



รายงานการทบทวนองค์ความรู้

สถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทย

A Review of

Health Status of Thai Infants & Preschool Children

ลัดดา	เหมาะสุวรรณ	ประสิน	จันทร์วิทัน
สมจิตร	จารุรัตน์ศิริกุล	ลดาวัลย์	ประทีปชัยกูร
ถนอมศรี	อินทนนท์	ศิริกุล	อิศรานุรักษ์
ปิยะธิดา	ขจรชัยกุล	ลักษณะหญิง	รัตสราร

๒๕๔๓

ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ล ๓๑๐

เลขหมู่	RJ 103. T๕ 564 2543
Bib Key	211348
	28 ส.ย. 2544

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในชีวิต เป็นการวางรากฐานของการเติบโตทั้งร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความรู้ความเข้าใจถึงสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา มีความสำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนาสุขภาพในทศวรรษหน้า

รายงานนี้เป็นการทบทวนข้อมูลความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับสถานะสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพและเสนอแนะแนวทางการพัฒนาสุขภาพของเด็กวัยนี้ โดยกำหนดกรอบเวลาในการทบทวนย้อนหลัง 10 ปี

วิธีการทบทวน ทำการสืบค้นรายงานการวิจัย จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐาน คือ www.childdept.com, Thai Index Medicus และ Thai Dissertation จากรายงานการทบทวนการวิจัย และจากเอกสารของหน่วยงานราชการและสถาบันการศึกษา รวมทั้งทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลการสำรวจ 2 ชุด คือ การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 และการศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้าง พ.ศ. 2538-2539

ผลการทบทวน วารสาร 182 เรื่อง วิทยานิพนธ์ 90 เรื่อง รายงานการวิจัย/สำรวจ 92 เล่ม รายงานการประชุมวิชาการ 53 เล่ม รายงานการดำเนินงานของหน่วยงาน 26 เล่ม รายงานสถิติ 7 เล่ม และหนังสือ 21 เล่ม พบว่า ในช่วงทศวรรษที่แล้ว อัตราเกิดมีชีพของประเทศค่อนข้างคงที่ที่ 16-18 ต่อประชากร 1,000 คน มีอัตราการรอดในสถานบริการของรัฐมากขึ้น เป็นร้อยละ 92 อัตราตายปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลง ประมาณหนึ่งในห้าตายจากภาวะเปื่อยยุ่ย ซึ่งป้องกันได้โดยการดูแลและเฝ้าระวังขณะตั้งครรภ์ อัตราตายจากภาวะขาดออกซิเจนลดลง ทำให้ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุการตายที่มีความสำคัญลำดับต้นมากขึ้น

อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผน

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีอุบัติการณ์สูง คาดว่าจะมีเด็กเกิดใหม่เป็นโรคนี้นับ 12,125 คนต่อปี ซึ่งการให้บริการป้องกันโดยการตรวจคัดกรองคู่สมรสและตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ ก็เช่นกัน การบริการตรวจวินิจฉัยยังทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย จึงทำให้อุบัติการณ์ของภาวะทั้งสองนี้ยังไม่เปลี่ยนแปลง

สำหรับภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญญาอ่อนที่ป้องกันได้ ยังขาดข้อมูลการติดตามผลของโครงการ จึงยังสรุปแนวโน้มของภาวะนี้ไม่ได้

ในด้านภาวะสุขภาพของมารดา ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง แม้ว่าสถานการณ์การ-ติดเชื้อเอชไอวีลดลง แต่แนวโน้มทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาในพื้นที่เสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยจากโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด และการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการส่งเสริมด้วยโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก

สำหรับเด็กปฐมวัย ในช่วง 23 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มของการเติบโตเพิ่มขึ้น ที่อายุ 5 ขวบ เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.3 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 3 ซม. เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.2 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 2.9 ซม. สอดคล้องกับการบริโภคอาหารของเด็กวัยนี้ ที่บริโภคอาหารให้พลังงานเพิ่มขึ้นและมีไขมันเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ยังไม่ได้รับแคลเซียมจากอาหารเท่า

ในภาพรวมภาวะทุพโภชนาการมีแนวโน้มลดลง เริ่มพบปัญหาโรคอ้วนในเขตเมืองเพิ่มขึ้น ไม่มีรายงานปัญหาขาดวิตามิน เอ รุนแรง ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก และภาวะขาดไอโอดีนในเด็กวัยนี้ยังมีความชุกสูง ซึ่งอาจมีผลเสียต่อพัฒนาการและสติปัญญาอย่างถาวรได้

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจยังคงเป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งของเด็กปฐมวัย การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยตายจากปอดอักเสบ และการลดการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดในระดับสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชน แต่มีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

อุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยยังมีสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน ร้อยละ 2 ของเด็กเคยถูกรถชน ครึ่งหนึ่งของเด็กที่อยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจระดับล่าง และร้อยละ 98 ของเด็กในพื้นที่ชนบทและชุมชนแออัดมีฟันผุ

โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอและหัด ลดลงมาก เป็นผลจากการดำเนินการให้วัคซีนมีอัตราการครอบคลุมสูงถึงกว่าร้อยละ 90-95 ยกเว้นกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ได้แก่ เด็กที่อยู่ห่างไกล เด็กย้ายถิ่นตามพ่อแม่ ที่ยังมีอัตราการครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย สำหรับวัคซีน บีซีจี อาจครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 80 ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ที่ทำให้อัตราป่วยของวัยโรคเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ อาจทำให้มีแนวโน้มพบทารกและเด็กปฐมวัยป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นได้

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยตายด้วยโรคอุจจาระร่วง จากการสำรวจของกองระบาดวิทยา อัตราการใช้สารละลายทางปากสูงขึ้นถึง 3 เท่า ในช่วง 10 ปีนี้

การสำรวจพัฒนาการระดับประเทศได้ผลว่าประมาณร้อยละ 10 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้า โดยช่วงอายุที่พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คือ ช่วงอายุ 3-6 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระบบโรงเรียน เด็กปฐมวัยที่ถูกฝากเลี้ยงที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวันคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่มีการควบคุมให้มีคุณภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของพัฒนาการเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่ร้อยละ 25 ของเด็กวัยนี้ดูเป็นประจำมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง หากไม่มีการส่งเสริมในทางที่เหมาะสม อาจส่งผล กระทบต่อพฤติกรรมในวัยต่อไปได้

แม้การศึกษาปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์และสังคมจะมีน้อยมาก แต่ก็พบแนวโน้มว่าปัญหานี้มีเพิ่มขึ้น

การประเมินจากรายงานและสภาพสังคม มีแนวโน้มว่าจำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจนน่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาสมีการพัฒนาดีขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนและห่างจากกลุ่มเด็กทั่วไปมาก

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายที่สำคัญ ที่ประมวลได้จากการทบทวนนี้ ได้แก่ การกำหนดให้ครอบครัวเป็นเป้าหมายของการพัฒนาโดยให้เด็กเป็นผู้รับประโยชน์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก จัดทำแผนพัฒนาเด็กด้านสติปัญญา จิตใจ-อารมณ์ สังคม และจริยธรรมให้เป็นรูปธรรม จัดทำนโยบายแผนงานและการบริการเพื่อพัฒนาสุขภาพของเด็กด้อยโอกาสให้ชัดเจน โดยตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นแนวร่วม และผลักดันกฎหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัย

หัวข้อวิจัยที่อยู่ในอันดับสำคัญ ได้แก่ การวิจัยเรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส

EXECUTIVE SUMMARY

The importance of the early childhood period is to lay the foundation for physical growth, intellectual, mental, emotional and social development. Knowledge of the health status of this population group is hence essential for national health policy planning of the next decade.

This report is a 10-year-retrospective review of health status of Thai infants and preschool children. Literature search was done through three electronic publication databases : www.childdept.com, Thai Index Medicus, and Thai Dissertation. The study also included research reviews and reports of government and non-governmental agencies and academic institutes. Additional statistical analysis was performed on the data from two surveys, the National Health Examination Survey-II (1996-7) and the Study of Social and Health Problems of Construction Workers 1995-6.

Results of the study showed that during the past decade the live birth rate has been stable at 16-18 per 1,000 population and the utilization of health service for child delivery has approached 92%. The perinatal death rate has been decreasing due to the reduction of fetal maceration and birth asphyxia. Consequently congenital anomaly has emerged as the leading cause of death in this age group. Low birth weight incidence was also decreasing.

Secular increases of growth of preschool children has been observed. Over the past 23 years, the 5 year-old-boys and girls were 2.3 kg and 2.2 kg heavier, and 3 cm and 2.9 cm taller, respectively. National nutritional survey showed adequate intake of energy (with high proportion of fat) and most other nutrients. Calcium intake was only 65% of Thai Recommended Dietary Allowance. For the past decade, protein-energy malnutrition was reported to decrease whereas obesity increased in the urban. While there was no report of clinical vitamin A deficiency, the problems of iron deficiency anemia and iodine deficiency were still prevalent in these young children.

Acute respiratory infection was still the leading cause of illness in young children. The National Control Program has been successful in reduction of pneumonia case-fatality-rate and antibiotic use at the health center and district hospital level. Inappropriate use of antibiotic was, however, rising in the provincial hospital level.

Most of the accident in this age group occurred at home. Two percent of the under-five have ever had traffic accident. Half of the children from the well-to-do families and 98% of those in the rural or the congested urban areas had dental caries, 2.8-8.8 teeth per child.

Due to the high rate (90-95%) of vaccine coverage, all immunization-preventable infections have been much decreased. Though the coverage of BCG vaccine has been in the range of 80%, the emergence of tuberculosis in adults from AIDS epidemic might induce a spread of tuberculosis among infants and young children.

Thailand has been successful in reduction of deaths from diarrheal diseases. Oral rehydration solution utilization rate has increased 3 times in 10 years.

Findings of the National Survey showed that 10 percent of the under-five had delayed cognitive development. The 3-6 y olds had the highest prevalence of delayed development. Quality of the day care centers which cater for two-thirds of these preschoolers must be controlled to assure a better child development. One-fourth of preschoolers usually watched television for longer than 2 hours a day. A measure to encourage a high quality child program must be seriously considered.

Numbers of the children in special circumstances, including neglected children, orphans, children from the poor families have been estimated to be increased. Though health status of these children has been much improved during the past decade, it was still lower than the target of the 7th National Socioeconomic Plan and far behind that of general population.

Major recommendations derived from this study include : targetting families in development programs with children as the principal beneficiaries; encouragement of active community participation in child development; and focus on holistic child development apart from physical health to encompass cognitive, emotional, social and moral development. The non-government organizations must be included as an active partner in provision of services for children in special circumstances.

Priority research areas include studies on child rearing practices of Thai families, child development and improvement of health status of the children in special circumstances.

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	v-vi
Executive summary	vii-viii
สารบัญตาราง	x-xii
บทที่ 1 บทนำ	1
ลัดดา เหมาะสุวรรณ	
บทที่ 2 สถานะสุขภาพของทารกแรกเกิด	9
ประสทิน จันทรวีทัน	
บทที่ 3 สถานะสุขภาพของเด็ก 1 เดือนถึง 5 ปี	71
สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล	
บทที่ 4 การเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย	131
ลัดดา เหมาะสุวรรณ และ สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล	
บทที่ 5 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย	159
ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล	
บทที่ 6 ปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัย	205
ถนอมศรี อินทนนท์	
บทที่ 7 สถานะสุขภาพของเด็กค้อยโอกาส	239
ลัดดา เหมาะสุวรรณ	
บทที่ 8 บทบาทของรัฐและองค์กรภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	271
ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล	
บทที่ 9 สรุปแนวโน้มสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัย ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านวิจัย	305
ลัดดา เหมาะสุวรรณ	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การเกิดมีชีพ พ.ศ. 2530-2539	9
ตารางที่ 2.2 จำนวนเกิดมีชีพจำแนกตามรายภาคและอัตราเกิดต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2535-2539	10
ตารางที่ 2.3 สถานที่ที่เด็กเกิดแยกตามภาค (ร้อยละ)	11
ตารางที่ 2.4 อัตราตายและสาเหตุการตายปริกำเนิด พ.ศ. 2533, 2537 และ 2539	12
ตารางที่ 2.5 อัตราตายปริกำเนิดจากรายงานของโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วงปี 2533-2539	13
ตารางที่ 2.6 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยและอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของกลุ่มเด็กปฐมวัย แยกตามภาคต่างๆ	14
ตารางที่ 2.7 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศไทย จากการศึกษาช่วงเวลาต่างๆ	15
ตารางที่ 2.8 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและอัตราส่วน SGA/AGA ในภาคต่างๆ พ.ศ. 2530-2531	16
ตารางที่ 2.9 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2535, ปีงบประมาณ 2540 และ 2541	20
ตารางที่ 2.10 อุบัติการณ์ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนของจังหวัดต่างๆ (รายงานการตรวจ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เดือนกรกฎาคม 2537)	23
ตารางที่ 2.11 ความพิการแต่กำเนิดที่พบจากการศึกษาในอดีตของประเทศไทย 7 อันดับแรก	25
ตารางที่ 2.12 อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดาวน์ในทารกแรกเกิดมีชีพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปรียบเทียบช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 และปี พ.ศ. 2534-2538	27
ตารางที่ 2.13 จำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่จากจำนวนเด็กเกิดใหม่ 1 ล้านคนต่อปี ตามอุบัติการณ์เฉลี่ยของยีนปกติ แต่ละชนิด	29
ตารางที่ 2.14 รายงานการตรวจธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์ ณ ที่ต่างๆ	32
ตารางที่ 2.15 ความชุกของพาหะไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็ก ก่อนวัยเรียนที่ จังหวัดชลบุรี และเชียงใหม่ พ.ศ. 2531, 2534 และ 2536	34
ตารางที่ 2.16 อัตราความครอบคลุม (ร้อยละ) ของวัคซีนในแผนงานสร้างภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย จากการสำรวจ พ.ศ. 2535-2538	34
ตารางที่ 2.17 อัตราการติดเชื้อของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ในจังหวัดทางภาคเหนือ พ.ศ. 2532-2535	42
ตารางที่ 3.1 แสดงสาเหตุของการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ ของเด็กอายุ 0-6 ปี (จำนวน X 1,000)	73

ตารางที่ 3.2	แสดงจำนวนเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ไม่สบายใน 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับประชากรอายุเดียวกัน และแสดงความชุกเป็นร้อยละในแต่ละภาค	74
ตารางที่ 3.3	แสดงสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลของเด็กอายุ 0-6 ปี (จำนวน X 1,000)	75
ตารางที่ 3.4	สาเหตุการตายในเด็กอายุ 0-5 ปี เรียงตามลำดับที่พบมากในปี พ.ศ. 2530-2539 โดยรวบรวมจากใบมรณะบัตร (ตัวเลขที่แสดงในวงเล็บเป็นจำนวนผู้ตาย)	76
ตารางที่ 3.5	อัตราตายในเด็กอายุ <5 ปี ต่อประชากรตามอายุ 1,000 คน และร้อยละเมื่อเทียบจำนวนตายทุกอายุในปี พ.ศ. ต่างๆ	77
ตารางที่ 3.6	อัตราตายของทารก <1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อัตราตายรวมและแยกตามเพศ	77
ตารางที่ 3.7	อัตราตายของทารกอายุ < 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย แยกตามภาคต่างๆ	77
ตารางที่ 3.8	สาเหตุการตายของเด็กอายุ < 1 ปี จากใบมรณะบัตร แสดงเป็นจำนวนผู้ป่วย	78
ตารางที่ 3.9	จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำแนกเพศ การศึกษา สาเหตุของผู้ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2541 ใน 5 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร 4 เขต	79
ตารางที่ 3.10	จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ 1-4 ปี จำแนกเพศ การศึกษา สาเหตุของผู้ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2541 ใน 5 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร 4 เขต	80
ตารางที่ 3.11	แสดงจำนวนเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับอุบัติเหตุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรอายุ 0-6 ปี ทั้งหมด และแสดงความชุกเป็นร้อยละในแต่ละภาค	81
ตารางที่ 3.12	จำนวนครั้งของการได้รับอุบัติเหตุในเด็กปฐมวัย แยกตามภาค	82
ตารางที่ 3.13	เด็กชายปฐมวัยที่ได้รับอุบัติเหตุแต่ละชนิด แยกตามรายภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)	82
ตารางที่ 3.14	เด็กหญิงปฐมวัยที่ได้รับอุบัติเหตุแต่ละชนิด แยกตามรายภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)	83
ตารางที่ 3.15	การได้รับอุบัติเหตุแยกตามกลุ่มอายุ ตามภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)	83
ตารางที่ 3.16	ร้อยละของเด็กที่เคยถูกรถชน แยกตามเขตการปกครอง	84
ตารางที่ 3.17	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค โปลิโอ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก บาดทะยักแรกเกิด หัด ไข้สมองอักเสบและตับอักเสบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538-2541 (ข้อมูลทั่วประเทศ) เปรียบเทียบกับเป้าหมายแผนพัฒนา 7	85
ตารางที่ 3.18	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน	98
ตารางที่ 3.19	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ	98
ตารางที่ 3.20	ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในโรคปอดอักเสบ	99
ตารางที่ 3.21	ปัจจัยเสี่ยงและค่า relative risk ในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง	104
ตารางที่ 3.22	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีฟันผุแยกตามภาคและเขตการปกครอง	107
ตารางที่ 4.1	ปริมาณสารอาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนได้รับเฉลี่ยต่อคน ต่อวัน จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538	136

ตารางที่ 4.2	ปริมาณสารอาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนได้รับเฉลี่ยต่อคน จากการศึกษาในช่วง พ.ศ. 2516-2538	137
ตารางที่ 4.3	ภาวะขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สํารวจปี พ.ศ. 2533	143
ตารางที่ 4.4	การสำรวจภาวะขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง	144
ตารางที่ 4.5	ความชุกของภาวะโลหิตจางของเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) จากการศึกษาภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538	145
ตารางที่ 5.1	ร้อยละของผลการประเมินพัฒนาการแต่ละด้าน	163
ตารางที่ 5.2	ร้อยละพัฒนาการเด็กไทยในแต่ละด้าน จำแนกตามภาค	164
ตารางที่ 5.3	ร้อยละของเด็กก่อนเกณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์แบบประเมินพัฒนาการ	165
ตารางที่ 5.4	ร้อยละของระดับพัฒนาการทางด้านจริยธรรม จำแนกตามองค์ประกอบ	167
ตารางที่ 6.1	แสดงจำนวนผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร วัย 0-4 ปี จำแนกตามโรค, ปี และ เพศ	209
ตารางที่ 6.2	แสดงจำนวนเด็กปฐมวัยที่ถูกทารุณ แยกตามปี ประเภทของการทารุณ และแหล่งข้อมูล	219
ตารางที่ 7.1	จำนวนเด็กพิการอายุแรกเกิด - 5ปี ในเขตชนบททั่วประเทศและใน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประเภทความพิการ พ.ศ. 2540	240
ตารางที่ 7.2	ร้อยละของคณงานก่อสร้างที่มีบุตรต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามการฝากครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร กับเขตพื้นที่ก่อสร้างที่สำรวจ	244
ตารางที่ 7.3	ร้อยละของคณงานก่อสร้างที่มีบุตรต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามการรับวัคซีนของบุตร และอายุเด็ก (เดือน)	244
ตารางที่ 7.4	การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กแรกเกิด - 6 ปี	249
ตารางที่ 7.5	อัตราการเกิด, การตาย (ต่อประชากรพันคน) ทารกตายและเด็กตายอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	252
ตารางที่ 7.6	ร้อยละของการดูแลก่อนคลอด หลังคลอด และน้ำหนักแรกเกิด	254
ตารางที่ 7.7	ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี	255
ตารางที่ 7.8	ร้อยละการเป็นไข้/ท้องร่วงและการดูแลในเด็กอายุ 0-4 ปี ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	255
ตารางที่ 7.9	ร้อยละของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคในขวบปีแรก	256
ตารางที่ 8.1	สถิตินักเรียนอนุบาลชั้นปีที่ 1-2 และชั้นเด็กเล็กระหว่างปี 2529-2538	279
ตารางที่ 8.2	หน่วยงานสงเคราะห์เด็ก กรมประชาสงเคราะห์	283
ตารางที่ 8 ก.	ผลการประเมินผลผลิตโครงการอนุบาลชนบท	301-302
ตารางที่ 8 ข.	พัฒนาการด้านจริยธรรม (n=583)	303

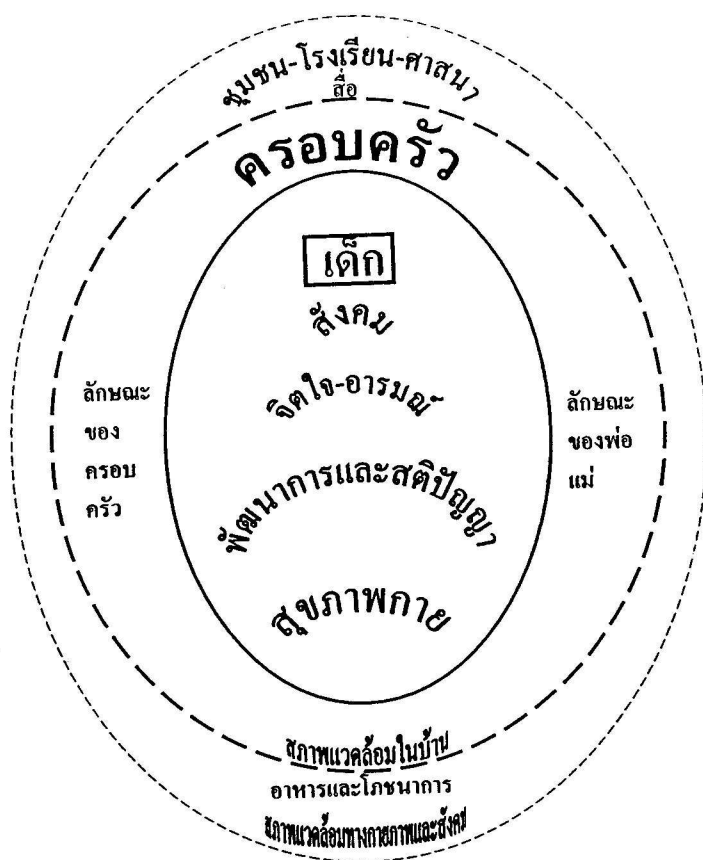
บทที่ 1

บทนำ

ทรัพยากรคนมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ประชาชนที่มีสุขภาพดีเท่านั้นจึงจะทำให้แผนพัฒนาต่างๆ เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในชีวิต เป็นช่วงของการวางพื้นฐานของการเติบโตทั้งร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผลการศึกษาในปัจจุบันชี้ว่า ภาวะสุขภาพเมื่อแรกเกิดและวัยแรกเริ่มของชีวิตนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ในวัยผู้ใหญ่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศจึงได้ให้ความสำคัญกำหนดให้เด็กและเยาวชนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาตั้งแต่การจัดทำแผนฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) แผนพัฒนาฯ ฉบับล่าสุด ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้เน้นให้“คน”เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา การทบทวนข้อมูลความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของเด็กวัยนี้ เพื่อวิเคราะห์ผลของการดำเนินงานตามแผนฯ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพจึงมีความสำคัญเพื่อเสนอแนะแนวทางการวางแผนพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในทศวรรษหน้า

