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ผู้ใช้อำนาจปกครองย่อมเป็นผู้อุปการะหรือผู้พิทักษ์ แล้วแต่กรณี, (๒๕๓๕).
๒๔. ระเบียบคณะกรรมการรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ เรื่อง มาตรฐานของสิทธิประโยชน์ของพนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. ๒๕๓๔.
๒๕. สำนักงานประกันสังคม. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการได้รับสิทธิกรณีคลอดบุตร. ๒๕๕๕ [cited ๒๕๕๕ ๓๐ มิถุนายน]; Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=214>.
๒๖. สำนักงานประกันสังคม. หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์ กรณีว่างงาน. Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=607>.
๒๗. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๙.
๒๘. พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖.
๒๙. กรมทรัพยากรน้ำ. โครงการน้ำกินน้ำใช้ทั่วประเทศ. Available from: www.pws.go.th.
๓๐. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
๓๑. ยุทธศาสตร์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. [cited ๒๕๕๕ ๓๐ มิถุนายน]; Available from: <http://www.m-society.go.th/aboutmsoc.php?pageid=7>.
๓๒. สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. [cited ๒๕๕๕ ๓๐ มิถุนายน]; Available from: <http://www.ncswt.or.th/index01.html>.
๓๓. ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; Available from: <http://www.socialwarning.m-society.go.th/socwarn/view/home2.php>.
๓๔. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร ๒๕๕๓.