วัตถุประสงค์ : ศึกษาทบทวนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประชาชนไทยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยในอนาคต และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอแนะประเด็นวิจัยที่อยู่ในอันดับสำคัญและเสนอแนะนโยบายการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในทศวรรษหน้า

กรอบการทบทวน



ตัวแปรที่ทบทวน

จากกรอบการทบทวนข้างต้นและจากการศึกษาข้อมูลองค์ความรู้ที่มีอยู่ในเบื้องต้น คณะผู้ทบทวนได้กำหนดตัวแปรที่จะทบทวน โดยแบ่งตามกลุ่มอายุเป็นทารกแรกเกิดและเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี จำแนกตามประเภทของเด็กเป็นเด็กทั่วไปและเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาพเป็นสุขภาพกาย สติปัญญา จิตใจ-อารมณ์ และสังคม และจำแนกตามประเภทของความเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดเชื้ออื่น และโรคไม่ติดเชื้อ ดังรายละเอียดตัวแปรตามตารางต่อไปนี้

	สถานะสุขภาพ	บทบาทครอบครัว : พฤติกรรมสุขภาพ	บทบาทของชุมชน รัฐ และเอกชน
1. ทารกแรกเกิดถึง 1 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - ดัชนี <ul style="list-style-type: none"> ● สถิติชีพ : อัตราตาย ปริกำเนิด, อัตราตายของ ทารกแรกเกิด ● น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย, อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย ● อัตราการครอบคลุม ของการให้ภูมิคุ้มกันโรค - ปัญหาสุขภาพ/โรค <ul style="list-style-type: none"> ● สาเหตุการป่วยและตาย ● โรคทางพันธุกรรม และรูปร่างผิดปกติ ● ปัญหาการติดเชื้อเอดส์ จากแม่สู่ลูก 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ - อัตราคลอดในโรงพยาบาล - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหาร - การรับบริการภูมิคุ้มกันโรค - ผู้เลี้ยงดูหลัก 	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายและกิจกรรม สำหรับคู่สมรสใน การเตรียมเป็นพ่อแม่ - นโยบายและกิจกรรม การตรวจคัดกรองทารก ในครรภ์และแรกเกิด - ความพร้อมของสถาน บริการในการดูแลทารก แรกเกิด

	สถานะสุขภาพ	บทบาทครอบครัว : พฤติกรรมสุขภาพ	บทบาทของชุมชน รัฐ และเอกชน
2. เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	<p>- ดัชนี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะการเจริญเติบโต ● อัตราตาย ● สาเหตุการป่วยและตาย ● อัตราการครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรค ● สาเหตุการป่วยและการตาย <p>- ปัญหาสุขภาพ/โรค</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาขาดสารอาหาร ● โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ● โรคท้องร่วง, ARI, วัณโรค ● อุบัติเหตุและได้รับสารพิษ ● สุขภาพฟัน <p>- พัฒนาการด้านสติปัญญา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระดับพัฒนาการของเด็กไทย ● ปัญหาเด็กพัฒนาการช้า <p>- ปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์และสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาเด็กถูกทำร้าย ● เด็กที่มีปัญหาทางจิต 	<p>- การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การให้อาหาร ● การรับบริการทางสุขภาพ <p>- สัมพันธภาพในครอบครัว</p> <p>- ผู้เลี้ยงดูหลัก</p> <p>- การอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อพัฒนาการ</p> <p>- สื่อและการเล่นที่มีผลต่อพัฒนาการ</p> <p>- การอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อจิตใจอารมณ์</p>	<p>- นโยบายเกี่ยวกับเด็ก</p> <p>- สถานรับเลี้ยงเด็ก/โรงเรียนอนุบาล</p> <p>- กิจกรรมสำหรับเด็กเล็กที่จัดโดยชุมชนและภาครัฐ</p> <p>- สนามเด็กเล่นและห้องสมุดหนังสือและของเล่นสำหรับเด็กเล็ก</p> <p>- บริการสำหรับเด็กพัฒนาการช้า พิการและมีปัญหาการเรียน</p>

	สถานะสุขภาพ	บทบาทครอบครัว : พฤติกรรมสุขภาพ	บทบาทของชุมชน รัฐ และเอกชน
8. เด็กด้อยโอกาส			
3.1 เด็กกำพร้า/ ถูกทอดทิ้ง	- ขนาดของปัญหา - ปัญหาสุขภาพกาย, ระดับ พัฒนาการและปัญหาด้านจิต ใจ-อารมณ์ และสังคม	- ความพร้อมของการ เป็นพ่อแม่	- นโยบายการให้บริการ สุขภาพของเด็กกลุ่มนี้
3.2 เด็กพิการ	- ขนาดของปัญหา และสาเหตุ - ปัญหาสุขภาพ, พัฒนาการ, อารมณ์ จิตใจและสังคม	- การยอมรับและการดูแล ของพ่อแม่ - การรวมกลุ่มของพ่อแม่	
3.3 เด็กที่อยู่ ห่างไกล	- จำนวนเด็ก - ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาการ	- การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ - การรับบริการทางสุขภาพ	
3.4 เด็กที่ย้ายถิ่น ตามพ่อแม่	- ขนาดของปัญหา - ปัญหาสุขภาพระดับ พัฒนาการและปัญหาด้าน จิตใจ-อารมณ์และสังคม	- การรับบริการทางสุขภาพ - การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ - ผู้ดูแลหลัก	

วิธีการทำงาน ได้ดำเนินการโดยสืบค้นรายงานการวิจัย รายงานการสำรวจ และรายงานการดำเนินงานจากฐานข้อมูลสิ่งตีพิมพ์ และวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลการสำรวจ 2 ชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลตามกรอบการทบทวนและกรอบตัวแปรที่วางไว้

ฐานข้อมูลสิ่งตีพิมพ์ที่ใช้ในการสืบค้น เพื่อนำมาทบทวนมีดังนี้

- 1.1 ฐานข้อมูล www.childdept.com, Thai Index Medicus (md3.md.chula.ac.th), CD - ROM หัวข้อ Thai Dissertation.
- 1.2 รายงานการทบทวนการวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องที่ตีพิมพ์เผยแพร่
- 1.3 รายงานและเอกสารของหน่วยงานราชการและสถาบันการศึกษา

การคัดเลือกรายงาน มีลำดับการคัดเลือกเอกสารมาทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. รายงานการวิจัยหรือการสำรวจทั้งที่ดำเนินการโดยคณะวิจัยหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบในเรื่องนั้น ที่มีการวางแผนวิจัยหรือสำรวจอย่างดี มีการสุ่มตัวอย่างประชากรที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย และมีการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล

2. รายงานการวิจัยหรือการสำรวจทั้งที่ดำเนินการ โดยคณะวิจัยหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบในเรื่อง-
นั้น ที่มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามรายภาค
 3. รายงานผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานประจำที่รับผิดชอบในเรื่องนั้น
 4. รายงานการศึกษาที่ทำเฉพาะพื้นที่ เช่น จังหวัดเดียว โรงพยาบาล 1 แห่ง เป็นต้น
- คำสำคัญ ที่ใช้ในการค้นแต่ละหัวเรื่อง มีดังนี้

สถานะสุขภาพของทารกแรกเกิด

anemia and pregnancy	neonatal screening	newborn screening	newborn
hypothyroidism	death and newborn	tetanus	low birth weight
HIV and pregnancy	newborn	AIDS and pregnancy	preterm
congenital malformation	Hepatitis B and vaccine		
เอดส์	ตายและทารก	ซีด, โลหิตจาง	ซีดและตั้งครรภ์
สถิติชีพ	บาดทะยัก	โลหิตจางและตั้งครรภ์	พิกการแต่กำเนิด
ทารกแรกเกิด	เอชไอวี	ไวรัสบี, ตับอักเสบบีและวัคซีน	
ชัยรอยด์ฮอร์โมน	คัดกรอง	นมแม่	

สถานะสุขภาพของเด็ก 1 เดือนถึง 5 ปี

poliomyelitis	hypotonia	paralysis	diarrhea, diarrheal disease
measles	encephalitis	respiratory infection	gastroenteritis
dental caries	tooth	respiratory tract infection	pneumonia
preschool	vaccination	infant	immunization
toddlers	diphtheria	tetanus	
อุจจาระร่วง	วัยก่อนเรียน	หัด	ปฐมวัย
ปอดบวม	ทารก	ปอดอักเสบ	วัคซีน
ภูมิคุ้มกันโรค	คอติบ	บาดทะยัก	โปลิโอ
หัด	ใช้สมองอักเสบ	พิษสุ	ก่อนวัยเรียน

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

nutritional status	food habits	feeding	vitamin A deficiency
malnutrition	anemia	iodine deficiency	
ทุพโภชนาการ	ขาดอาหาร	ขาดสารอาหาร	ขาดวิตามิน เอ
ขาดเหล็ก	โภชนาการ	ซีด	บริโภคนิสัย/การให้อาหาร
การเลี้ยงดู			

พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

พัฒนาการ	พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก	พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง
เด็กปฐมวัย เด็กอายุ 0-5 ปี	พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ คใหญ่	และสังคม
พัฒนาการด้านสติปัญญา	พัฒนาการด้านสังคม	การส่งเสริมพัฒนาการ
พัฒนาการด้านจริยธรรม	พัฒนาการด้านภาษา	ปัจจัยการเลี้ยงดูเด็ก

ปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์ และสังคมของเด็กปฐมวัย

child psychiatry	child abuse	child mental health	child rearing
เด็ก, การทารุณ	ครอบครัว	สุขภาพจิต	

สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส

cerebral palsy	disabled	handicapped	hill - tribe
orphan			
เด็กพิการ	พัฒนาการล่าช้า	ตาบอด	เด็กชาวเขา เด็กชาวเล
หูหนวก	ลูกกรรมกร	สมองพิการ	เด็กถูกทอดทิ้ง
			เด็กกำพร้า

ฐานข้อมูลการสำรวจ ในการทบทวนครั้งนี้ คณะผู้ทบทวนได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยตามกรอบที่วางไว้โดยใช้ฐานข้อมูล 2 ชุด คือ ฐานข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 (ได้รับการอนุเคราะห์ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) และฐานข้อมูลการศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้าง พ.ศ. 2538-2539 (ได้รับการอนุเคราะห์ฐานข้อมูลจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์) โดยมีรายละเอียดของฐานข้อมูลดังนี้

1. การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 ดำเนินการโดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ข้อมูลที่ศึกษาเป็นทั้งข้อมูลภาคตัดขวาง และข้อมูลอดีต (Cross sectional and retrospective data) และเป็นข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนระดับภาค ทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทย (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ และภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร) ได้ โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง และกรอบการสุ่มตัวอย่าง ให้สามารถนำเสนอผล ในระดับภาค (และกรุงเทพมหานคร) ได้ ทำการเก็บข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เซวาน์ปัญญา ของเด็กวัยเรียน สุขภาพทั่วไปและอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยแรงงาน และภาวะทุพพลภาพ ตลอดจนภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ

กรอบตัวอย่าง คือ ชุมรวมอาคาร หรือ หมู่บ้าน หน่วยตัวอย่าง คือ บุคคล การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดไว้ให้สามารถสำรวจพบสภาวะ หรือปัญหาที่มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ด้วยความมั่นใจ ในแต่ละภาค

การคัดเลือกพื้นที่ การกำหนดกรอบตัวอย่าง ทำรายชื่อบุคคลตัวอย่าง และการคัดเลือกคณะเก็บข้อมูล ดำเนินการโดยองค์กรส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

วิธีการเก็บข้อมูล มีทั้งด้วยวิธีการสอบถาม (Interview) ทั้งประวัติความรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ รวมไปถึงการตรวจร่างกาย (Physical examination) การวัด (Anthropometry) และการตรวจสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ (Laboratory assays) เฉพาะกลุ่มผู้ใหญ่วัยแรงงาน ซึ่งได้แก่ การตรวจเลือด หาระดับน้ำตาล ระดับไขมัน และการตรวจนับเม็ดเลือด

การประมวลผลข้อมูล ดำเนินการโดยทีมภาค/ทีมจังหวัด และประมวลรวม โดยทีมส่วนกลาง การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดเนื้อหาการสำรวจ และร่วมในการสร้างเครื่องมือ การนำเสนอผล ดำเนินการโดยทีมส่วนกลาง ในรูปการประชุมเชิงปฏิบัติการ และรูปรายงาน

ประชากรกลุ่มอายุต่ำกว่า 6 ปี มีตัวอย่างจำนวน 3,306 คน

2. การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคอนกรีตก่อสร้าง พ.ศ. 2538-2539 ดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองระบาดวิทยา และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางในพื้นที่ที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง 5 เขต ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เลือกเขตคลองเตยและลาดกระบัง เขตพัฒนาเศรษฐกิจชายฝั่งทะเลตะวันออก เลือกเขตเทศบาลจังหวัดชลบุรี ภาคเหนือ เลือกอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นและอำเภอเมืองจังหวัดหนองคาย และภาคใต้เลือกอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และจังหวัดภูเก็ตทั้งจังหวัด

การหากรอบประชากรของงานการก่อสร้างในพื้นที่ที่ศึกษา ดำเนินการโดย

- ขอคัดลอกรายการก่อสร้างจากวิศวกรของเทศบาลหรือเขต (เป็นวิธีหลักที่ใช้ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการทำแผนที่สำรวจทำได้ยาก) และ/หรือ
- ผู้สำรวจนั่งรถไปตามถนนในเขตเมืองทุกสาย และถนนสายหลักออกนอกตัวเมืองทุกสาย เพื่อหาโครงการก่อสร้างที่อยู่ในรัศมีของสายคา และตรวจสอบกับรายการที่ได้มาจาก 1.1
- เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการก่อสร้างนั้นๆ จากป้ายประกาศ และจากการสัมภาษณ์ผู้ควบคุมการก่อสร้าง

การก่อสร้างที่ใช้ในการศึกษาต่อไปจะต้องอยู่ในขั้นตอนของระยะโครงสร้าง คือ ระยะของการขุดหลุม ตอกเสาเข็ม งานไม้ และงานปูน

การคัดเลือกตัวอย่างสถานที่ก่อสร้าง ดังเป้าหมายว่าในแต่ละพื้นที่สำรวจ (จังหวัด) ควรได้ตัวอย่างคนงานจากการก่อสร้างระดับ (ชั้นภูมิ หรือ strata) ต่างๆ ต่อไปนี้ จังหวัดละ 20 แห่ง เป็นการก่อสร้างระดับ (site) เล็ก 10 แห่ง ใหญ่ 10 แห่ง และประมาณแห่งละ 20 คน รวมการสัมภาษณ์ประเภทละ 400 คนต่อเขตการสำรวจ

ผลการสุ่มได้ข้อมูลเก็บจากสถานที่ก่อสร้าง 184 แห่ง (site) ใน 7 จังหวัด แม้ว่าในโครงร่างการวิจัยได้กำหนดไว้ว่าจะเก็บข้อมูลจาก site ใหญ่ 10 แห่ง site เล็ก 10 แห่ง แต่ในสามจังหวัดทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน site ใหญ่มีไม่ถึง 10 แห่ง จำนวน site ใหญ่ทั้งหมดในการศึกษาคั้งนี้จึงมีเพียงร้อยละ 40 ส่วนจำนวน site เล็กมีร้อยละ 60

วิธีเขียนรายงาน คณะผู้ทบทวนคัดเลือกรายงานที่นำมาทบทวนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ข้างต้น โดยรวบรวมสาระที่สำคัญไว้ในเนื้อความของแต่ละบท เพื่อประโยชน์สำหรับผู้สนใจ ผู้ทบทวนได้ไต่รายละเอียดของวิธีการศึกษา และผลของแต่ละรายงานวิจัยที่สำคัญไว้ในบรรณานุกรม ในส่วนสรุปของแต่ละบท ผู้ทบทวนได้วิเคราะห์แนวโน้มสถานะสุขภาพ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านวิจัย

บทที่ 2

สถานะสุขภาพของทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 28 วันหลังคลอด ช่วงแรกเกิดเป็นช่วงที่ทารกมีการเปลี่ยนแปลงจากสถานะในครรภ์มารดา มาสู่โลกภายนอกซึ่งต้องการการปรับตัวในเชิงชีววิทยาและสังคม การอยู่รอด การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกแรกเกิดเกี่ยวเนื่องกับสภาพของทารกเมื่ออยู่ในครรภ์มารดา และการดูแลที่ได้รับหลังคลอด ดังนั้นในบทนี้จึงได้ทบทวนภาวะในครรภ์มารดาพร้อมกับสถานะสุขภาพของทารกแรกเกิดตามดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพที่สำคัญของทารกในวัยนี้

อัตรารกเกิด

อัตรารกเกิดมีชีพของประเทศไทยในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2539 จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539 โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2530-2538 ได้จากรายงานการเกิด (แบบ 1202 รง. 517/1) กระทรวงสาธารณสุขและปีพ.ศ. 2539 ได้จากข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทั้งที่เกิดในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล อัตรารกเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การเกิดมีชีพ พ.ศ. 2530-2539

ปี (Year)	เกิดมีชีพ (Livebirths)			อัตรารกเกิด
	รวม Total	ชาย Male	หญิง Female	Livebirth/1,000 population
2530 (1987)	884,043	452,508	431,535	16.5
2531 (1988)	873,842	447,750	426,092	16.0
2532 (1989)	905,837	465,515	440,322	16.3
2533 (1990)	956,237	491,010	465,227	17.0
2534 (1991)	960,556	493,753	466,803	17.0
2535 (1992)	964,557	493,900	470,657	16.8
2536 (1993)	957,832	491,243	466,589	16.5
2537 (1994)	960,248	494,485	465,763	16.3
2538 (1995)	963,678	494,396	469,282	16.2
2539 (1996)	1,000,484	513,516	486,968	16.7

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539

จากรายงานนี้จะเห็นว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 อัตรารกเกิดมีชีพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างปีไม่มากนักอยู่ระหว่าง 16.0-17.0 ต่อประชากร 1,000 คน ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีประชากรมากกว่า 60 ล้านคน จำนวนทารกเกิดมีชีพแต่ละปีจะมีประมาณ 1 ล้านคน ในแต่ละปีทารกเพศชายมีจำนวนมากกว่าทารกเพศหญิงมากกว่า 20,000 คน

จำนวนทารกเกิดมีชีพและอัตราเกิดต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามรายภาค ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนเกิดมีชีพจำแนกตามรายภาคและอัตราเกิดต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2535-2539

ภาค	2535	2536	2537	2538	2539
เหนือ	14.1	13.5	12.7	12.8	13.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	15.9	16.0	15.2	14.7	15.3
ภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ)	18.1	17.8	18.5	19.0	19.2
ภาคใต้	20.0	19.3	20.0	19.0	19.6

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539

จะเห็นว่าอัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ในแต่ละปีในช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 ภาคใต้สูงสุดรองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราเกิดมีชีพแต่ละปีของแต่ละภาค มีขึ้นลงบ้างเล็กน้อยอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในช่วง 5 ปีดังกล่าว

สรุป อัตราเกิดของประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งนี้ เป็นผลจากการณรงค์เพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรโดยการวางแผนครอบครัวตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 และ 4 (พ.ศ. 2515-2524) และที่อัตราเกิดในแต่ละปีก่อนข้างคองที่น่าจะเป็นจากจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ในช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 ยังสูงอยู่ อีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรจะลดลง และจะมีผลให้อัตราเกิดลดลง ช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 ภาคใต้มีอัตราเกิดสูงสุด

อัตราเกิดในสถานพยาบาลของรัฐ

จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2539 ของกระทรวงสาธารณสุขและรายงานสถิติการเกิดการตายในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2533-2537 ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลของรัฐในช่วงปี พ.ศ. 2533-2539 เท่ากับร้อยละ 52.8, 58.0, 63.1, 65.2, 66.8, 68.8 และ 75.8 ตามลำดับจะเห็นว่าแนวโน้มของการเกิดมีชีพในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อรวมการเกิดในสถานอนามัยหรือเจ้าหน้าที่ที่ฝึกอบรมแล้ว อัตราเกิดในสถานพยาบาลของรัฐจะสูงขึ้นอีก ประเมินการจากข้อมูลของส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างปี พ.ศ. 2534-2537 อัตราเกิดในโรงพยาบาลและสถานอนามัยหรือเจ้าหน้าที่ที่ฝึกอบรมแล้วอยู่ระหว่างร้อยละ 72.5-74.4 (จันทร์เพ็ญ, 2541)

จากรายงานสุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540 โดยแพทย์หญิงนิศยา คชภักดี และคณะ ซึ่งได้จากการสำรวจในกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 0-5 ปี จำนวน 3,306 คน พบว่าร้อยละ 88.9 เกิดในโรงพยาบาล รองลงมาคือ ในบ้านร้อยละ 5.2 สถานีอนามัย ร้อยละ 3.7 และอื่นๆร้อยละ 2.2 โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีการคลอดในบ้านตนเองมากกว่าภาคอื่น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 สถานที่ที่เด็กเกิดแยกตามภาค (ร้อยละ)

สถานที่ที่เด็กเกิด	กรุงเทพฯ (490 คน)	กลาง (577 คน)	เหนือ (712 คน)	อีสาน (730 คน)	ใต้ (737 คน)	รวม (3,306 คน)
โรงพยาบาล	97.6	95.1	93.5	82.7	80.5	88.9
บ้านตนเอง	1.2	0.5	4.5	9.6	7.5	5.2
สถานีนอนมัย	0.6	2.3	0.8	5.4	7.9	3.7
อื่นๆ	0.6	2.1	1.1	2.3	4.2	2.2

แหล่งข้อมูล : นิติยา คชภักดี และคณะ สุขภาพและพัฒนารของเด็กรไทย พ.ศ. 2539-2540, พ.ศ. 2543.

สรุป อัตราเกิดในสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันเพิ่มขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับหลายปีก่อน ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการคลอดที่บ้านตนเองสูงกว่าภาคอื่นๆ

อัตราการปริกำเนิดและสาเหตุการตาย

อัตราการตายในวัยทารกแรกเกิดที่สำคัญ ได้แก่ อัตราตายปริกำเนิด อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (ตายในระยะ 7 วันแรกหลังคลอด) และอัตราการตายทารกแรกเกิด (ตายในระยะ 28 วันหลังคลอด)

อัตราการปริกำเนิดตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 500 กรัม (หรือไม่ทราบน้ำหนักแรกเกิดให้ใช้อายุครรภ์ครบ 22 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 25 ซม. หรือมากกว่า) บวกจำนวนการตายของทารกอายุ 7 วันแรกหลังคลอดต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน (WHO. ICD-10, 1993)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้คำจำกัดความของอัตราการปริกำเนิดว่าหมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ภายหลังครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 ซม. หรือมากกว่า) บวกจำนวนการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

อัตราการปริกำเนิด เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพด้านมารดาและทารก สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุขด้านแม่และเด็ก สภาพเศรษฐกิจ สังคมของชุมชนหรือระดับประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราการปริกำเนิดต่ำกว่า 10 ต่อการคลอด 1,000 คน สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาอัตราการปริกำเนิดยังสูง (ศิริพร, 2541) เป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) กำหนดเป้าหมายอัตราการปริกำเนิดไม่เกิน 10 ต่อการคลอด 1,000 คน

อัตราการปริกำเนิดในประเทศไทย มีรายงานจากพื้นที่ต่างๆ หลายแห่ง ทั้งที่เป็นการศึกษาระดับโรงพยาบาลและครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศหลายการศึกษา จากรายงานเมื่อ 10 ปีก่อนของทัศนีย์ ฮกยินดี และศิริกุล อิศรานุรักษ์ ถึงอัตราการปริกำเนิดใน 43 จังหวัดจากภาคต่างๆ ในปี พ.ศ. 2532-2533 วิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกในแบบฟอร์มการตายของทารกในโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย พบว่า จากจำนวนการเกิดทั้งหมด 468,846 คน ทารกตาย 4,133 คน อัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 8.8 ต่อการเกิด 1,000 คน และอัตราการปริกำเนิดของภาคอีสาน, เหนือ และภาคใต้ เท่ากับ 10.0, 9.9 และ 5.7 ต่อการเกิด 1,000 คน ตามลำดับ ซึ่งนับว่าค่อนข้างต่ำมาก จากรายงานนี้อัตราการปริกำเนิดของแต่ละ

จังหวัดอยู่ในช่วง 1.7-22.3 ต่อการเกิด 1,000 คน มีจังหวัดที่อัตราตายปริกำเนิดต่ำกว่า 5 ต่อการเกิด 1,000 คน ถึง 7 จังหวัด เมื่อพิจารณาอัตราตายปริกำเนิดของจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จากรายงานนี้เท่ากับ 3.2, 18.6 และ 5.6 ต่อการเกิด 1,000 คน ตามลำดับ (ทัศนีย์ และศิริกุล, 2535) ซึ่งในเวลาใกล้เคียงกัน พ.ศ. 2533-2534 การศึกษาของวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และคณะ พบว่าอัตราตายปริกำเนิดของชุมชนชนบทของจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 26.9 ต่อการเกิด 1,000 คน ศึกษา โดยวิธี 30 cluster sampling โดยใช้เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดภาษามุสลิมได้ออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 17,837 ครัวเรือน (Chongsuvivatwong, 1993) จะเห็นว่าอัตราตายปริกำเนิดของจังหวัดชายแดนภาคใต้คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จาก 2 รายงานดังกล่าวมีความแตกต่างกันมาก บ่งชี้ว่าข้อมูลการตายที่มีการรายงานจากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรในระยะแรกน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะทารกที่คลอดนอกสถานพยาบาลในชุมชนชนบท

อัตราตายปริกำเนิดและสาเหตุการตายจากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะต่อมา ในปี พ.ศ. 2533 ได้มีการเก็บข้อมูลครอบคลุมพื้นที่ของประเทศมากขึ้น โดยข้อมูลเกี่ยวกับการตายของมารดาและทารกคลอดจนสาเหตุการตายได้ถูกรายงานจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตของกรมอนามัยตามลำดับท้ายสุดไปยังสำนักส่งเสริมสุขภาพ (กองอนามัยครอบครัวเดิม) โดยใช้แบบฟอร์ม ก-1, ก-2 อัตราตายและสาเหตุการตายปริกำเนิดปี 2533, 2537 และ 2539 ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.4 (ศิริพร, 2541)

ตารางที่ 2.4 อัตราตายและสาเหตุการตายปริกำเนิด พ.ศ. 2533, 2537 และ 2539

	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2539
อัตราตายปริกำเนิดของประเทศ (ต่อการเกิด 1,000 คน)	14.0	11.8	10.01
กลาง	10.5	9.3	8.79
เหนือ	30.8	13.6	11.42
ตะวันออกเฉียงเหนือ	12.2	12.7	10.77
ใต้	16.0	11.0	9.54
สาเหตุการตาย จำนวนคน (%)			
1. การขาดออกซิเจนขณะคลอด	790 (19)	1,498 (23.0)	377 (12.4)
2. ตายเบื่อยู่อ	717 (17.2)	1,889 (29.0)	686 (22.5)
3. ความพิการแต่กำเนิด	698 (16.8)	968 (14.9)	648 (21.2)
4. คลอดก่อนกำหนด	708 (17.0)	1,233 (19.0)	383 (12.6)
5. สาเหตุอื่นๆ	1,248 (30.0)	920 (14.1)	953 (31.3)
รวม	4,161 (100.0)	6,508 (100.0)	3,047 (100)

หมายเหตุ : ปี 2533 เก็บข้อมูล 49 จังหวัด, ปี 2537 เก็บข้อมูล 74 จังหวัด และปี 2539 เก็บข้อมูล 71 จังหวัด

แหล่งข้อมูล : กรมอนามัย โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก 2533, 2537 และ 2539
(อ้างจากศิริพร กัญชนะ สถานการณ์การตายของมารดาและทารกปริกำเนิดในประเทศไทย, 2541)

จากตารางที่ 2.4 จะเห็นว่าอัตราตายปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลงจาก 14.0 ต่อการเกิด 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 เหลือเป็น 10.01 ต่อการเกิด 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2539 และเมื่อพิจารณารายภาค พบว่าภาคเหนือมีอัตราตายปริกำเนิดสูงสุด อย่างไรก็ตาม อัตราตายปริกำเนิดของแต่ละภาคมีแนวโน้มลดลงทุกภาคที่น่าสังเกต คือ ภาคใต้ซึ่งมีการคลอดที่โรงพยาบาลน้อยกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 2.3) แต่อัตราตายปริกำเนิดในปี 2539 ต่ำเป็นอันดับสอง น่าจะเป็นจากมีการแจ้งการตายน้อยกว่าความเป็นจริง สำหรับสาเหตุการตายปริกำเนิดซึ่งแบ่งตาม Wigglesworth's classification พบว่า ในปี พ.ศ. 2533 สาเหตุการตายอันดับแรกคือ การขาดออกซิเจนขณะคลอด (ร้อยละ 19) รองลงมา คือ ตายเปื่อยยุ่ย (ร้อยละ 17.2) คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 17) และความพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 16.8) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2539 สาเหตุการตายอันดับแรก คือ ตายเปื่อยยุ่ย (ร้อยละ 22.5) รองลงมา คือ ความพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 21.2) การคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 12.6) และการขาดออกซิเจนขณะคลอด (ร้อยละ 12.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 2.4) จะเห็นว่าสาเหตุการตายปริกำเนิดอันดับแรกในปี พ.ศ. 2539 เปลี่ยนจากการขาดออกซิเจนขณะคลอดเป็นตายเปื่อยยุ่ย ซึ่งเป็นการตายขณะทารกอยู่ในครรภ์และก่อนข้างานาน บ่งชี้ว่าการดูแลมารดาและทารกในระหว่างตั้งครรภ์ยังต้องการการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป นอกจากนี้การตายจากความพิการแต่กำเนิดกลับเป็นสาเหตุหลักของการตาย คือ เป็นอันดับสองรองจากการตายเปื่อยยุ่ยดังกล่าวแล้ว ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกได้จัดเป็นปี “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีโครงการลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดขึ้น ซึ่งเป็นโครงการสืบเนื่องมาจากการดำเนินการโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก

นอกจากการรายงานระดับประเทศข้างต้นแล้วยังมีรายงานอัตราตายปริกำเนิดระดับโรงพยาบาลที่รวบรวมได้ส่วนหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2533-2539 (ตารางที่ 2.5) เป็นข้อมูลในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะเห็นว่าในอดีต 5-10 ปีก่อน อัตราตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลต่างๆ ดังกล่าว ยังคงค่อนข้างสูง ซึ่งข้อมูลการตายของทารกในโรงพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถบอกถึงปัญหาโดยรวมระดับประเทศได้ เนื่องจากทารกหรือมารดาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามรายงานจากโรงพยาบาลราชวิถี อัตราตายปริกำเนิดในปี พ.ศ. 2539 เปรียบเทียบกับเมื่อ 10 ปีก่อนพบว่า ลดลงเหลือต่ำกว่า 10 ต่อการเกิด 1,000 คน

ตารางที่ 2.5 อัตราตายปริกำเนิดจากรายงานของโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2539

โรงพยาบาล	พ.ศ.	จำนวนทารก (คน)	อัตราตายปริกำเนิด (ต่อการเกิด 1,000 คน)
ศิริราช (ธราธิป, 2540)	2533	-	10.5
ลำปาง (มนู, 2535)	2533-2534	6,971	19.07
วชิระ กทม. (สันทนา, 2535)	2533-2534	21,309	11.7
แม่และเด็กเชียงใหม่ (วีระชัย, 2539)	2533-2537	22,893	12.5
เชียงรายประชานุเคราะห์ (Srismith, 1996)	2535-2537	11,974	19.63
ราชวิถี (Ratrisawadi et al, 1998)	2529	-	14.08
	2539	15,613	9.09

สรุป อัตราตายปริกำเนิดของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมและระดับภาพ สาเหตุหลักของการตายคือ จากการตายเบื่อยุ่ย ซึ่งเป็นการตายขณะทารกอยู่ในครรภ์ที่ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังปัญหาทางด้านมารดาขณะตั้งครรภ์ให้มากขึ้น เห็นควรให้ดำเนินโครงการแม่เกิดรอดลูกปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการด้านมารดาและทารกให้ครอบคลุมทุกจังหวัดต่อไป นอกจากนี้ การตายจากภาวะขาดออกซิเจนช่วงหลังมีแนวโน้มลดลง และพบว่า ความพิการแต่กำเนิดเริ่มเป็นสาเหตุหลักของการตาย

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ทางการแพทย์ถือว่าน้ำหนักแรกเกิดในทารกปกติเท่ากับ 2,500-4,000 กรัม ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (< 2500 กรัม) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากทารกกลุ่มนี้มีอัตราการเจ็บป่วยหลังคลอดและตายสูง ทั้งสะท้อนถึงสุขภาพอนามัยของมารดาและประสิทธิภาพการดูแลมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ ทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือสติปัญญาตามมา จึงต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพมากกว่าทารกน้ำหนักแรกเกิดปกติ

ข้อมูลล่าสุดของนิติยา คชภักดี และคณะ ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี พ.ศ. 2539-2540 โดยสำรวจในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) จากกรุงเทพมหานครและจังหวัดที่เป็นตัวแทนระดับภาคอีก 4 ภาค ภาคละ 8 จังหวัด จำนวนเด็กที่เข้าศึกษาจำนวน 3,306 คน น้ำหนักแรกเกิดได้จากการสัมผัสกายและสมมุติสุขภาพ พบว่า น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,070 กรัม และพบว่า น้ำหนักแรกเกิดของเด็กกรุงเทพฯ เฉลี่ยมากที่สุด สำหรับภาคต่างๆ มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.6 แต่มีความแตกต่างตามเขตการปกครองมากกว่า คือ ในเขตเทศบาล เฉลี่ย 3,120 กรัม และนอกเขตเทศบาลหรือชนบท เฉลี่ย 3,026 กรัม (นิติยา และคณะ, 2543) เมื่อวิเคราะห์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยผู้ทบทวน พบว่า อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของภาคต่างๆ อยู่ในช่วงร้อยละ 6.1-9.0 เฉลี่ยทั้งประเทศเท่ากับร้อยละ 7.7 โดยภาคเหนือมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงสุด

ตารางที่ 2.6 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยและอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของกลุ่มเด็กปฐมวัยแยกตามภาคต่างๆ

จังหวัด/ภาค	ค่าเฉลี่ย น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย (ร้อยละ)
กรุงเทพมหานคร	3,157.2	491.4	6.9
ภาคกลาง	3,095.3	472.8	7.7
ภาคใต้	3,095.8	450	6.1
ภาคเหนือ	3,056.3	482.3	9.0
ภาคอีสาน	3,014.0	444.7	8.6
รวมทั้งหมด	3,070.2	467.9	7.7

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจากนิติยา คชภักดี และคณะ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543

: วิเคราะห์ข้อมูลอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย

โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 โดยผู้ทบทวน

จากรายงานล่าสุดดังกล่าว ข้อมูลน้ำหนักแรกเกิดที่ได้ในครั้งนี พบว่าเด็กร้อยละ 53.1 มีสมมุติสุขภาพและนำมาในวันสำรวจ มีแต่ไม่นำมาร้อยละ 34.3 และไม่มีสมมุติสุขภาพร้อยละ 12.6 ผู้ทบทวนมีความเห็นว่าข้อมูลน้ำหนักแรกเกิดที่ได้จากสมมุติสุขภาพซึ่งเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เด็กเกิดได้บันทึกไว้ว่าจะมีความแม่นยำและเชื่อถือได้มากที่สุด แต่จากข้อมูลน้ำหนักแรกเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลร้อยละ 53.1 ได้จากสมมุติสุขภาพ และข้อมูลร้อยละ 46.9 ได้จากการสัมภาษณ์ซึ่งตัวเลขในหลักพันไม่น่ามีปัญหาแต่ตัวเลขในหลักร้อยหรือหลักสิบของค่าน้ำหนักอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงอยู่บ้าง

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่มีการรายงานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยเลือกเฉพาะข้อมูลที่ครอบคลุมพื้นที่ที่จะสามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาของประเทศได้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.7

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยดูเหมือนมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ที่วิเคราะห์จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 ดังปรากฏในตารางที่ 2.6 นี้ นอกจากจะมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว เด็กที่รวมอยู่ในการสำรวจนี้ส่วนใหญ่ อายุ 2-5 ปี จึงอาจมี survival bias เนื่องจากทารกที่แรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยเฉพาะแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (< 1,500 กรัม) ส่วนหนึ่งอาจเสียชีวิตไปก่อนตั้งแต่ช่วงแรกเกิด ซึ่งจะทำให้อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่วิเคราะห์ได้จากการสำรวจครั้งนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 2.7 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศไทย จากการศึกษาช่วงเวลาต่างๆ

แหล่งข้อมูล/วิธีการได้มาของข้อมูล	ปี	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ร้อยละ)
แพทย์หญิงประมวญ สุนากรและคณะ (รพ.จังหวัด 17 แห่ง และศูนย์อนามัยแม่และเด็ก 2 แห่ง จากแบบฟอร์มบันทึก)	2530-2531	10.49
กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย (จากรายงานทั่วประเทศ)	2535	9.04
โครงการประเมินผลงานอนามัยครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (17 จังหวัด 490 ชุมชมอาคารและหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยการ สัมภาษณ์)	2538	8.1
รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539 (จากรายงานโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ)	2539	10.8*
โครงการการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปี 2539-2540 (เขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคละ 8 จังหวัด จากสมมุติสุขภาพและการสัมภาษณ์)	2539-2540	7.7

*รวมทารกน้ำหนักแรกเกิด ตั้งแต่ 1001 - 2500 กรัม

จากตารางที่ 2.7 รายงานของแพทย์หญิงประมวญ สุนากร และคณะ ซึ่งได้ศึกษาาระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย เมื่อ พ.ศ. 2530-2531 การศึกษานี้มีการแยกทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยว่าเป็นกลุ่มที่น้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ (appropriate for gestational age = AGA) หรือน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age : SGA) เพราะสาเหตุที่ทำให้เกิดและภาวะแทรกซ้อนของทารกทั้งสองกลุ่มไม่เหมือนกัน จำนวนทารกตลอดทั้งหมด 75,935 คน มีน้ำหนักระหว่าง 1,000-2,499 กรัม จำนวน 7,967 คน เท่ากับร้อยละ 10.49 โดยทารกเป็นกลุ่ม AGA มากกว่า SGA อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จำนวนร้อยละของ SGA และ AGA และอัตราส่วนของ SGA/AGA ในภาคต่างๆ แสดงไว้ในตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและอัตราส่วน SGA/AGA ในภาคต่างๆ พ.ศ. 2530-2531

ภาค	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ร้อยละ)	SGA (ร้อยละ)	AGA (ร้อยละ)	อัตราส่วน SGA : AGA
ภาคเหนือ	12.08	7	5	1.43 : 1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11.06	4.8	6.3	0.76 : 1
ภาคใต้	10.78	5.3	5.4	0.98 : 1
ภาคกลาง	9.56	4.4	5.1	0.53 : 1
ทั้งประเทศ	10.49	4.9	5.6	0.87 : 1

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจาก ประมวลูญ สุนากร และคณะ วารสารสมาคมกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 27(2): 28-49,2531

จะเห็นว่าภาคเหนือมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงที่สุดและทารกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม SGA ภาคอื่นๆ เป็นกลุ่ม AGA มากกว่า SGA ผู้รายงานได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการที่ภาคเหนือพบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าภาคอื่น และยังเป็นกลุ่ม SGA มากกว่า AGA อาจเกี่ยวข้องกับที่ตั้งของจังหวัดในภาคเหนือ ซึ่งสูงกว่าระดับน้ำทะเล เพราะพบว่าจังหวัดที่อยู่บริเวณแถบเทือกเขาที่สูงกว่าระดับน้ำทะเลหลายๆ มีอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าจังหวัดบริเวณที่ราบต่ำของภาคกลางและบางส่วนของภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ผู้รายงานให้ความเห็นว่าความสูงของที่ตั้งต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในประเทศไทย น่าจะมีการศึกษาต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบ AGA และ SGA ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นบางปัจจัยที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลานานในระยะตั้งครรถ์จนถึงระยะคลอด จะมีความสัมพันธ์กับกลุ่ม SGA เช่น มารดาที่มีความดันโลหิตสูง การติดเชื้อระหว่างอยู่ในครรภ์ ความพิการของทารก (ประมวลูญ, 2535) ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ได้รายงานอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั่วประเทศ เท่ากับร้อยละ 9.04 พบสูงสุดทางภาคเหนือเช่นกัน (ร้อยละ 10.22) รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เท่ากับร้อยละ 9.21, 8.72 และ 8.17 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2538 จากข้อมูลของโครงการประเมินผลงานอนามัยครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ดำเนินการโดยกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยการสอบถามสตรี จำนวน 3,630 คน ที่มีบุตรคนสุดท้องอายุไม่เกิน 1 ปี โดยได้รับการสุ่มตัวอย่างจาก 17 จังหวัด 490 ชุมชมอาคาร และหมู่บ้านทั่วประเทศ จากภาคเหนือ 819 คน ภาคกลาง 1,006 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 803 คน และภาคใต้ 1,002 คน พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 8.1 (กรมอนามัย, 2540) ปีต่อมามีรายงานในสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539 ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากรายงาน การเกิด (แบบ 1202 รง. 517/1) ซึ่งสำนักสาธารณสุขจังหวัดและสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จัดส่งให้สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นรายเดือนสำหรับปี พ.ศ. 2535-2538 และข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงสาธารณสุขสำหรับปี พ.ศ. 2539 พบว่า จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลของรัฐในปี พ.ศ. 2535-2539 อยู่ในช่วง 609,210 - 758,551 คน ได้จำแนกทารกตามน้ำหนักแรกเกิดช่วงต่างๆ แต่การแบ่งช่วงน้ำหนักไม่สามารถบอกอัตราทารกน้ำหนักน้อยคือ < 2,500 กรัมได้ชัดเจน เนื่องจากได้รวมทารกที่มีน้ำหนักเท่ากับ 2,500 กรัมไว้ในกลุ่มน้ำหนักน้อยด้วย เมื่อคำนวณอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม โดยคือน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป ใน

ช่วงปี พ.ศ.2535-2539 ดังกล่าวเท่ากับ ร้อยละ 11.8, 11.1, 11, 11.1 และ 10.9 ตามลำดับ ถ้านับรวมเฉพาะทารกที่น้ำหนัก 1,001 กรัมขึ้นไป อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก $\leq 2,500$ กรัม ยังคงใกล้เคียงเดิม คือเท่ากับ 11.7, 11.0, 10.9, 11 และ 10.8 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงน้อย ถ้าพิจารณาเฉพาะทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2500 กรัม ตามคำจำกัดความของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ยอมรับกันทั่วโลก อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศไทย จากรายงานนี้ น่าจะลดลงอีกเล็กน้อย

นอกจากการศึกษาที่เป็นการสำรวจระดับประเทศที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ ข้อมูลอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่มีรายงานในระยะหลังของโรงพยาบาลที่ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงและสามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลเมื่อหลายปีก่อนได้ ได้แก่ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อปี พ.ศ.2539 เท่ากับร้อยละ 10.12 โดยข้อมูลเมื่อ 10 ปีก่อน พ.ศ.2529 เท่ากับร้อยละ 9.65 (Ratrisawadi et al, 1998) ข้อมูลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2530-2534 เท่ากับร้อยละ 7.53 และระหว่างปี พ.ศ. 2535-2540 เท่ากับร้อยละ 8.5 (Chanvitan et al, in press) โรงพยาบาลราชบุรีระหว่างช่วง พ.ศ. 2524-2528 กับช่วงพ.ศ. 2529-2533 เท่ากับร้อยละ 6.3 และ 7.1 ตามลำดับ (Hotrakitya et al, 1993) จะเห็นว่าโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ที่กล่าวมาแล้ว อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่ได้ลดลงในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่แตกต่างกัน แต่สถานการณ์ในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลระดับ tertiary care ไม่สามารถเป็นตัวแทนของปัญหาระดับประเทศได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันการคมนาคมสะดวกขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น มารดาในกลุ่มเสี่ยงที่จะคลอดบุตรน้ำหนักน้อยสามารถเลือกไปคลอดหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า นอกจากนี้ในโรงเรียนแพทย์ระยะหลังมีทารกที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทำให้มารดา มีโอกาสได้ลูกแฝดเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทจนถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและป้องกันต่อไป มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทยหลายการศึกษาในเวลาต่าง ๆ กัน พบว่ามีหลายปัจจัยตั้งแต่ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพมารดา ก่อนและขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ประวัติด้านการแพทย์และครรภ์ปัจจุบัน การศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นแบบ unmatched case control study ผู้ทบทวนมีความเห็นว่าปัจจัยเสี่ยงที่ผลการศึกษาจากหลายการศึกษาในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถให้การป้องกันหรือเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เพื่อนำไปพิจารณาในการวางแผนดำเนินการป้องกันการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในประเทศไทย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปี

อายุของมารดาที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี (RR = 1.5, ประมวล และคณะ, 2531) มารดาอายุน้อยกว่า 19 ปี และมากกว่า 35 ปี (Nuchaprayoon et al, 1992), มารดาอายุต่ำกว่า 18 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (Chumnijarakij et al, 1992) อายุมารดาน้อยกว่า 20 ปี (OR = 1.36, นฤทธิ, 2539)

2. การไม่ฝากครรภ์

พบว่าการไม่ฝากครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (ประมวญ และคณะ, 2531; Chumnijarakij et al, 1992 และ นฤทธิ, 2539)

3. ระยะห่างระหว่างครรภ์

การศึกษาของประมวญ สุนากร พบว่าช่วงห่างของการตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (RR = 1.4, ประมวญ และคณะ, 2531) และการศึกษาของ นฤทธิ อินทร์ พบว่าระยะห่างระหว่างครรภ์น้อยกว่า 3 ปี (OR = 1.96, นฤทธิ, 2539) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

4. ภาวะโภชนาการทางด้านมารดา

ประวัติการรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์ที่ขาดโปรตีนและไขมัน (RR = 4.9 และ 2.1 ตามลำดับ, ประมวญ และคณะ, 2531) ปริมาณอาหารที่รับประทานน้อยกว่าปกติหรือเหมือนคนปกติก่อนตั้งครรภ์ (RR = 2.1 และ 1.3 ตามลำดับ, ประมวญ และคณะ, 2531, Nuchaprayoon et al, 1992, Chumnijarakij et al, 1992) น้ำหนักมารดาก่อนคลอดตั้งแต่ 55 กิโลกรัมลงไป (RR = 1.3-10.8, ประมวญ และคณะ, 2531), น้ำหนักแม่น้อยกว่า 45 กิโลกรัม (Nuchaprayoon et al, 1992, Chumnijarakij et al, 1992) น้ำหนักมารดาเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 50 กิโลกรัม (OR = 1.8, นฤทธิ, 2539)

5. ภาวะโลหิตจาง

ฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 30 (RR = 1.2-3.9, ประมวญ และคณะ, 2531, Chumnijarakij et al, 1992) ฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 (OR = 2.07, นฤทธิ, 2539)

6. การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือติดสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์

พบเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (RR = 2.01, ประมวญ และคณะ, 2531) (OR = 12.45, นฤทธิ, 2539)

สรุป อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทยจากรายงานที่ผ่านมาดูเหมือนจะมีแนวโน้มลดลง (จากตารางที่ 2.7) แต่เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลต่างพื้นที่ จำนวนทารก ตลอดจนวิธีการได้มาซึ่งน้ำหนักแรกเกิดแตกต่างกัน ผู้ทบทวนมีความเห็นว่าจากการวิเคราะห์น้ำหนักแรกเกิดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลของรัฐ จากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข น่าจะเป็นข้อมูลที่สามารถบอกสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศไทยได้ เนื่องจากเป็นรายงานน้ำหนักแรกเกิดของทารกเกิดมีชีพที่ได้ซึ่งน้ำหนักเมื่อแรกคลอดทุกคนค่าน้ำหนักมีโอกาสมิติดพลาดน้อย และถ้าข้อมูลจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งช่วงน้ำหนักของทารกเกิดมีชีพให้แยกทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัมออกมาชัดเจน จะทราบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ดีขึ้น ซึ่งอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่วิเคราะห์จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2539 น่าจะสูงกว่าความเป็นจริงในภาพรวมของประเทศเล็กน้อย เนื่องจากทารกที่เกิดในโรงพยาบาลของรัฐน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าทารกที่เกิดในโรงพยาบาลเอกชนหรือสถานีนอกรีต ดังนั้นอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยน่าจะอยู่ระหว่างร้อยละ 8-10 ซึ่งเป็เป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ให้มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 ดังนั้น ควรมีมาตรการในการให้ความรู้และดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่อไป สำหรับปัจจัยเสี่ยงการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่มีการศึกษา ซึ่งเชื่อมโยงความแตกต่างระหว่างภาคชัดเจน โดยเฉพาะภาคเหนือซึ่งมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่าภาคอื่นๆ ควรจะศึกษามาตรการที่จะทำให้อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลง

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายอย่าง เพื่อปรับร่างกายให้พร้อมต่อการตั้งครรภ์ ในการตั้งครรภ์ปกติ ปริมาณฮีโมโกลบิน เม็ดเลือดแดงและฮีมาโตคริตลดลงเล็กน้อย Pritchard และ Hunt (1958) พบว่าระดับฮีโมโกลบิน เมื่อครรภ์ครบกำหนดเฉลี่ย 12.5 กรัม/เดซิลิตร มีเพียงร้อยละ 6 ที่ต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ถ้าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11.0 กรัม/เดซิลิตร โดยเฉพาะในการตั้งครรภ์ไตรมาสสุดท้ายถือว่าผิดปกติ (Cunningham et al, 1997) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง นอกจากจะพบปัญหาแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น การติดเชื้อได้บ่อย ทนต่อภาวะการเสียเลือดในขณะที่คลอดหรือหลังคลอดได้ไม่ดี เพิ่มอันตรายและอัตราการตายของมารดาสูงขึ้นแล้ว ยังมีผลต่อทารกคือทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Klebanoff et al, 1991) และกรณีที่มีมารดาขาดจากการขาดธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อยของทารก มีการศึกษาในประเทศไทยหลายการศึกษา พบว่า ภาวะโลหิตจาง (ฮีมาโตคริต < ร้อยละ 30 หรือ < ร้อยละ 33) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประมวญ และคณะ, 2531; Chumnijarakij et al, 1992 และ นฤทธิ์, 2539) ซึ่งมีผลให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายเพิ่มขึ้น

ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

The Centers for Disease Control (1990) ถือว่ามีภาวะโลหิตจางเมื่อฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่ 1 และ 3 และน้อยกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่ 2 (Cunningham et al, 1997) องค์การอนามัยโลกให้เกณฑ์วินิจฉัยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คือ ค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33

กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้เริ่มระบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2531 โดยใช้ภาวะโลหิตจางเมื่อฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยรวบรวมจากสำนักงานสาธารณสุขทุกแห่ง ในช่วง พ.ศ. 2531-2541 พบความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 27.3, 21.6, 18.8, 18.3, 16.1, 15.3, 14.1, 13.4, 12.9, 12.9, และ 13.8 ตามลำดับ จะเห็นว่าในช่วง 9 ปีแรกความชุกของภาวะโลหิตจางลดลงตามลำดับ (กองโภชนาการ, 2541 และ 2542) และกลับเพิ่มขึ้นในปีสุดท้ายที่รายงานคือ ปี พ.ศ. 2541 เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำแนกตามภาค จากรายงานของกองโภชนาการ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2535, ปีงบประมาณ 2540 (ตุลาคม 2539 - กันยายน 2540) และปีงบประมาณ 2541 (ตุลาคม 2540 - กันยายน 2541) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.9 จะเห็นว่าทั้ง 3 ปี พบความชุกสูงสุดในภาคใต้ อยู่ในช่วงร้อยละ 16-20.27 รองลงมาในปี พ.ศ. 2535 และ 2540 คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2541 พบความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเรียงตามลำดับดังนี้ ภาคใต้, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคกลาง และภาคเหนือ เท่ากับร้อยละ 17.5, 13.6, 13.37 และ 11.28 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.9 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2535, ปีงบประมาณ 2540 และ 2541

จังหวัด/ภาค	พ.ศ. 2535		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540		ปีงบประมาณ พ.ศ. 2541	
	จำนวนหญิง ตั้งครรภ์ที่ ตรวจ(คน)	โลหิตจาง (ร้อยละ)	จำนวนหญิง ตั้งครรภ์ที่ ตรวจ(คน)	โลหิตจาง (ร้อยละ)	จำนวนหญิง ตั้งครรภ์ที่ ตรวจ(คน)	โลหิตจาง (ร้อยละ)
กรุงเทพมหานคร					9,084	13.43
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	36,978	16.89	36,239	13.0	-	-
ภาคเหนือ	55,217	18.72	98,192	13.8	120,398	13.37
ภาคตะวันออก	91,578	14.03	123,917	12.0	116,236	13.6
ภาคใต้	55,514	11.74	70,445	9.7	70,073	11.28
ภาคกลาง	62,363	20.27	74,494	16	72,823	17.5
รวมทั้งประเทศ	301,648	16.11	403,287	12.9	388,614	13.84

แหล่งข้อมูล : กองโภชนาการ กรมอนามัย (ข้อมูล พ.ศ. 2535 อ้างจากศูนย์สารสนเทศประชากรและการอนามัยครอบครัว เล่ม 3 พ.ศ. 2535, ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 อ้างจากรายงานการเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มงานควบคุม และป้องกันภาวะทุพโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย และปีงบประมาณ 2541 อ้างจากรายงานเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนแผนงานและประเมินผล สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย)

สาเหตุ

สาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งมีสาเหตุมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปริมาณเหล็กสะสมก่อนตั้งครรภ์ต่ำ การดูดซึมไม่เพียงพอ และมีการสูญเสียออกไปจากร่างกาย ในหญิงตั้งครรภ์ปกติในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ร่างกายต้องการปริมาณธาตุเหล็กมากขึ้น ซึ่งปริมาณธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกายไม่เพียงพอ จำเป็นต้องรับธาตุเหล็กจากภายนอก ดังนั้นถ้าได้รับธาตุเหล็กในปริมาณน้อยทำให้ฮีโมโกลบินลดลง (Cunningham et al, 1997)

ในปี พ.ศ. 2536-2537 กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟ ได้ทำการสำรวจภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (cross-sectional study) ในหญิงตั้งครรภ์ 3,755 คน ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและไม่เคยกินยาเม็ดธาตุเหล็กในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ในโรงพยาบาล 35 แห่ง ใน 17 จังหวัดใน 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยทำการตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ และเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจฮีโมโกลบิน, ฮีมาโตคริต, free erythrocyte protoporphyrin, osmotic fragility test, dichlorophenol indophenol precipitation test, serum ferritin และทำการสุ่มเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อหาความชุกของพยาธิปากขอจำนวน 776 คน พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะปกติร้อยละ 38.2 ภาวะพร่องเหล็กสะสม ร้อยละ 17.2 ภาวะพร่องเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดง ร้อยละ 7.6 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 21.3 และโลหิตจางจากสาเหตุอื่นร้อยละ 15.6 จากการวิเคราะห์ multivariate analysis พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 2 และ 3 มีความเสี่ยง 5 และ 19 เท่าเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก พบความชุกของโรคพยาธิปากขอร้อยละ 22.4 โดยพบมีความชุกในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 29.9, 25.8, 20.9, 19.7 และ 18.7 ตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคพยาธิปากขอมีความเสี่ยงกับภาวะพร่องเหล็กสะสม ภาวะพร่องเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดง และโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 1, 1, 2 เท่า ตามลำดับ (odds ratio = 1.04, 1.34 และ 1.78 ตามลำดับ) เทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรคพยาธิปากขอ (กองโภชนาการ, 2541)

ในปี พ.ศ. 2538 กองโภชนาการโดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟได้ทำการศึกษากการเสริมยาเม็ดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ 296 คน อายุครรภ์ 5-26 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดกาญจนบุรี สุรินทร์ แม่ฮ่องสอน และยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความชุกสูงของภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2536-2537 ได้แบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยวิธี randomize เป็น 3 กลุ่ม และให้กินยาเม็ดเฟอร์รัสซัลเฟตแบบต่างๆ ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับยาเม็ดธาตุเหล็กทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ และควรได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 1 เดือนหลังคลอด (WHO-Intercountry workshop on IDA; WHO, 1995) (กองโภชนาการ, 2541)

นอกจากนี้สาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในอดีตได้มีการศึกษาในที่ต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การศึกษาทางภาคใต้ โดย ทหิญ ถิ่นธรา และคณะ เมื่อ พ.ศ.2530 ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ของอำเภอหาดใหญ่ จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 2,651 คน พบความชุกร้อยละ 23.5 (ใช้เกณฑ์โลหิตจางเมื่อฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30) สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ร้อยละ 82) รองลงมาคือโรคธาลัสซีเมีย จากการศึกษาที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย คือที่โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ.2537 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 776 คน พบความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 29.1 สาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องของภาวะโลหิตจางคือ ความผิดปกติของฮีโมโกลบินและโรคธาลัสซีเมีย (มานิต, 2537) จากการศึกษาของสร้อยสวางค์ เศรษฐวานิช และคณะ เมื่อพ.ศ. 2540 ข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตภาคต่างๆ 6 แห่ง ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ กรุงเทพมหานคร ราชบุรี ขอนแก่น และยะลา ถึงความชุกและสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย โดยศึกษาแบบ cross sectional study ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และไม่เคยได้รับยาเสริมธาตุเหล็กจำนวน 6,536 ราย ภาวะโลหิตจางใช้ค่าฮีมาโตคริต < ร้อยละ 33 พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางทั้งหมดร้อยละ 9.6 (หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 81 อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก) และพบว่าสาเหตุที่สำคัญของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก, โรคธาลัสซีเมีย และพาหะธาลัสซีเมียและภาวะร่วมระหว่างการขาดธาตุเหล็กและโรคธาลัสซีเมียกับพาหะธาลัสซีเมีย คิดเป็นร้อยละ 33, 25 และ 25 ตามลำดับ โดยพบว่า 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโลหิตจางในภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือตอนล่าง มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก ในขณะที่ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโลหิตจางในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานคร มีสาเหตุจากโรคธาลัสซีเมียและพาหะธาลัสซีเมีย (สร้อยสวางค์, 2541)

สรุป ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและกลับเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2541 อย่างไรก็ตามความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงค่อนข้างสูง โดยเฉพาะภาคใต้ ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จนถึงฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) กำหนดให้งานเฝ้าระวังโรคโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากการขาดธาตุเหล็กไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้นการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาภาวะโลหิตจางในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก และการตรวจซ้ำในไตรมาสที่ 3 จะช่วยการวินิจฉัยภาวะนี้ได้ดีขึ้น การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ยังคงต้องทำอย่างต่อเนื่อง การเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็น ควรหามาตรการให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยเร็วเพื่อจะได้รับยาเม็ดธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอดในระยะให้นมบุตร และเนื่องจากสาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย นอกจากการขาดธาตุเหล็กแล้วยังพบสาเหตุจากโรค

ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติหรือพาหะ ดังนั้นอย่างน้อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโลหิตจางและไม่ตอบสนองต่อการให้ธาตุเหล็กเสริม ควรได้รับการตรวจหาความผิดปกติของฮีโมโกลบินหรือโรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย

ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด

ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนในเด็กอย่างถาวรที่สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับการรักษาภายใน 3 เดือนแรกหลังคลอด (Klein et al, 1972) ปัญหาอื่นๆ ที่พบได้แก่ ภาวะตัวเหลืองหลังคลอดนาน ท้องอืด ท้องผูก คุณนมไม่ดี ตัวเตี้ย เป็นต้น ซึ่งอาการแสดงจะปรากฏให้เห็นชัดในเวลาหลายเดือนต่อมา เนื่องจากภาวะนี้ไม่สามารถวินิจฉัยได้จากการตรวจร่างกายเมื่อแรกเกิด ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยภาวะนี้โดยการตรวจเลือดคัดกรองในทารกแรกเกิดจะช่วยในการวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ในต่างประเทศแถบยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ได้ดำเนินการคัดกรองภาวะนี้ในเด็กแรกเกิดทุกคนตั้งแต่ออติมากกว่า 20 ปีแล้ว

อุบัติการณ์

ในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในภาคใต้ของประเทศเป็นครั้งแรกโดย วิมล สุขถนมา พบอุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 4,000 โดยการวัดระดับ Thyroid stimulating hormone (TSH) จากการเจาะเลือดเส้นเท้าทารกแรกเกิดด้วยวิธี radioimmunoassay (RIA) ใช้สารทดสอบจากสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการคัดกรองภาวะนี้ในเด็กแรกเกิดทุกคน (วิมล และคณะ, 2529) การศึกษาต่อมาได้เริ่มมีการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อ พ.ศ. 2533-2535 พบอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 1:2486-1:3843 และพบว่าปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของมารดามีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5.6 $\mu\text{g}/\text{dl}$ (97% CI 5.0-6.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$) ซึ่งบ่งชี้ว่ากรุงเทพฯ เป็นบริเวณเกือบจะมีการขาดสารไอโอดีน (Rajatanavin et al, 1993) และโรงพยาบาลรามาริบัติได้เปิดบริการคัดกรองโรคนี้โดยวัดระดับ TSH ในเด็กแรกเกิดทุกคนตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นมา นอกจากนี้ในช่วงปี 2535-2538 ได้มีการริเริ่มการดำเนินการคัดกรองโรคพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นต้น (นฤมล, 2539)

ปี 2535 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการนำร่องในการคัดกรองทารกแรกเกิดทั่วประเทศ โดยทำการศึกษาคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดและโรค phenylketonuria (PKU) ได้พัฒนาเทคนิคทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมต่อการทดสอบภาคสนามในชุมชน จากการตรวจคัดกรองใน 13 จังหวัด จากภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 12 โรงพยาบาล จากตัวอย่างเลือด 21,504 คน พบอุบัติการณ์ของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด 1 : 1,792 และ PKU 1 : 10,752 (วิยะดา, 2538) อุบัติการณ์ในจังหวัดต่างๆ ตั้งแต่ทำการศึกษาจนถึงเดือนกรกฎาคม 2537 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.11 (วิญญู, 2538)

ตารางที่ 2.10 อุบัติการภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนของจังหวัดต่างๆ (รายงานการตรวจโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เดือนกรกฎาคม 2537)

จังหวัด	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนที่พบว่าผิดปกติ (คน)	อุบัติการ
เชียงใหม่	2,263	1	1 : 2,263
เชียงราย	1,516	1	1 : 1,516
แม่ฮ่องสอน	1,597	1	1 : 1,597
อุตรดิตถ์	4,191	2	1 : 2,095
น่าน	3,697	7	1 : 900*
ขอนแก่น	3,853	4	1 : 963
สุราษฎร์ธานี	6,854	3	1 : 2,500*

* ข้อมูลรวบรวมจนถึงเดือนธันวาคม 2537

แหล่งข้อมูล : คัดแปลงจากวิญญู กิ่งวงษา การประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่องการคัดกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทย, 2538

จากตารางที่ 2.10 จะเห็นว่าอุบัติการของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ในประเทศไทยค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการในต่างประเทศ เช่น ของประเทศญี่ปุ่น ในพ.ศ. 2537 เท่ากับ 1 : 5,600 (Naruse, 2538) ออสเตรเลียเท่ากับ 1 : 3,500 (Wilcken, 2538) ประเทศฝรั่งเศส พ.ศ. 2534 เท่ากับ 1 : 3,924 (Dhondt, 2538) และยังคงแสดงให้เห็นว่าอุบัติการโรคนี้สูงมากในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนมากกว่าพื้นที่ไม่ขาดสารไอโอดีน

การคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในประเทศไทย เมื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่า (cost-effectiveness) แล้วถือว่าการลงทุนที่คุ้มค่าในการป้องกันเด็กไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน (Rajatanavin et al, 1993) นโยบายระดับชาติได้ดำเนินการให้มีการคัดกรองภาวะนี้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย เพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อน ดังนั้นการประเมินผลของการตรวจคัดกรองที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าสามารถวินิจฉัยโรคนี้ตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาป้องกันการเกิดปัญญาอ่อนตามมาได้เต็มที่หรือไม่นับเป็นสิ่งที่จำเป็น มีรายงานการศึกษาภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจากหลายโรงพยาบาล ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน จากรายงานที่ผ่านมามีการกำหนดระดับ TSH ที่ผิดปกติจะต้องเรียกทารกกลับมาเพื่อตรวจยืนยันซ้ำ แตกต่างกัน ได้แก่ ใช้ระดับ TSH ในเลือดสายสะดือมากกว่า 30 $\mu\text{U/ml}$ (วรารักษ์ และคณะ, 2537), ระดับ TSH ในเลือด > 25 $\text{m}\mu\text{L}$ (วิญญู, 2538) และ > 20 $\text{m}\mu\text{L}$ (นฤมล และคณะ, 2541) พบว่า อัตราเรียกผู้ป่วยกลับเพื่อตรวจเลือดซ้ำเท่ากับร้อยละ 0.34, 0.6 และ 1.98 ตามลำดับ การศึกษาของวรารักษ์ เตะเสนา มีทารกที่มีผลเลือดผิดปกติกลับมาตรวจซ้ำ 36 คน จาก 38 คน (ร้อยละ 94.7) พบว่าทารก 6 คน เท่ากับร้อยละ 15.8 ของทารกที่เรียกกลับมาตรวจเลือดซ้ำที่ผลตรวจยืนยันว่ามีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน การศึกษาของวิญญู กิ่งวงษา ปี 2535-2537 มีทารกกลับมาตรวจเลือดซ้ำ 26 คน จาก 43 คน (ร้อยละ 60) ในจำนวนนี้พบภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจริง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของทารกที่เรียกกลับมาตรวจซ้ำ สำหรับการศึกษานฤมล ภัทรกิจวานิช พบว่าทารกทุกรายที่ผลเลือดครั้งแรกผิดปกติ เมื่อยืนยันพบว่าปกติทุกคน ดังนั้นจะเห็นว่าการกำหนดระดับ TSH ที่ผิดปกติมีความสำคัญ ถ้าค่าจะมีข้อดีที่ทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดที่ไม่รุนแรงได้ แม้มีข้อเสีย

คือทำให้อัตราการเรียกกลับมาตรวจยืนยันสูงขึ้น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเพิ่มความวิตกกังวลต่อบิดามารดาของทารก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความคิดปกติ สำหรับทารกที่มีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจริง ผลการรักษาจากการศึกษาของวารกรรม์ เตชะเสนา พบว่าทารกมีพัฒนาการล่าช้า 3 คน จาก 6 คน โดย 1 คน มารักษาช้า (300 วัน) อีก 2 คน รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ สำหรับการศึกษานี้ของวิญญู กิ่งวงษา ไม่ได้รายงานผลการรักษาไว้ จากรายงานของวารกรรม์ เตชะเสนา และวิญญู กิ่งวงษา ได้สรุปปัญหาการติดตามผู้ป่วยไว้ ได้แก่

1. ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเนื่องจากให้ที่อยู่ผิด
2. บิดามารดาของเด็กย้ายที่เพื่อประกอบอาชีพไปเรื่อยๆ
3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการคมนาคม
4. ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจและติดตามการรักษาเนื่องจากเห็นว่าทารกมีอาการปกติ

จะเห็นว่าการดำเนินโครงการคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดควรมีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานโดยรวมรวบรวมข้อมูลจากหลายๆพื้นที่และทั่วทุกภาคของประเทศไทยเพื่อทราบปัญหาหรืออุปสรรค โดยเฉพาะด้านการติดตามผู้ป่วยกลับมาตรวจยืนยันผลซ้ำอีกครั้งเมื่อผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ หรือมารับการรักษาต่อเนื่อง

สรุป นโยบายระดับชาติที่ให้มีการดำเนินการคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเป็นสิ่งที่จะต้อง ซึ่งจำเป็นที่ต้องมีความร่วมมือและประสานงานจากเจ้าหน้าที่ของรัฐในชุมชนระดับตำบล เช่น จากสถานีอนามัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยที่ดี ทำให้ทารกที่เป็นโรคได้รับการรักษาเร็วที่สุดหลังรับทราบผล นอกจากนี้การประเมินระดับ TSH จากการคัดกรองที่ถือว่าผิดปกติและจำเป็นต้องเรียกผู้ป่วยกลับมายืนยันซ้ำ เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อ

1. ให้ได้ค่าที่มีความสัมพันธ์กับทารกที่มีความผิดปกติจริง แม้ความรุนแรงไม่มาก

2. เพื่อลดอัตราการเรียกผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายและความวิตกกังวลของบิดามารดา ซึ่งจะช่วยให้โครงการคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดของประเทศบรรลุเป้าหมาย

ความพิการแต่กำเนิด

ความพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆ อย่าง ได้แก่ ด้านพันธุกรรม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ความพิการแต่กำเนิดมีความรุนแรงแตกต่างกัน บางชนิดผิดปกติเล็กน้อยสามารถแก้ไขได้ไม่ยาก บางชนิดมีความผิดปกติรุนแรง ทำให้ทารกเสียชีวิตตั้งแต่แรกคลอด บางชนิดไม่ทำให้เสียชีวิตแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตต่อไปในระยะยาว ความพิการแต่กำเนิดที่เกิดขึ้นนอกจากมีผลต่อทารกเองต่อครอบครัวทั้งด้านจิตใจและร่างกายแล้วยังมีผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านสังคมและเศรษฐกิจด้วย

อุบัติการณ์

จากการศึกษาของ Siripoonya & Tejavej ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512-2521 ที่โรงพยาบาลรามารัตนบุรี พบทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดทั้งหมด 948 คน จากจำนวนทารกคลอดมีชีวิต 46,276 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ 20.45 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน หรือร้อยละ 2.05 ช่วงปี พ.ศ. 2530-2531 Suwatanaviroj & Rattrisawadi ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพิการแต่กำเนิด โดยศึกษาเป็นแบบ case control study ที่โรงพยาบาลทั่วไป 17 จังหวัด และโรงพยาบาลแม่และเด็ก 2 แห่ง ผลการศึกษาพบทารกพิการจำนวน 437 คนต่อทารกคลอด 45,989 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ 9.5 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน หรือร้อยละ 0.95 และต่อมา พรสวรรค์ วันสันต์ และมหัทธนา กมลศิลป์ ศึกษาความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2533-2534 มีทารกคลอดทั้งสิ้น

18,958 คน พบทารกแรกเกิดมีความพิการแต่กำเนิดจำนวน 161 คน คิดเป็น 8.5 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน หรือ ร้อยละ 0.9 ดังนั้นอุบัติการณ์ของทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทยอยู่ในช่วงร้อยละ 0.9-2.05 การศึกษา ทั้งสามได้จากการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดอย่างละเอียด รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการชันสูตร ศพในรายที่เสียชีวิต การศึกษาของ Siripoonya & Tejavej จำแนกความพิการที่ตรวจพบตามระบบต่างๆของร่างกาย กรณีที่มีความผิดปกติหลายอย่างและเป็นกลุ่มอาการเฉพาะจะจัดอยู่ในกลุ่มอื่นๆสำหรับการศึกษาของ Suwatanaveroj & Rattrisawadi จำแนกความพิการเป็น 12 กลุ่ม คือ ตามระบบต่างๆของร่างกาย single anomalies multiple anomalies และ minor anomalies และสำหรับการศึกษาของ พรสวรรค์ วันสันต์ และมหัทธนา กมลศิลป์ จำแนกความพิการเป็น malformation, deformation, disruption และ dysplasia โดยความพิการแต่กำเนิด แบบ malformation แบ่งตามระบบต่างๆ ของร่างกาย

ลักษณะของความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย 7 อันดับแรก จากการศึกษาทั้งสามดังกล่าว แสดงไว้ในตาราง ที่ 2.11

ตารางที่ 2.11 ความพิการแต่กำเนิดที่พบจากการศึกษาในอดีตของประเทศไทย 7 อันดับแรก

ชนิดของความพิการ	อุบัติการณ์ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน		
	Siripoonya & Tejavej (พ.ศ. 2512-2521) N = 46,276	Suwatanaveroj & Rattrisawadi (พ.ศ. 2530-2531) N = 45,989	พรสวรรค์ & มหัทธนา (พ.ศ. 2533-2534) N = 18,958
กล้ามเนื้อและกระดูก	3.48	3.67	2.74
ระบบประสาทส่วนกลาง	1.25	1.52	1.69
ระบบทางเดินอาหาร	1.23	0.67	1.37 (รวมปากแหว่ง, เพดานโหว่)
ความผิดปกติของโครโมโซม	1.25	0.31	1.27
หัวใจและหลอดเลือด	2.03	0.22	0.63
ปากแหว่ง, เพดานโหว่	1.23	1.57	
ระบบทางเดินปัสสาวะ	0.63	0.31	0.58

จะเห็นว่าความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยมากที่สุดจาก 3 รายงานเหมือนกันคือ ความพิการของกล้ามเนื้อและกระดูก และความพิการแต่กำเนิด 7 อันดับแรกที่พบบ่อยทั้ง 3 รายงานเหมือนกัน (ตารางที่ 2.11) สำหรับภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ของโรงพยาบาลศิริราช (พรสวรรค์ & มหัทธนา, 2536) นับรวมอยู่ในความพิการของระบบทางเดินอาหาร

สรุป ความพิการแต่กำเนิดที่เคยมีการศึกษาในประเทศไทย เป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลแม่และเด็กบางพื้นที่ อุบัติการณ์อยู่ในช่วงร้อยละ 0.9-2.05 ซึ่งต่ำกว่าสถิติของต่างประเทศเล็กน้อย จากสถิติของต่างประเทศอยู่ในช่วงร้อยละ 1.06-3.37 (Suwatanaveroj & Rattrisawadi, 1996) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นต้นในทารกแรกเกิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ได้ติดตามทารกแรกคลอดทุกรายจนถึงอายุ 6-12 เดือน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มเกือบเท่าตัว (พรสวรรค์, 2536) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการแต่กำเนิด ในการทบทวนครั้งนี้ไม่ได้กล่าวไว้

เนื่องจากเป็นที่ทราบแล้วว่าสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการแต่กำเนิดขึ้นกับชนิดของความพิการแต่กำเนิด จนกระทั่งปัจจุบันนี้บางชนิดสามารถอธิบายการเกิดได้อย่างชัดเจน บางชนิดไม่ทราบปัจจัยชักนำที่ชัดเจน

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome)

กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติของโครโมโซมที่พบได้บ่อยทำให้เด็กมีลักษณะทางคลินิกเฉพาะได้แก่ หน้าตา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญญาอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้มักพบความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น หัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ฯลฯ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะนี้สามารถวินิจฉัยได้ก่อนคลอด หลายประเทศจึงพยายามหาวิธีการที่จะวินิจฉัยภาวะนี้ตั้งแต่แม่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมแก่คู่สมรส และหาทางป้องกันภาวะนี้ต่อไป ลดผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติที่จะตามมา

อุบัติการณ์

กลุ่มอาการดาวน์พบอุบัติการณ์ 1 ต่อทารกแรกเกิด 660 คน (Jones KL, 1997) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2530 คณะทำงานเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช เป็นประธานคณะทำงานได้ส่งแบบสอบถามไปยังคณะแพทยศาสตร์ทุกแห่งในประเทศไทย (รวมวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า) โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง ศูนย์อนามัยแม่และเด็กทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนการคลอดสูง พบว่า จากทารกเกิดมีชีพทั้งหมด 246,096 คน พบทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 168 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ 0.68 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน (อยู่ในช่วง 0.25-1.94) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับรวมกลุ่มอาการดาวน์ที่ได้วินิจฉัยโดยการตรวจโครโมโซมและไม่ตรวจ อายุของมารดาที่คลอดลูกกลุ่มอาการดาวน์เท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี เท่ากับร้อยละ 37.2 โดยร้อยละ 25 ของกลุ่มอาการดาวน์เกิดจากแม่อายุ 38 ปีขึ้นไป ดังนั้นมารดาที่อายุ 38 ปีขึ้นไป ถือเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (บางโรงพยาบาลอาจเลือกอายุ 35 ปีขึ้นไปก็ได้) (วิจารณ์, 2530)

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ขณะทารกอยู่ในครรภ์สามารถทำได้โดยการตรวจเลือดของทารกในครรภ์ การตัดชิ้นเนื้อรกมาตรวจ (chorionic villous sampling, CVS) และการเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) ซึ่งควรทำโดยสูติแพทย์ที่ได้รับการฝึกหัดการดำเนินงานเพิ่มเติม และจำเป็นต้องมีห้องปฏิบัติการตรวจโครโมโซมที่ได้มาตรฐาน ปัจจุบันนี้การตรวจโครโมโซมจึงสามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ที่เปิดมานานในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลระดับใหญ่ในกรุงเทพฯ ศูนย์ RIA เป็นต้น

มีข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และพระมงกุฎเกล้าพบว่าอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดาวน์ในระยะหลังลดลงเล็กน้อย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.12

ตารางที่ 2.12 อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดาวน์ในทารกแรกเกิดมีชีพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปรียบเทียบช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 และปี พ.ศ. 2534-2538

โรงพยาบาล	ปี พ.ศ.	ทารกแรกเกิดมีชีพ (คน)	ทารกกลุ่มอาการดาวน์ (คน)	อุบัติการณ์
จุฬาลงกรณ์	2529-2533	62,696	57	0.91/1,000
	2534-2538	59,605	44	0.74/1,000
พระมงกุฎเกล้า	2529-2533	-	ไม่แสดงจำนวนไว้	1.84 คนต่อ 1,000 คน (Autosomal trisomy)
	2534-2538	23,643		1.18 คนต่อการเกิด มีชีพ 1,000 คน

แหล่งข้อมูล : ศักนันทน์ มะโนทัย และสุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ การประชุมเสวนาโต๊ะกลม กลุ่มอาการดาวน์ : ขอบเขตปัญหาและแนวทางแก้ไข, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540

การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ก่อนคลอดในปัจจุบันของประเทศไทยส่วนใหญ่ทำในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือมีประวัติในครอบครัว ซึ่งกลุ่มนี้จะตรวจพบกลุ่มอาการดาวน์ได้ร้อยละ 20-30 ของทั้งหมด ในขณะที่เด็กกลุ่มอาการดาวน์อีกร้อยละ 70-80 อยู่ในกลุ่มมารดาอายุอื่นซึ่งถือว่าความเสี่ยงต่ำ การตรวจกรองโดยใช้อายุเท่ากับ 35 ปี มี positive predictive value เพียงร้อยละ 1 (เจาะน้ำคร่ำ 100 คน พบทารกกลุ่มอาการดาวน์ 1 คน) ดังนั้นอุบัติการณ์ของเด็กกลุ่มอาการดาวน์จึงลดลงได้ไม่มากนักการตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ที่แน่นอน คือ การตรวจโครโมโซม แต่การเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซมในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนนั้นเป็นไปได้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับทารก ค่าใช้จ่ายสูง และภาระงานที่มากเกินไป การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการตรวจโครโมโซมเมื่อรวมจากทุกสถาบันทำได้ประมาณ 5,000 คน/ปี ในขณะที่มารดาที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปจะมีอยู่ประมาณร้อยละ 8-9 คิดเป็นประมาณ 90,000 คน/ปี จะเห็นว่าความสามารถในการบริการให้ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยงของภาวะนี้ยังค่อนข้างต่ำ (ศักนันทน์ และสุจิตต์, 2540)

มีผู้ศึกษาวิจัยการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ก่อนคลอดแบบต่างๆ เช่น Wald และคณะ ในปี พ.ศ. 2531 ได้วัดระดับ alpha-fetoprotein (AFP), unconjugated estriol (UE₃) และ human chorionic gonadotropin (HCG) เรียกว่า Triple test ในเลือดของมารดาช่วงอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ เมื่อใช้พิจารณาร่วมกับอายุของมารดาแล้วจะสามารถใช้เป็นการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ได้ โดยจะตรวจพบกลุ่มอาการดาวน์ได้สูงถึงร้อยละ 60 โดยมีผลบวกลวงร้อยละ 5 หลายประเทศได้ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายเจาะเลือดตรวจ Triple test ได้แก่ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เมื่อพบความผิดปกติจึงแนะนำให้ตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ต่อไป (จูติมา, 2542)

การตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ก่อนคลอดโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ในช่วงอายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์ จะพบความผิดปกติได้หลายอย่างได้แก่ ผิวหนังบริเวณต้นคอหนาผิดปกติ กระดูก femur และ humerus สั้น กรวยไตโตขึ้น หน้าหัวใจโหว่ ถ้าใส่ชุดค้น ฯลฯ Benacerraf ได้ศึกษาความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้และวัดเป็น scoring system พบว่าถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 จะตรวจพบทารกกลุ่มอาการดาวน์ได้ร้อยละ 81 มีผลบวก

ตารางที่ 2.18 จำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละปีและจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่จากจำนวนเด็กเกิดใหม่ 1 ล้านคนต่อปี ตามอุบัติการณ์ของยีนผิดปกติแต่ละชนิด

ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย	คู่สมรสที่มีความเสี่ยง (คู่/ปี)	เด็กที่เกิดเป็นโรค ธาลัสซีเมีย (คน/ปี)	จำนวนผู้ป่วยที่ยังมี ชีวิตอยู่ (คน)
1. Homozygous beta thalassemia ⁽¹⁾	2,500	625	6,250
2. beta thal /Hb E disease ⁽²⁾	13,000	3,250	97,500
3. Hb Bart's hydrops fetalis	5,000	1,250	0
4. Hb H disease ⁽³⁾	28,000	7,000	420,000
รวม	48,000	12,125	523,750

⁽¹⁾ estimated average life expectancy 10 years

⁽²⁾ estimated average life expectancy 30 years

⁽³⁾ estimated average life expectancy 60 years

แหล่งข้อมูล : คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด สถาบันการณัจจุบันและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดในประเทศไทย พ.ศ. 2532-2533, กรุงเทพฯ : นานักวิชาการพิมพ์, 2533:11.

กรณีที่เป็น Hb Bart's hydrops fetalis ทั้งหมดถึงแก่กรรมก่อนคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจของครอบครัว และยังมีผลต่อสุขภาพมารดา คือ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ pre-eclampsia พบได้ร้อยละ 78 ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70) ภาวะตกเลือดก่อนคลอด (ร้อยละ 9) ฯลฯ (คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด, 2533)

Homozygous beta thalassemia ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีอาการซีดให้เห็นทำให้พ่อแม่ต้องพาไปพบแพทย์ตั้งแต่วัยแรก เนื่องจากซีดมาก จำเป็นต้องให้เลือดบ่อยครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะเหล็กเกิน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น หัวใจล้มเหลวจาก cardiomyopathy ตับแข็ง เบาหวาน เป็นต้น มักตายตั้งแต่เล็ก ผู้ป่วยจึงควรได้รับยาขับเหล็กเป็นประจำ ซึ่งทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด, 2533)

โรคธาลัสซีเมียชนิด beta thalassemia/HbE ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้มาก ร้อยละ 79 ของผู้ป่วยมีอาการผิดปกติตั้งแต่อายุ 1-9 ปี ประมาณร้อยละ 26 ของผู้ป่วยได้รับการตัดม้ามมาก่อน มีการศึกษาที่แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย beta thalassemia/HbE จำนวน 1,018 คน (ไม่ได้บอกปีที่ศึกษาไว้) พบว่า ปัญหาติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญที่สุด โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 29.7) นอกจากนี้พบการอักเสบของถุงน้ำดี (ร้อยละ 6.9) การเจ็บปวดในกระดูก (ร้อยละ 9.3) เป็นต้น สำหรับสาเหตุการรับผู้ป่วย beta thalassemia/HbE เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า จากสาเหตุการติดเชื้อทางเดินหายใจและถุงน้ำดีอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 23.4) รองลงมาคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 9.8) และเพื่อตัดม้าม (ร้อยละ 9.0) เป็นต้น สำหรับความบ่อยของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลไม่มีรายงานไว้ (คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด, 2533)

โรคธาลัสซีเมียชนิด HbH disease ในกลุ่มนี้ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ซีดไม่มาก การเจริญเติบโตมักเป็นปกติ ผู้ป่วยส่วนน้อยที่ซีดมากและมีม้ามโต ซึ่งจะตอบสนองต่อการรักษาดีโดยการตัดม้าม ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ปัญหาเรื่อง hemolytic crisis (การแตกของเม็ดเลือดแดงเฉียบพลันและรุนแรง) ซึ่งมักเกิดตามหลังภาวะเครียด โดยเฉพาะจากการติดเชื้อที่มีไข้สูง (คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด, 2533)

จะเห็นว่าโรคธาลัสซีเมียมีผลให้ทารกส่วนหนึ่งเสียชีวิตตั้งแต่ก่อนคลอดหรือหลังคลอด ทารกที่รอดชีวิตที่มีอาการรุนแรงจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตมีปัญหาจากภาวะซีดเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยปีละ 5,000-6,000 ล้านบาท (วิชัย, 2541, และคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด, 2533)

การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย

เนื่องจากการรักษาโรคธาลัสซีเมียที่จะทำให้โรคหายขาดทำได้ยาก ในรายที่มีอาการรุนแรงมีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และทำให้มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติดังกล่าวแล้ว ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องการป้องกันโรคทางพันธุกรรมไว้ และโรคธาลัสซีเมียถือเป็นโรคทางพันธุกรรมที่เป็นปัญหามากอันดับหนึ่งของประเทศ ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่าง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) ได้แก่

1. การให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะคู่สมรสที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้คำปรึกษาแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อการดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป
2. การคัดกรองการตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ การตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ว่าเป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมียหรือฮีโมโกลบินผิดปกติหรือไม่
3. การให้บริการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด สำหรับทารกในครรภ์ที่เกิดจากคู่สมรสที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยวิธีที่เหมาะสมและจากผู้เชี่ยวชาญว่าจะเป็นโรคหรือไม่
4. การให้คำปรึกษาและเลือกทำแท้งโดยสมัครใจ สำหรับกรณีที่เกิดการตรวจพบว่าเด็กในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย และคู่สามีภรรยาเข้าใจก็จะขอให้แพทย์ทำการทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ให้

ปี พ.ศ. 2536-2539 กรมอนามัยได้แต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบจากกรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย ผู้ทรงคุณวุฒิจากทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ได้วางแผนงานกำหนดมาตรการ และกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ดำเนินการไปค่อนข้างมากสำหรับหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและทดลองใช้อย่างได้ผลในพื้นที่ 5 จังหวัดทางภาคเหนือและอีสาน ผลผลิตและพัฒนาสื่อต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และประชาชน เป็นต้น กรมอนามัยได้รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ เตรียมความพร้อมของสถานบริการระดับต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การดำเนินการตรวจกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยและผู้เป็นพาหะในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็กและโรงพยาบาลทุกแห่งในภาคเหนือ นักเรียนในสังกัด สปช. นอกจากนี้ยังมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการร่วมกับกรมอนามัย อย่างใกล้ชิด และหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) เป้าหมายของแผนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ คือ

1. ลดอัตราการเกิดใหม่ที่ป่วยด้วยโรคนี้น้อยกว่าร้อยละ 1
2. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้นี้ให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้น้อยลง
3. สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุม ป้องกัน และรักษาอย่างครบวงจร

สถานการณ์การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในทารกแรกเกิดจากที่ต่างๆ

จากรายงานการตรวจกรองธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์ ณ ที่ต่างๆ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.14 พบว่าอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะหรือโรคก่อนข้างสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 18.8-47.1 สำหรับข้อมูลของอำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ซึ่งพบอุบัติการณ์ของความผิดปกติฮีโมโกลบินต่ำกว่ารายงานอื่นๆ (ร้อยละ 18.8) ได้ตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี one tube osmotic fragility test (OF) และ dichlorophenol indophenol precipitate test (DCIP) ก่อน ถ้าผิดปกติจากการทดสอบอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่าง จึงจะยืนยันด้วยการตรวจฮีโมโกลบินแบบ electrophoresis พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ 9/1009 คน (ร้อยละ 0.89) ที่ผลการตรวจ OF test ให้ผลบวกแต่ไม่ได้รับการตรวจยืนยันอีกครั้ง อุบัติการณ์ที่รายงานคิดเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจยืนยัน

จากข้อมูลระดับโรงพยาบาลในบางแห่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ยินยอมทำการตรวจเลือด คัดกรองก่อนข้างน้อย (ถวัลย์วงศ์, 2539) และบางแห่ง สามียินยอมตรวจเลือดเมื่อภรรยาเป็นพาหะก่อนข้างน้อย (สมบุญ, 2541) ข้อมูลที่ได้นี้ส่วนใหญ่เป็นบทคัดย่อในการประชุมสัมมนาทางวิชาการ จึงไม่ได้รายละเอียดถึงเหตุผลของการไม่ยินยอมตรวจเลือดคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์และสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย สำหรับคู่สมรสที่ยินยอมรับการตรวจกรองก่อนคลอด เมื่อพบว่าลูกเป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ส่วนใหญ่จะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มนี้น่าจะเป็นกลุ่มที่ตระหนักถึงปัญหาของโรคธาลัสซีเมียก่อนข้างคืออยู่ก่อน จากตารางที่ 2.14 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าศึกษาทั้งหมด 12,704 คน พบว่า สามารถยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้จำนวน 53 คน ผู้ทบทวนมีความเห็นว่าการลงทุนดังกล่าวน่าจะให้ผลเกินคุ้มค่า

สรุป อุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในประเทศไทยก่อนข้างสูง การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยสามารถควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้ระดับหนึ่ง การประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ทำไปแล้วจากหลายๆพื้นที่ในทุกภาคของประเทศ จะทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้การปรับปรุงแก้ไข ทำให้การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ตารางที่ 2.14 รายงานการตรวจธาตุสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์ ณ ที่ต่างๆ

	ปี (พ.ศ.)	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้าศึกษา (คน)	อุบัติการณ์ความผิดปกติ ของฮีโมโกลบิน	คู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการ มีบุตรเป็นธาตุสซีเมีย	การวินิจฉัยทารกก่อนคลอด
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (จำนวนค้ และคณะ, 2539)	ม.ย. 2534 - ก.ย. 2539	4,454	1,051 คน (23.6%)	สามียอมรับการตรวจเลือด 80.7% ของภรรยาที่ผล เลือดผิดปกติ คู่สมรส 89 คู่ เสี่ยงต่อมีลูกเป็น ธาตุสซีเมียรุนแรง ⁽¹⁾	คู่สมรส 82 คู่ ได้รับการตรวจ วินิจฉัยก่อนคลอด พบทารกเป็น ธาตุสซีเมียรุนแรง ⁽¹⁾ 25 คน ยุติการ ตั้งครรภ์ได้ 17 คน แท้งเอง 2 คน
โรงพยาบาลพัทลุง (Wannaves et al, 2539)	ต.ค. 2536 - ธ.ค. 2538	1,718	พาหะ 19.7% เป็นโรค 0.64%	สามียอมรับการตรวจเลือด (OF test ⁽²⁾ และ DCIP) ⁽³⁾ 83.7% ได้รับการตรวจเลือดยืนยัน 16 คู่ 11 คู่ เสี่ยง ต่อมีลูกเป็นธาตุสซีเมีย 5 คู่ ผลปกติ คู่สมรส 21 คู่ เสี่ยงต่อมีลูกเป็นธาตุสซีเมีย	คู่สมรส 10/11 คู่ ได้รับการตรวจ วินิจฉัยก่อนคลอด พบทารกเป็น ธาตุสซีเมีย 1 คน ปฏิเสธการยุติ การตั้งครรภ์
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (สุขญา และต่อพงษ์, 2541)	1 ก.ย. 2538 - 31 ส.ค. 2539	3,637	พาหะ 1,091 คน เท่ากับ 30% (พบ alpha thal. trait มากที่สุด)	135 คู่ (3.7%) เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นธาตุสซีเมียชนิด รุนแรง ⁽¹⁾	ทารกเป็นธาตุสซีเมียชนิดรุนแรง ⁽¹⁾ 35 คน (25.5%) คู่สมรส 33 คู่ ยอมรับยุติการตั้งครรภ์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ถวัลย์วงศ์ และคณะ, 2539)	29 ม.ค. - 31 ก.ค. 2539	295 (20.2% ของหญิงที่มา ฝากครรภ์ทั้งหมด)	139 คน (47.1%) HbE trait มากที่สุด	สามียอมรับการตรวจเลือด 80% เสี่ยงต่อมีลูกเป็น ธาตุสซีเมียรุนแรง ⁽¹⁾ 1 คน (0.3% ของทั้งหมด)	-
โรงพยาบาลยโสธร (ทัศนีย์ และคณะ, 2539)	พ.ค.-ก.ย. 2539	409	พาหะ + โรค 45% (Hb Etrait สูงสุด)	คู่สมรสเสี่ยงต่อมีลูกเป็นธาตุสซีเมีย 3.2%	-
โรงพยาบาลแม่และเด็ก จ.นครสวรรค์ (สมบูรณ์ และคณะ, 2541)	ก.ค.-ก.ย. 2539	1,182	25% (Hb Etrait 21.1%)	สามียอมรับการตรวจเลือด 45.2% ผิดปกติ 17.2% (Etrait สูงสุด)	-
โครงการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการ ป้องกันและควบคุมโรคธาตุสซีเมีย ในระดับชุมชน อ.รัตนภูมิ จ.สงขลา (วีระพล และคณะ, 2542)	ก.ย.-พ.ค. 2539	1,009	190 คน (18.83%) เป็นโรคหรือพาหะ วินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธี OF ⁽²⁾ และ DCIP ⁽³⁾ และตรวจยืนยันด้วย วิธี electrophoresis (พบ Hb E trait มากที่สุด)	สามีตรวจเลือด 70.5% พบคู่สมรสผิดปกติ 23 คู่ (2.27%) 5 คู่ (0.49%) เสี่ยงต่อมีลูกเป็น ธาตุสซีเมียชนิดรุนแรง	2/5 คน (40%) หรือ 2/1,009 คน (0.19%) เป็นธาตุสซีเมียชนิดรุนแรง (beta thal./HbE) และเลือกยุติการ ตั้งครรภ์

⁽¹⁾ ธาตุสซีเมียชนิดรุนแรง : Homozygous alpha thalassemia, homozygous beta thalassemia และ beta thalassemia/Hb E

⁽²⁾ OF : One tube osmotic fragility test,

⁽³⁾ DCIP : dichlorophenol indophenol precipitate test

แหล่งข้อมูล : จากบทคัดย่อจากการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคธาตุสซีเมีย ครั้งที่ 4 21-22 พฤศจิกายน 2539, บทคัดย่อการประชุมวิชาการธาตุสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 4

2-4 กันยายน 2541 และรายงานการวิจัยโครงการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคธาตุสซีเมียในระดับชุมชน อ.รัตนภูมิ จ.สงขลา

การให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความชุกของไวรัสตับอักเสบบีสูง มีอัตราการเป็นพาหะในประชากรประมาณร้อยละ 6-8 ในสตรีตั้งครรภ์จะเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ประมาณร้อยละ 6 ในจำนวนที่เป็นพาหะนี้จะตรวจพบ HBeAg ซึ่งทำให้เกิดการแพร่เชื้อได้สูงประมาณร้อยละ 40 ถ้าประมาณการว่าประเทศไทยมีเด็กเกิดใหม่ปีละประมาณเกือบ 1 ล้านคน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากมารดาสู่ทารกประมาณร้อยละ 2-3 ของทารกแรกเกิดหรือประมาณ 20,000-30,000 คน จะกลายเป็นพาหะภายในขวบปีแรก และจะมีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไปยังเด็กอื่น (horizontal transmission) ทำให้อัตราการเป็นพาหะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6-8 ต่อไปอีก ผู้ติดเชื้ออาจมีปัญหาด้านอักเสบริ้วจริง ตับแข็งและมะเร็งตับตามมา ดังจะเห็นได้จากมะเร็งตับเป็นสาเหตุตายสูงสุดในมะเร็งของเพศชาย (ยง, 2542) มีการศึกษาพบว่าคนที่ตรวจพบ HBsAg มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนที่ตรวจไม่พบ HBsAg 217 เท่า (Beasley et al, 1983) ดังนั้นการลดการแพร่กระจายของโรคไวรัสตับอักเสบบี และลดพาหะของโรควิธีที่ดีที่สุดคือการให้วัคซีนป้องกันในทารกแรกเกิด สำหรับประสิทธิภาพของวัคซีนเป็นที่ทราบกันดีว่า ไม่ว่าจะผลิตโดยวิธีใดสามารถป้องกันการติดเชื้อลดอัตราการเกิดโรคตับและพาหะของโรค (ยง, 2542)

ปี พ.ศ. 2531 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบแก่กรมควบคุมโรคติดต่อที่จะดำเนินโครงการสาธารณสุขการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิดในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ที่จังหวัดเชียงใหม่ และชลบุรี โดยการสนับสนุนของ International task force on Hepatitis B Immunization, Program for Appropriate Technology in Health (PATH) และรัฐบาลออสเตรเลีย การดำเนินการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีร่วมอยู่ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ เพื่อต้องการให้จำนวนวันทันตเด็กมาให้ภูมิคุ้มกันไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีต้องฉีด 3 ครั้ง ดังนั้นจึงกำหนดให้การฉีดครั้งแรกพร้อมวัคซีน BCG ครั้งที่ 2 ให้พร้อมกับ DPT1 และ OPV1 และครั้งที่ 3 ให้เมื่ออายุ 6 เดือน พร้อมกับ DPT3 และ OPV3 การให้วัคซีนครั้งที่ 2 หลังครั้งแรก 2 เดือน แม้จะป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกได้ไม่ดีเท่าการให้เมื่ออายุ 1 เดือน แต่มีโอกาสได้ความครอบคลุมสูงกว่าและป้องกันการติดเชื้อโดยส่วนรวมได้มากกว่า (ศุภมิตร, 2539)

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจถึงประสิทธิภาพของการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ภายหลัง 2 ปี และ 4 ปี ของการเริ่มโครงการที่ชลบุรีและเชียงใหม่ดังกล่าว มีจำนวนทารกแรกเกิดที่เข้าโครงการทั้งหมด 60,980 คน พบว่าอัตราครอบคลุมของการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 ครั้ง ภายหลังเริ่มโครงการได้ 2 ปี และ 4 ปี เท่ากับร้อยละ 84.4 และ 90.4 ตามลำดับ และพบว่าอุบัติการณ์ของการเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีในเด็กต่ำกว่า 1 ปี ในช่วง 4 ปี ของการศึกษาลดลงอย่างมาก จากปี พ.ศ. 2531 (ก่อนเริ่มโครงการ) อัตราการเป็นพาหะของจังหวัดชลบุรีและเชียงใหม่ เท่ากับร้อยละ 5.4 ภายหลังเริ่มโครงการให้วัคซีน 2 ปี และ 4 ปี (พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2536 ตามลำดับ) อัตราเป็นพาหะลดลงเป็นร้อยละ 2.86 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ และเมื่อตรวจเลือดภูมิคุ้มกันไวรัสตับ อักเสบบี (anti HBs titer ≥ 10 mIU/ml) พบว่าจากเริ่มต้นเด็กมีภูมิคุ้มกัน (seroconversion rate) ร้อยละ 2.4 หลังสิ้นสุดโครงการอัตราการมีภูมิคุ้มกันเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.15

ตารางที่ 2.15 ความชุกของพาหะไวรัสตับอักเสบบีและภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กก่อนวัยเรียนที่จังหวัดชลบุรีและเชียงใหม่ พ.ศ. 2531, 2534 และ 2536

Marker	2531		2534		2536	
	x/n	%	x/n	%	x/n	%
HBsAg	175/3188	5.4	105/3665	2.85	21/2518	0.8
AntiHBs	48/2001	2.4	1364/3623	37.65	1766/2526	70

แหล่งข้อมูล : Chunsuttiwat S. et al. Vaccine, 15(6/7):769-774,1997

นอกจากนี้ ได้ประเมินเปรียบเทียบประสิทธิผลของวัคซีนในการลดจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในทารกที่ไม่ได้วัคซีนเท่ากับร้อยละ 15.9 เปรียบเทียบกับกลุ่มทารกที่ได้รับวัคซีนพบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพียงร้อยละ 2.7 (Chunsuttiwat et al, 1997)

ปี พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีครอบคลุมพื้นที่กว้างขึ้นเพิ่มขึ้นอีก 10 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี หนองบัวลำภู ราชบุรี นครราชสีมา ขอนแก่น ยโสธร นครสวรรค์ พิจิตร โลก สุราษฎร์ธานี และสงขลา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นที่ตั้งของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่าในปีพ.ศ. 2540 ทารกทุกคนที่เกิดมาควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ทารกทุกคนโดยให้รวมเข้าไปในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) คือเมื่อแรกเกิด, 2 และ 6 เดือนพร้อมกับ DPT และ OPV จังหวัดส่วนใหญ่เริ่มให้บริการวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเต็มพื้นที่ในปี พ.ศ. 2536 วัคซีนที่ใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2535-2536 เป็นวัคซีนที่ทำจากพลาสมา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมาใช้ recombinant vaccine (ยง, 2542)

อัตราการครอบคลุมของวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

เริ่มมีการสำรวจประเมินผลความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ผลแสดงไว้ในตารางที่ 2.16

ตารางที่ 2.16 อัตราความครอบคลุม (ร้อยละ) ของวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทยจากการสำรวจ พ.ศ. 2535-2538

	2535	2536	2537	2538
BCG	97	98	98	98
DPT3	91	92	93	94
OPV3	91	92	93	94
HB3	NA	NA	77	88
Measles	88	86	86	90

NA - ไม่มีผลการสำรวจ

แหล่งข้อมูล : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ (อ้างจาก สุภูมิตร ชุณหสุทธิวัฒน์ วารสารโรคติดต่อ 22(3):177-186,2539)

ผลการดำเนินการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีใน EPI

จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาในปีพ.ศ. 2541 ในจังหวัดสงขลา ซึ่งได้ให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มาตั้งแต่พ.ศ. 2534 โดยสุ่มตัวอย่างจากเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อายุ 2 เดือน ถึง 15 ปี ได้เด็กจำนวน 180 คน เพื่อตรวจเลือดและให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่เกิดในช่วงมีการรวมของวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีใน EPI ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 เข็มถึงร้อยละ 85.2 เปรียบเทียบกับก่อน EPI เด็กได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มร้อยละ 47.7 และเมื่อตรวจภูมิคุ้มกันของไวรัสตับอักเสบบี (anti HBs) พบว่า เด็กที่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุดเป็นเด็กอยู่ในช่วงอายุ 0-5 ปี ซึ่งเกิดหลัง EPI เท่ากับร้อยละ 84.4 และจากจำนวนเด็กที่ศึกษาทั้งหมดตรวจพบอัตราการเป็นพาหะเรื้อรังเพียงร้อยละ 0.5 (ทั้งหมดเป็นเด็กที่เกิดก่อนรวมวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีไว้ใน EPI และไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน) สำหรับการติดเชื้อของไวรัสตับอักเสบบี พบในกลุ่มเด็กอายุ 11-15 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 6-10 ปี ร้อยละ 1.6 และไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มอายุ 0-5 ปีเลย แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดช่วยลดอุบัติการณ์การติดต่อของโรคทั้งจากแม่สู่ลูก (vertical transmission) และรวมถึงผลกระทบทาง horizontal transmission จากการที่พาหะลดลง การติดต่อระหว่างเด็กต่อเด็กก็ลดลงตามไปด้วย (ปรินดา, 2541)

เนื่องจากการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี แม้จะไม่เพิ่มเวลานัดการฉีดวัคซีนในโปรแกรม แต่ก็เพิ่มความเจ็บปวดและเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นหากสามารถรวมวัคซีนอยู่ในเข็มเดียวกัน และประหยัดค่าใช้จ่ายให้ได้มากที่สุดก็จะเป็นแนวทางที่ดียิ่งขึ้น ที่น่าจะมีผลในทางปฏิบัติมากที่สุดในอนาคตอันใกล้ คือ การให้วัคซีนผสมป้องกันคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก กับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นโดยบริษัทผู้ผลิตวัคซีนหลายแห่ง และขณะนี้เริ่มวางตลาดบ้างแล้ว และมีรายงานการศึกษาของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ พบว่า วัคซีนผสมมีความปลอดภัยและสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันด้านทานของเชื้อทั้งหมดได้ดีเท่ากับการฉีดวัคซีนแยกกัน (Poovorawan, 1997) นอกจากนี้กรมควบคุมโรคติดต่อได้ร่วมมือกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสภากาชาดไทย ดำเนินโครงการสาธิตการใช้วัคซีนผสมดังกล่าว ในจังหวัดเชียงราย ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2541 โดยให้แก่เด็กขวบปีแรก เมื่ออายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน ตามกำหนดการรับวัคซีนปกติเดิมพื้นที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งข้อมูลจากโครงการนี้จะป็นพื้นฐานประกอบการพิจารณาวางแผนการใช้วัคซีนผสมชนิดนี้ในระดับประเทศต่อไป (ศุภมิตร, 2539)

สรุป การดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีให้ทารกแรกเกิดทุกคนเป็นแนวทางที่ถูกต้องในการควบคุมและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และสามารถให้วัคซีนร่วมกับวัคซีนอื่นใน EPI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในอนาคตแนวทางการพัฒนาวิธีการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี โดยผสมกับวัคซีนคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก น่าจะเป็นแนวทางที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติระดับประเทศได้

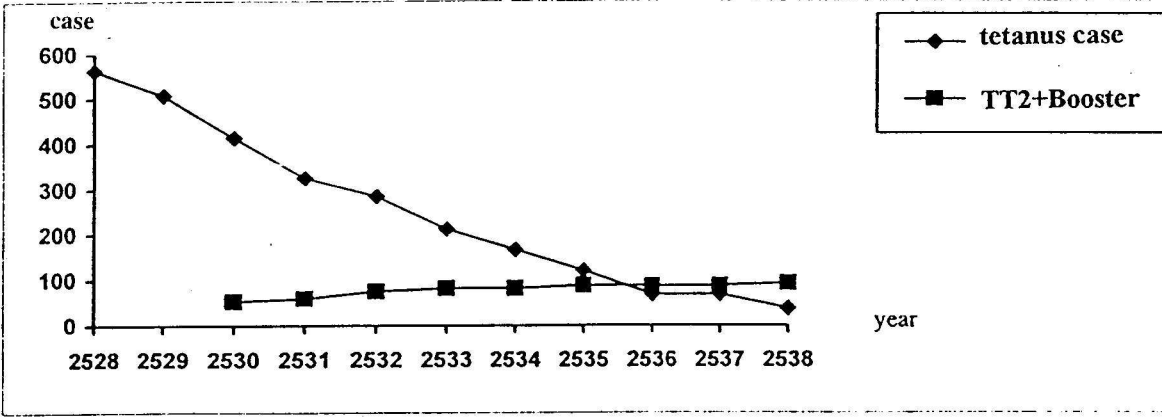
โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด

อุบัติการณ์ของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด คำนึงชีวิตที่สำคัญของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายให้ปลอดจากโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดทุกพื้นที่ในปี พ.ศ. 2538 และแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทยฉบับที่ 7 ได้ตั้งเป้าหมายไว้สอดคล้องว่าจะกำจัดโรคนี้ให้หมดไป โดยการเฝ้าระวังโรคเพิ่มความครอบคลุมของการให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในตำบลที่มีรายงานผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กเกิดใหม่หรือตำบลที่มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่าร้อยละ 70 หรือตำบลที่มีความครอบคลุมของการให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 80 และเพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และภายหลังคลอด (กองระบาดวิทยา, 2537) เพื่อให้จะทำให้อุบัติการณ์โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดต่ำกว่า 1 : 1,000 คน ของเด็กเกิดมีชีวิตแต่ละจังหวัด กำหนดให้ทุกจังหวัดจะต้องมีการรายงานผู้ป่วยบาดทะยักครบ 100 เปอร์เซ็นต์ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539) จากรายงาน 506 และรายงานการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดปี 2536 พบผู้ป่วยได้ทุกภาคของประเทศไทย โดยพบภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.14, 0.09, 0.07 และ 0.02 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คนตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ ระนอง ยะลา นราธิวาส สกลนคร สุรินทร์ ฉะเชิงเทรา แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ และสุราษฎร์ธานี (กองระบาดวิทยา, 2537) จากรายงานการเฝ้าระวังโรครายวัน (รง. 506/507) ในระยะต่อมาของกองระบาดวิทยาระหว่างปี พ.ศ. 2528-2538 พบว่า จำนวน ผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน มีแนวโน้มลดลงจาก 564 คน ในปี พ.ศ. 2528 เหลือ 38 คน ในปี พ.ศ. 2538 เมื่อคิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรคพบว่า มีแนวโน้มลดลงจาก 0.38 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี 2528 เหลือ 0.039 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2538 เมื่อพิจารณารายจังหวัด ในปี 2537 และ 2538 พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคบาดทะยักในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน มีอัตราการเกิดโรคต่ำกว่า 1 : 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิตในทุกจังหวัด (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539)

ในอดีตอุบัติการณ์ของโรคบาดทะยักแรกเกิดค่อนข้างสูงโดยเฉพาะบางพื้นที่ รายงานของกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขถึงอุบัติการณ์โรคบาดทะยักแรกเกิดของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 พบว่า จังหวัดกระบี่สูงสุด ตามด้วยสตูล, ดาก, เชียงราย, สงขลา เท่ากับ 1.72, 1.71, 1.04, 1.00, และ 0.89 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว, 2535) โดยที่จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคสูงมากในช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 ดังกล่าวแล้ว ได้มีการศึกษาและประเมินภัยอันตรายจริงจังกหลายโครงการ ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ และแม่บ้านจังหวัดกระบี่ โดยลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ เมื่อ พ.ศ. 2533 พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ (ไม่แนะนำ ไม่กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ไปรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก) และระยะคลอด (การใช้เครื่องมือตัดสายสะดือและเครื่องมือทำคลอดที่ไม่ปราศจากเชื้อ) โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด และการขาดความรู้หรือไม่เห็นความสำคัญในการผสมน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่ใช้เช็เครื่องมือทำคลอด ในกลุ่มผดุงครรภ์โบราณและกลุ่มแม่บ้านพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 3 ระยะ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักไม่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสายสะดือไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้กลุ่มผดุงครรภ์โบราณ ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดเครื่องมือและสายสะดือไม่ถูกต้องด้วย (ลดาวัลย์ และคณะ, 2533) นอกจากนี้มีการศึกษาของ ล้วน บูชากรณธ์ เกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดของ จังหวัดกระบี่ ปี พ.ศ. 2533 โดยศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัญหาโรคบาดทะยักในจังหวัดกระบี่ และจัดทำโครงการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด การศึกษาพฤติกรรมของมารดาก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบ 30 cluster sampling technique ด้วยแบบสอบถามมารดาที่คลอดมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี หมู่บ้านละ 7 คน รวม 210 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า อัตราการฝากครรภ์ครบคลุมร้อยละ 79 ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบชุดร้อยละ 69.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคร้อยละ 57 ในระยะคลอดมีการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่ร้อยละ 54.7 ทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้วร้อยละ 36.7 การตัดสายสะดือที่ถูกต้องวิธีร้อยละ 70.6 ระยะหลังคลอดมารดาได้รับความรู้ในการดูแลสายสะดือเด็กร้อยละ 77.6 การดูแลสะดือถูกต้องวิธีร้อยละ 39.5 ผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โดยการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนบาดทะยักในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) ในจังหวัดกระบี่ โดยไม่ต้องรอให้ ตั้งครรภ์และหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ให้ครบชุด การอบรมและฟื้นฟูความรู้ให้แก่ ผดุงครรภ์โบราณในจังหวัด พบว่าในปี พ.ศ. 2533 สามารถรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ได้ครอบคลุมจำนวน 46,471 คน คิดเป็นร้อยละ 82 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งจังหวัด ผดุงครรภ์โบราณเข้ารับการอบรมและฟื้นฟูความรู้ 76 คน หลังจากโครงการสิ้นสุดลง ผลปรากฏว่าในปี พ.ศ. 2534 จังหวัดกระบี่มีผู้ป่วยด้วยโรคบาดทะยักแรกเกิดเพียง 1 ราย โดยมารดาไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน

ในปี พ.ศ. 2537 ชูสิทธิ์ และคณะ ได้รายงานการเฝ้าระวังโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ กองระบาดวิทยา ข้อมูลจำนวนเด็กเกิดมีชีพจากข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขและข้อมูลการปฏิบัติงานให้วัคซีนจากกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากระบบประเทศไทยเริ่มโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง อัตราตายก็มีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดย Linear regression พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดมีความสัมพันธ์ผกผัน (negative correlation) กับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ 2 ครั้งในหญิงตั้งครรภ์ ($r = -0.93$, 95% CI อยู่ระหว่าง $-0.98-0.78$) แสดงว่าอัตราป่วยด้วยโรคนี้อาจลดลงสัมพันธ์กับการครอบคลุมของวัคซีนบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรครายวัน (รง 506/507) ของกองระบาดวิทยา และรายงานโดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2539 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์กับจำนวนเด็กป่วยในแต่ละปีน่าจะมีความสัมพันธ์ในเชิงสัมพัทธ์กัน โดยการเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2530 และปี 2538 พบว่า ปี 2530 การได้ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมร้อยละ 53.08 มีเด็กป่วยด้วยโรคบาดทะยักจำนวน 414 คน แต่ในปี พ.ศ. 2538 ความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันบาดทะยักเท่ากับร้อยละ 92.78 มีเด็กอายุต่ำกว่า 28 วันป่วยด้วยโรคบาดทะยักเพียง 38 ราย ดังแสดงไว้ในรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยัก และจำนวนป่วยเป็นโรคบาดทะยักในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน ปี พ.ศ. 2528-2538

แหล่งข้อมูล : 1. รายงานการเฝ้าระวังโรครายวัน (รง.506/507) กองระบาดวิทยา
 2. การทำ 30 cluster sampling survey ฝ้ายโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป (อ้างจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลและการดำเนินงาน การพัฒนาสุขภาพเด็กไทย ตามเป้าหมายถึงทศวรรษ 2538 ระยะสิ้นสุดโครงการ เอกสารประกอบการประชุม สุขภาพเด็กไทยในทศวรรษหน้า, 2539)

สรุป สถานการณ์โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด จนถึงปี พ.ศ. 2538 แม้จำนวนป่วยและตายในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วันด้วยโรคบาดทะยัก ยังคงมีอยู่ก็ตาม แต่มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ปี 2538 พบจำนวนผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน เหลือเพียง 0.039 : 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิตทั่วประเทศ และอัตราเกิดโรคพบต่ำกว่า 1 : 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิตของทุกจังหวัด ซึ่งแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ต้องการให้โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดปลอดในทุกพื้นที่ สำหรับอัตราตายด้วยโรคบาดทะยัก พบว่า ลดลงจากปี 2528 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 23.68 (137 คน) เหลือร้อยละ 0.009 (9 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน) ในปี 2538 ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังและดำเนินตามมาตรการเดิมต่อไป เพื่อกำจัดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดให้หมดไป

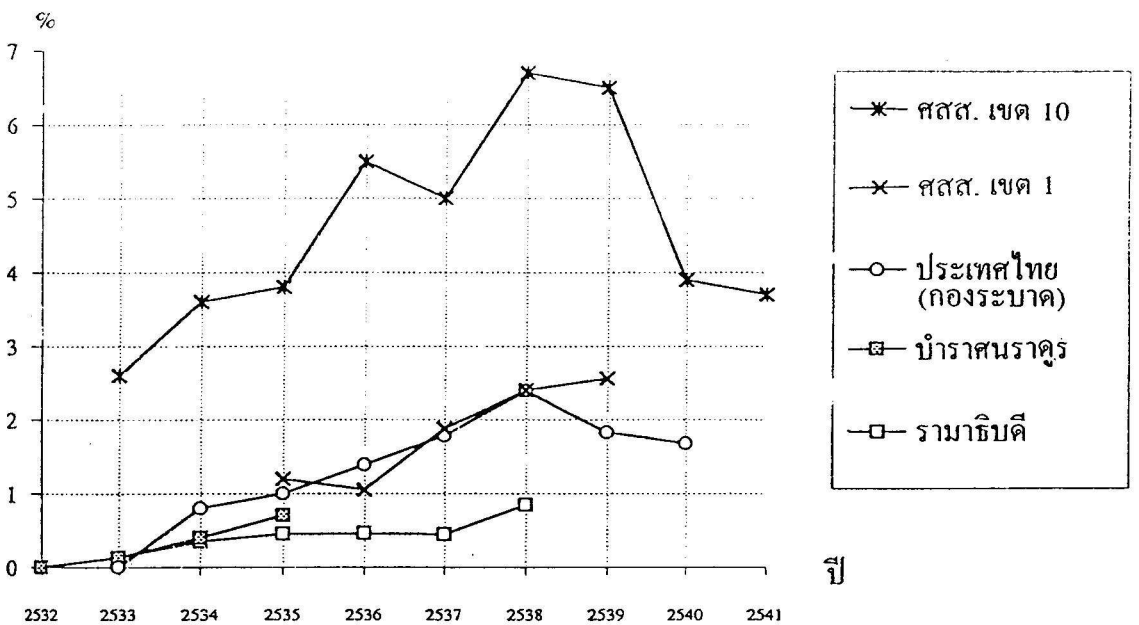
ปัญหาการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปีพ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นชายรักร่วมเพศ ต่อมาภายหลังปี พ.ศ. 2528 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีการแพร่ระบาดของโรคไปสู่สถาบันครอบครัวคือสู่มารและเด็ก จากการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เข้าสู่สถาบันครอบครัวเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2531 จากข้อมูลของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำเดือนมีนาคม พ.ศ. 2542 รายงานว่ามีหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-44 ปี ติดเชื้อเอดส์ทั้งหมด 18,831 คน จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งสิ้น 111,108 คน คิดเป็นร้อยละ 16.95 มีเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาทั้งสิ้น 5,561 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด

อัตราความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอดส์

มีรายงานถึงอัตราความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ วินิจฉัยจากการตรวจ HIV antibody ของโรงพยาบาลและหน่วยงานของรัฐจากที่ต่างๆ ในประเทศไทย ในช่วงเวลาต่างๆ กันหลายแห่ง สำหรับรายงานที่ได้

แสดงให้เห็นแนวโน้มของอัตราความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ข้อมูลจากโรงพยาบาลบาราศนราดูร พ.ศ. 2532-2535 เท่ากับร้อยละ 0, 0.13, 0.4 และ 0.7 ตามลำดับ (วรวิทย์, 2539) โรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2533-2538 เท่ากับร้อยละ 0.13, 0.45, 0.46, 0.44 และ 0.84 ตามลำดับ (อังฉรา และคณะ, 2539) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1 (ศสส. เขต 1) ปี พ.ศ. 2535-2539 เท่ากับร้อยละ 1.2, 1.05, 1.88, 2.4 และ 2.55 ตามลำดับ (นิพรพรรณ และคณะ, 2540) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 (ศสส. เขต 10) ซึ่งเป็นข้อมูลจากทางภาคเหนือตอนบน ได้แก่ พะเยาลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย และลำปาง มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2533-2541 เท่ากับร้อยละ 2.6, 3.6, 3.8, 5.5, 5.0, 6.7, 6.5, 3.9 และ 3.7 ตามลำดับ (Supawitkul, 1999) และข้อมูลรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540 โดยอัตราความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีได้มาจากหญิงที่มาฝากครรภ์ดำเนินการในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของทุกจังหวัดถ้าเป็นจังหวัดที่มีการตรวจเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเพื่อให้คำปรึกษาจะรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในช่วงเดือนเมษายนถึงสิ้นเดือนมิถุนายนมาวิเคราะห์แสดงผล หากไม่มีการตรวจทุกคนจะแบ่งเหลือของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องส่งเลือดตรวจจากการติดเชื้อซีพีลิสอยู่แล้ว ส่งตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ระบุชื่อ ในบางจังหวัดอาจมีผลการตรวจของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ด้วย อัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์จากรายงานนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2540 ซึ่งเป็นข้อมูลของเดือนมิถุนายนในแต่ละปี เท่ากับร้อยละ 0, 0.8, 1.0, 1.39, 1.78, 2.29, 1.82 และ 1.68 ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา, 2540) ได้แสดงข้อมูลจากรายงานต่างๆดังกล่าวข้างต้นเปรียบเทียบให้เห็นในรูปที่ 2.2



รูปที่ 2.2 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานของรัฐต่างๆ

จากรูปที่ 2.2 จะเห็นว่าแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ระยะ 7 ปีแรกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราความชุกสูงสุดอยู่ที่ภาคเหนือตอนบน สำหรับข้อมูลจากการสำรวจของกองระบาดวิทยา ปีพ.ศ. 2540 ได้จาก 76 จังหวัด เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลของ รพท./รพศ. ของทุกจังหวัด ในป็นี่ได้สำรวจโดยมีขนาดตัวอย่างที่มากพอ จะเห็นว่าอัตราความชุกสูงสุดของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ย

ทั้งประเทศอยู่ในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 2.29 หลังจากปี พ.ศ. 2538 มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2540 เท่ากับร้อยละ 1.68 (ค่าต่ำสุดเท่ากับร้อยละ 0 สูงสุดเท่ากับร้อยละ 5.5) กองระบาดวิทยาได้รายงานว่ามีแนวโน้มภาพรวมอัตราความชุกมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่ามีจังหวัดที่มีความชุกสูงสุดของประเทศคือภาคเหนือตอนบน อัตราความชุกยังสูงคือมากกว่าร้อยละ 3 ภาคกลางได้แก่ จังหวัดชายฝั่งทะเล เช่น ตรัง ระยอง จันทบุรี สุพรรณบุรี ส่วนภาคใต้ จังหวัดที่มีความชุกสูง (ประมาณร้อยละ 2.5) ได้แก่ ชุมพร กระบี่และสงขลา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้อัตราความชุกสูงไม่เกินร้อยละ 2 แต่จังหวัดที่ควรให้ความสนใจได้แก่ หนองคาย ร้อยเอ็ด เลย อุบลราชธานี จากภาพรวมระดับประเทศที่แนวโน้มของหญิงตั้งครรภ์คิดเชื้อเอชไอวีลดลงในระยะหลัง หลังจากที่มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วงแรกๆ เป็นข้อบ่งชี้ว่าจากการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในระดับหนึ่ง แต่การมองในแนวโน้มระดับประเทศอาจจะไม่ได้บอกความหมายมากเท่าที่ควร เนื่องจากข้อมูลระดับเขตหรือระดับจังหวัดหลายพื้นที่ที่ยังสูง ดังนั้นผู้บริหารของหน่วยงานที่รับผิดชอบระดับพื้นที่นั้นๆ จำเป็นต้องประสานงานกันและหามาตรการในการลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ดีขึ้นอีก จำเป็นต้องมีการศึกษาเจาะลึกการกระจายของปัญหาและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยาและทางสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีคงมีอยู่ เช่น สถานบันเทิงเรจิมย์ ที่มีอยู่ทุกหนแห่ง และเริ่มมีการเปลี่ยนรูปแบบเป็นแอบแฝงมากขึ้นทุกวัน ทำให้มาตรการต่างๆ เช่น การรณรงค์เรื่องถุงยางอนามัยมีความลำบากขึ้น การเพิ่มขึ้นของปัญหาการใช้ยาเสพติดรูปแบบอื่นๆ เช่น ยาบ้า ยาอี การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสในกลุ่มเยาวชนด้วยกัน ฯลฯ ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้มีการกำหนดไว้ว่าจะทำการควบคุมมิให้มีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกอายุต่ำกว่า 25 ปี ไม่ให้สูงเกินร้อยละ 1 ซึ่งมาตรการที่ดำเนินการอยู่ในขณะนี้ใช้กลยุทธ์การป้องกันในกลุ่มชายให้ลดลงหรือเลิกการเที่ยวหญิงบริการ และการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทุกแห่ง และมีมาตรการอื่นๆ เสริมเพิ่มเติม เช่น การตรวจและให้คำปรึกษาแนะนำก่อนแต่งงานสำหรับคู่สมรสใหม่ (กองระบาดวิทยา, 2540)

ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

อายุ จากหลายการศึกษาในระดับพื้นที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การศึกษาของนิพนธ์พร และคณะ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 พ.ศ. 2535-2539 พบว่าอายุเฉลี่ย 23.34 ปี โดยอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 67.78 การศึกษาของ จินดา สุโกศล และคณะ จากศสส.เขต 1, เขต 4, เขต 5, เขต 6, เขต 8, เขต 12 และโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ระหว่าง 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2537 จากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี 216 คน พบอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-29 ปี การศึกษาของ สมสกุล ภูมิบ่อพลับ เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงฝากครรภ์ใน 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง พ.ศ. 2537 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 6,588 คน ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1.38 อายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.54 อยู่ในช่วง 20-24 ปี

ลำดับการตั้งครรภ์ จากหลายการศึกษาพบว่าครรภ์แรกมีอัตราติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด สูงกว่าครรภ์หลัง 2.2 เท่า (ไกรวุฒิ, 2540) ร้อยละ 50.54 (สมสกุล, 2537) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีครรภ์แรกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (จินดา และคณะ, 2537)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ของ ดวงพร อรรถบวรพิศาล ที่จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2540 ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์อายุเฉลี่ยเท่ากับ 24 ปี อยู่ในช่วง 20-24 ปี สถานภาพสมรสแต่งงานแล้วและอยู่ด้วยกันร้อยละ 57.8 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่มีการร่วมเพศครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ

56.1) อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 17.5 ปี สำหรับบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นสามี (ร้อยละ 92.9) ด้านการป้องกันโดยการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ไม่ใช้ถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 91.0 (ดวงพร, 2541) รายงานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 419 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 24.3 ปี การได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์พบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.5) เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 76.4) และรองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 60.1) ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และระดับดี ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 40.6) ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า การตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคเอดส์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ตัวแปรที่มีอิทธิพลหรือผลกระทบต่อการศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์มีเพียง 4 ตัวแปร โดยมีความสำคัญตามลำดับคือ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การศึกษาของภรรยา รายได้ของครอบครัว และการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี และประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวกและร่วมกันพยากรณ์ได้ คิดเป็นร้อยละ 25.3 (สันสนีย์ และคณะ, 2540)

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก นอกจากการพยายามลดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว การป้องกันการติดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อแล้ว ไปสู่ลูกนับเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะต้องทำควบคู่กัน จากรายงานของกองระบาดวิทยาเดือนมีนาคม 2542 พบว่า จำนวนเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาในแต่ละปี ตั้งแต่พ.ศ. 2527 จากเริ่มต้นเพียง 19 คน จนถึงปัจจุบันนี้มีทั้งหมด 5,561 คน อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารกของทั่วโลกโดยที่ไม่มีการได้ยา Zidovudine ในแม่อยู่ในช่วง 14-40% (Fowler MG, 2542) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของโรงพยาบาลในจังหวัดทางภาคเหนือ พบอัตราการติดเชื้อของเด็กจากแม่ที่ติดเชื้อในช่วง พ.ศ. 2532-2535 ก่อนข้างสูง คือร้อยละ 37-45 (ตารางที่ 2.17) โดยในช่วงนั้นความรู้เรื่องการติดเชื้อทางน้ำนมแม่ยังไม่ชัดเจน และองค์การอนามัยโลกยังคงแนะนำให้ทารกคนนมมารดาได้สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นเด็กส่วนใหญ่ยังคงคนนมมารดา ต่อมาเมื่อให้ทารกคนนมมารดาและมีการสนับสนุนนมผสมอย่างจริงจัง อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2536-2539), พะเยา (2537-2539), จังหวัดเชียงราย (2536-2537) เหลือเป็นร้อยละ 31, 27 และ 21 ตามลำดับ (วิรัตน์ และคณะ, 2542) และจากรายงานการศึกษาของ ไกรฤกษ์และคณะเมื่อ พ.ศ. 2540 ถึงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยใช้วิธี polymerase chain reaction (PCR) ตรวจในระยะเวลา 6 เดือน คือเมื่ออายุ 1 เดือน และ 6 เดือน พร้อมติดตามดูอาการ ในทารกที่คลอดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงปี 2536-2537 โดยทารกทุกคนงดนมแม่และกินนมผสม พบอัตราการติดเชื้อของทารกเท่ากับร้อยละ 25.2 (95% CI 17.4-33.1) (ไกรฤกษ์ และคณะ, 2540) การประมาณการของกองระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2540 พบว่า อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 1.7 ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์มีหนึ่งล้านคนก็จะมีหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 17,000 คน ซึ่งถ้าทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 25 ก็จะมีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 4,200 คน ต่อปี หรือประมาณเดือนละ 350 คน การดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกนับเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง (กองระบาดวิทยา, 2540)

ตารางที่ 2.17 อัตราการติดเชื้อของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดทางภาคเหนือ พ.ศ. 2532-2535

โรงพยาบาล	ปีพ.ศ.ที่เด็กเกิด	จำนวนเด็กที่ศึกษา (คน)	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	95% CI
มหาราชนครเชียงใหม่	2532-2535	36	42	0.26-0.58
แม่และเด็กเชียงใหม่	2532-2535	20	45	0.23-0.67
เชียงรายประชานุเคราะห์	2532-2534	119	42	0.33-0.51
ลำปาง	2533-2535	104	38	0.27-0.46
พะเยา	2534-2535	105	37	0.28-0.46

แหล่งข้อมูล : วิรัตน์ สิริสุนทรนะ อัตราการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยเสี่ยงในเด็กติดเชื้อจากมารดา วารสารกุมารเวชศาสตร์ 35(2):158-162,2539

การลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

จากรายงานความสำเร็จในการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก โดยให้ยา Zidovudine ในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีของ Aids Clinical Trial Groups 076 (ACTG 076) เมื่อพ.ศ. 2537 โดยให้หญิงตั้งครรภ์เริ่มกินยา Zidovudine เมื่ออายุครรภ์ 14-34 สัปดาห์ กินวันละ 500 มิลลิกรัม จนถึงระยะคลอดและระยะคลอดให้ยา Zidovudine ทางเส้นเลือดดำในขนาด 2 มิลลิกรัม/กก. เป็น loading dose ใน 1 ชั่วโมงแรก แล้วตามด้วย 1 มิลลิกรัม/กก/ ชั่วโมง ไปเรื่อยๆจนคลอด และให้ยา Zidovudine syrup 2 มก/กก/ครั้งทุก 6 ชั่วโมง แก่ทารกหลังคลอด 8-12 ชั่วโมงไปนานอีก 6 สัปดาห์ และงดกินนมมารดา พบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อลงได้ 2/3 เท่า จากร้อยละ 25.5 เหลือร้อยละ 8.39 (Connor et al, 1994) ต่อมาวิธีนี้ถือเป็นมาตรฐานการรักษาในสหรัฐอเมริกา แต่เนื่องจากเมื่อคำนึงถึงค่ารักษาที่สูง หญิงตั้งครรภ์และบุตรต้องกินยาเวลานาน สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาวิธีการให้ยา Zidovudine ดังกล่าวค่อนข้างยุ่งยากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ (กองระบาดวิทยา, 2541) ดังนั้นประเทศไทยได้มีการศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2539-2540 ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนครเชียงใหม่ โดยกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ The Centers for Disease Control and Prevention ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาโดยให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีกินยา Zidovudine 300 mg วันละ 2 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และให้ทุก 3 ชั่วโมง เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งคลอด ให้ทารกนมแม่และติดตามทารก พร้อมตรวจเลือดด้วยวิธี PCR เมื่อแรกเกิด อายุ 2 เดือน และ 6 เดือน พบว่า สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ร้อยละ 50 คือจากร้อยละ 18.9 เหลือร้อยละ 9.4 (Shaffer et al, 1999) จากผลการศึกษานี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสนับสนุนการให้ยา Zidovudine ระยะสั้น เพราะเหมาะสมกับเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน และได้ให้กรมอนามัยเป็นแกนในการประสานเครือข่ายการดำเนินงานการให้ยา Zidovudine ในหญิงตั้งครรภ์ โดยมีหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคประสานการดำเนินงาน โดยเริ่มดำเนินการในจังหวัดพื้นที่เขต 7 เป็นเขตแรก เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นรูปแบบให้เขตอื่นๆ ได้ดำเนินการ แต่เนื่องจากความต้องการใช้ยา Zidovudine ในหญิงตั้งครรภ์มีมากขึ้น การรอผลการศึกษาจากเขต 7 เป็นแนวทางการดำเนินงาน อาจไม่ทันการ ในปี 2542 กรมอนามัยจึงได้สนับสนุนให้มีการขยายการดำเนินงานไปยังเขตอื่นๆ ที่มีความพร้อมที่จะดำเนินการ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2541) นอกจากนี้ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยได้นำวิธีการให้ยา Zidovudine คล้ายกับ ACTG 076 ไปดำเนินการใช้ในหลายแห่ง พบว่า สามารถลดอัตราการติดเชื้อลงได้

ดีเช่นเดียวกัน และยังมีการศึกษาวิจัยหรือปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารก ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้ Zidovudine แบบต่างๆ ที่เป็นโครงการวิจัยค่อนข้างใหญ่ คือ งานวิจัยที่ร่วมกันระหว่าง Harvard University, กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้งานวิจัยกำลังดำเนินการอยู่ นอกจากนี้การป้องกันโดยการคลอดทารกโดยผ่าตัดทางหน้าท้อง การสวนล้างช่องคลอดก่อนทารกคลอด ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดยังต้องการการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปที่ดีที่สุดในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

สรุป ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกแม้ว่าแนวโน้มของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ในระดับเขตหรือพื้นที่โดยเฉพาะทางภาคเหนือยังนับว่าสูง จำนวนทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แผนการดำเนินงานระดับประเทศนับว่าได้แก้ไขปัญหาได้ระดับหนึ่ง เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย อย่างไรก็ตามการดำเนินการในการลดหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีและลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของสถานพยาบาลทุกพื้นที่ของประเทศในการรณรงค์และมาตรการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป

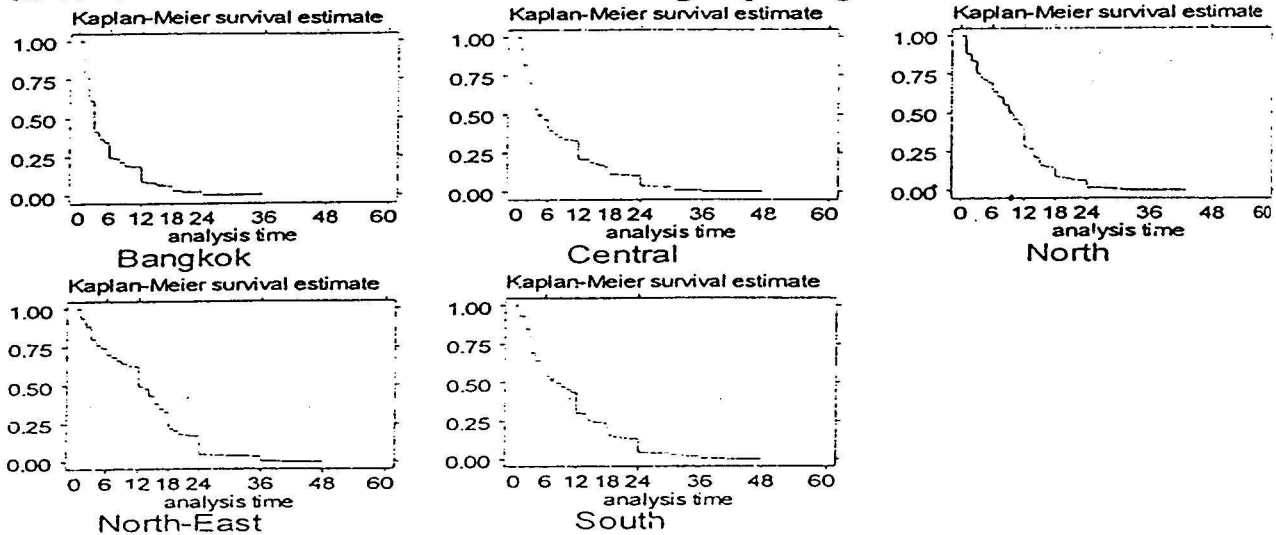
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประชากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของชาติ จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ และแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงตนในสังคมได้อย่างมีความสุข การจะได้ประชากรที่มีสุขภาพดีดังกล่าวต้องเริ่มตั้งแต่วัยทารก โดยทารกควรได้รับสารอาหารอย่างถูกต้องตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีสุขภาพดีและภาวะโภชนาการดีจะมีน้ำหนักปกติ หลังคลอดออกมาแล้วอาหารที่สำคัญที่สุดของทารกคือ นมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประโยชน์แก่ทารก ตัวแม่เอง ครอบครัว และแก่ประเทศชาติ เด็กที่กินนมแม่นอกจากจะได้อาหารทางกายที่ครบถ้วนและเหมาะสมแล้วยังได้อาหารใจทำให้มีสุขภาพจิตและพัฒนาการที่ดี เป็นรากฐานสำหรับการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน

จากรายงาน สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540 ข้อมูลได้จากประชาชนทั้ง 4 ภาค โดยคัดเลือก 33 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่าในภาพรวมของการให้นมในเด็กขวบปีแรก เด็กได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวย้อยละ 40.2 นมแม่และนมอื่นร้อยละ 49.5 และนมอื่นร้อยละ 10.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือร้อยละ 59.5 เป็นในเขตร้อยละ 31.4 และนอกเขตร้อยละ 75.1 รองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 47.2 (ในเขตร้อยละ 23.4 และนอกเขตร้อยละ 64.4) และภาคเหนือร้อยละ 39.8 (ในเขตร้อยละ 23.5 และนอกเขตร้อยละ 47) ตามลำดับ สำหรับภาคกลางให้นมแม่อย่างเดียว น้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 24.5 ส่วนใหญ่จะให้นมแม่ร่วมกับนมอื่น เท่ากับร้อยละ 65.9 (นิตยา และคณะ, 2543) และเมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ทารกได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ของภาคต่างๆ พบว่าทารกทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับนมแม่นานที่สุด คือร้อยละ 50 ของทารกยังคงได้รับนมแม่เมื่ออายุประมาณ 12 เดือน รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง โดยที่ร้อยละ 50 ของทารกแต่ละภาคยังคงได้รับนมแม่เมื่ออายุประมาณ 9 เดือน, 6 เดือน และ 4 เดือนตามลำดับ และพบว่ากรุงเทพมหานครจำนวนทารกที่ยังคงได้รับนมแม่ร้อยละ 50 ของทารกทั้งหมดเมื่ออายุประมาณ 3 เดือนซึ่งนับว่าน้อยที่สุด ดังแสดงในรูปที่ 2.3 (ทำการวิเคราะห์ทางสถิติจากข้อมูลโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 โดยผู้ทบทวน) ยังสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) ที่กำหนดให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

Survival curve for breast feeding by region



รูปที่ 2.3 ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จําแนกรายภาคและที่กรุงเทพมหานคร (วิเคราะห์จากข้อมูลของโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทย พ.ศ. 2539-2540 โดยผู้ทบทวน)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการศึกษาในประเทศไทยพอสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านมารดา

อายุ พบว่าแม่ที่อายุมากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่าแม่อายุน้อย โดยอายุ < 35 ปี เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นกว่าแม่ที่มีอายุมากกว่า (นันทิยา, 2536) การศึกษาของกาญจนา คำดี พ.ศ. 2537 พบว่า แม่อายุมากกว่าเท่ากับ 26 ปีขึ้นไปจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า

อาชีพ อาชีพของแม่ด้านเกษตรกรรมมีระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม โดยเฉพาะแม่ที่อยู่ในเขตชนบท (นันทิยา, 2536) แม่บ้านและเกษตรกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 13-36 เดือน (ขนิษฐา, 2538) และรายงานการศึกษาของพรเพ็ญ ปทุมวิวัฒน์ และคณะ พ.ศ. 2538 พบว่ามารดาที่มีอาชีพทำนาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้นมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 เดือน

สถานภาพการทำงานของแม่ นายจ้างหรือเจ้าของกิจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่าแม่ที่เป็นลูกจ้าง โดยเฉพาะเสมียน (นันทิยา, 2536)

รายได้ครัวเรือน แม่ที่มีรายได้ครัวเรือนสูงจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นกว่า (ขนิษฐา, 2538) จากการศึกษาและวิเคราะห์แบบ multivariate analysis ของ พรเพ็ญ ปทุมวิวัฒน์และคณะ พ.ศ. 2538 พบว่ารายได้ครอบครัวต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 4 เดือน

การทำงานนอกบ้าน เป็นปัจจัยมีผลทำให้แม่ต้องให้นมผสม (ขนิษฐา, 2538) และการศึกษาของสร้อยญา จิตรเจริญ พ.ศ. 2537 พบว่าระยะเวลาพักหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3521, p < .001$)

การรับรู้ของแม่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่แม่เห็นคุณค่าของน้ำนมแม่ การเอาอย่างญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนบ้านในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลาต่างๆ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปหลังจากแม่ต้องออกทำงานนอกบ้าน (กาญจนา, 2537) นอกจากนี้จากการศึกษาในหมู่บ้าน 3 แห่ง ของจังหวัด อุรธานี พบว่าความเชื่อของแม่มีความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพฤติกรรมการให้นม โดยมีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวัฒนธรรมที่ต้องปฏิบัติ และเชื่อว่านมแม่มีคุณภาพดี มีแม่บางกลุ่มไม่ให้นม colostrum ให้ลูกกิน เพราะบอกว่าจะทำให้เด็กท้องเสีย (Saowakontha et al, 1995)

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับแม่หลังคลอด ซึ่งเป็นปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ระยะเวลาการให้นมสั้นลงหรือมีการ ใช้นมผสม ถ้าไม่ได้รับการแนะนำหรือแก้ไขที่ถูกต้อง การศึกษาของพรเพ็ญ ปทุมวิวัฒน์, พ.ศ. 2538 พบว่า ปัญหาการให้นมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาน้ำนมไม่พอร้อยละ 31.9 รองลงมาคือ เจ็บหัวนมมาก ขณะให้นมร้อยละ 23.5 หัวนมบอดสั้นร้อยละ 16 เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูทารก ทารกควรได้อยู่ใกล้ชิดกับแม่โดยเร็วและตลอดเวลา การให้ทารกได้ดูดนมแม่เร็ว จากการศึกษาของ ศิริพร กัญชนะ และนฤมล ชีระรังสิกุล พ.ศ. 2535 โดยศึกษาเปรียบเทียบการให้แม่ออกอยู่ใกล้ชิดกันโดยเร็วต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล โดยแบ่งแม่หลังคลอดออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มแม่ที่ได้กอดลูกทันทีนาน 2-5 นาทีหลังคลอดและย้ายไปอยู่ตึกหลังคลอดพร้อมกัน เริ่มให้ลูกดูดนมครั้งแรกเร็วที่สุดคือเมื่ออายุน้อยกว่า 4 ชั่วโมง และจำนวนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มหญิงหลังคลอดที่ไม่ได้กอดลูกทันทีหลังคลอด และแยกจากลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การศึกษาของ สรัญญา จิตรเจริญ พ.ศ. 2537 พบว่าระยะเวลาที่บุตรเริ่มได้รับนมผสม ประสบการณ์การได้รับหัวนมยางและการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ทำงาน นอกจากนี้ปัจจัยทางทารกที่เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ความเจ็บป่วยและผิปกติด้านร่างกายของทารก (กาญจนา, 2537)

3. แรงสนับสนุนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาของ กาญจนา คำดี พ.ศ. 2537 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและญาติพี่น้องในการช่วยเหลือภาระงานบ้าน การสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะการสนับสนุนอย่างแข็งขันจากสามีหลังจาก 1 เดือนไปแล้ว เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปภายหลังจากแม่เริ่มออกไปทำงานนอกบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของสรัญญา จิตรเจริญ พ.ศ. 2537 พบว่าด้านการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2193, p < 0.001$)

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด เพื่อช่วยแก้ไขปัญหามาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษาของพรเพ็ญ ปทุมวิวัฒน์ และคณะ พ.ศ. 2538 ในแม่หลังคลอดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า แม่ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสถานฝากครรภ์สูงสุดร้อยละ 81.8 แหล่งปรึกษาเมื่อกลับบ้านมากที่สุดคือ แพทย์ ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ บิดามารดา พยาบาล และอ่านหนังสือ เป็นต้น และจากการวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis พบว่า การได้รับการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้นมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 เดือน การศึกษาของกาญจนา คำดี พ.ศ. 2537 ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า แม่ส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำและการติดตามช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นระยะๆ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2534 ประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็น 1 ใน 12 ประเทศทั่วโลกที่เป็นแกนนำในการนำบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ปรับเปลี่ยนในการทำงานของโรงพยาบาล โดยเชื่อว่าจะทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองมากขึ้นและเลี้ยงต่อไปในระยะเวลาอันนานขึ้น เมื่อโรงพยาบาลปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะได้รับการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby Friendly Hospital) สำหรับบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามข้อเสนอแนะขององค์การยูนิเซฟและองค์การอนามัยโลก มีดังนี้

1. มีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษร ที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ
2. ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ
3. ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด
5. แสดงให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีทำให้น้ำนมยังคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าแม่และลูกจะต้องแยกจากกัน
6. อย่าให้อาหาร นมผสม หรือสารน้ำอื่นๆ แก่เด็กแรกคลอด นอกจากนมแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
7. ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง
8. สนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่ทุกครั้งที่ต้องการ
9. อย่าให้ลูกดูดหัวนมยางและหัวนมหลอก
10. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งแม่ไปติดต่อกลุ่มดังกล่าว เมื่อออกจากโรงพยาบาล หรือคลินิก

จากรายงานของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2539 พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกรวม 759 โรง จากทั้งหมด 791 โรง คิดเป็นร้อยละ 95.95 ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดร้อยละ 100 (17 โรงพยาบาล) โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 98.6 (72 ใน 73 โรงพยาบาล) โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 98.94 (656 ใน 663 โรงพยาบาล) โรงพยาบาลแม่และเด็กร้อยละ 100 (8 โรงพยาบาล) โรงพยาบาลกรมการแพทย์ร้อยละ 100 (2 โรงพยาบาล) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 37.50 (3 ใน 8 โรงพยาบาล) และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 5 (1 ใน 20 โรงพยาบาล) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539)

การประเมินและติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก

จะเห็นว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยถึงร้อยละ 95.95 ในปีพ.ศ. 2539 ที่ได้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก กองอนามัยครอบครัวได้จัดให้มีโครงการประเมินความต่อเนื่องของการดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกขึ้น เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลต่างๆ หลังจากได้รับการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกโดยสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2537 โดยวิธี Proportional Stratified Random Sampling จนได้โรงพยาบาลทั้งหมด 24 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่และเด็ก 1 แห่ง โรง-

พยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง, 60 เตียง, 30 เตียง, และ 10 เตียง อย่างละ 2, 2, 8 และ 7 แห่ง ตามลำดับ การประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ประเมินการดำเนินงานของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก และประเมินความต่อเนื่องของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกแล้ว การประเมินการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามผู้บริหาร แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริการสูติกรรม และห้องเด็ก แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งหญิงหลังคลอด และแบบสังเกตการณ์ในห้องคลอด ห้องฝากครรภ์ ส่วนความต่อเนื่องของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ประเมินโดยการสัมภาษณ์หญิงที่ไปคลอดที่โรงพยาบาลในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ทั้ง 24 แห่ง จำนวน 2,953 คน ถึงการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น ผลการประเมินโครงการของกองอนามัยครอบครัว พบว่าความสำเร็จของโครงการในการดำเนินงานทั้ง 10 ข้อในโรงพยาบาล 24 แห่งอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 73.91-100 โดยข้อที่ประสบความสำเร็จ ร้อยละ 100 ได้แก่ ข้อ 1 การมีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อ 3 การชี้แจงแก่หญิงตั้งครรภ์ให้ทราบถึงประโยชน์และวิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และข้อ 8 การสนับสนุนให้ลูกดูนมแม่ทุกครั้งที่ต้องการ รองลงมาคือข้อ 7 และข้อ 9 คือ ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง และอย่าให้ลูกดูดหัวนมยางและหัวนมหลอก พบว่าผ่านการประเมินร้อยละ 96.65 เท่ากัน ตามด้วยข้อ 5 และข้อ 10 คือ แสดงให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีทำให้น้ำนมยังคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าแม่และลูกจะต้องแยกจากกัน และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งแม่ไปติดต่อกลุ่มดังกล่าว เมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิกตามลำดับ ซึ่งผ่านการประเมินในแต่ละข้อเท่ากับร้อยละ 86.95 ส่วนข้อที่ทำได้สำเร็จน้อยที่สุดคือ ข้อ 6 อย่าให้นมผสมหรืออาหารอื่นแก่ทารกแรกเกิดนอกจากนมแม่ซึ่งทำได้ร้อยละ 73.91 เนื่องจากมารดาอีกร้อยละ 26.09 ยังคงให้น้ำแก่ทารกหลังให้นมมารดา ด้านความต่อเนื่องของการดำเนินการ โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์มารดาที่มาคลอดจำนวน 2,953 คน ที่โรงพยาบาล 24 แห่งดังกล่าว ในช่วงเวลาดังแต่ตุลาคม 2535 - กรกฎาคม 2538 พบว่าในเวลา 12 เดือน ความต่อเนื่องลดลงเหลือร้อยละ 70-75 และในเวลา 3 ปี ลดลงเหลือร้อยละ 60 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความต่อเนื่องของโครงการมากที่สุด และภาคกลางเป็นภาคที่มีความต่อเนื่องน้อยที่สุด (พรสิณี และคณะ, 2539)

รายงานการศึกษาของ Kasemsarn et al ปี ค.ศ. 1995 เปรียบเทียบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 4 เดือนหลังคลอด ในระยะก่อน, ระหว่างและหลังการดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่จะผดุงไว้ซึ่งโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ทำการศึกษาในหญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และติดตามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 4 เดือน โดยการสังเกตระยะหลังคลอดในหอมารดาหลังคลอด สัมภาษณ์และสังเกตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่ออายุ 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

ระยะก่อนดำเนินการ (พย. 2535 - กพ. 2536) แม่ร้อยละ 18.48 (165 คน) ให้นมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 27.4 (245 คน) ให้นมแม่ร่วมกับการป้อนน้ำหรือน้ำนม (predominant breast feeding) และร้อยละ 54.12 (483 คน) ให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นและนมผสม (complementary feeding)

ระยะระหว่างดำเนินการ (พย. 2536 - กพ. 2537) จำนวนที่ให้นมแม่อย่างเดียวร้อยละ 51.74 ให้นมแม่ร่วมกับการป้อนน้ำหรือน้ำนมและให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นและนมผสม เท่ากับร้อยละ 25.58 และ 22.70 ตามลำดับ

ระยะหลังการดำเนินการ (มิถุนายน-กันยายน 2537) พบว่าให้นมแม่อย่างเดียวลดลงเหลือ ร้อยละ 11.17 และให้นมแม่ร่วมกับการป้อนน้ำหรือน้ำนมและให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นและนมผสม เท่ากับ ร้อยละ 60 และ 28.83 ตามลำดับ

จะเห็นว่าหลังการรณรงค์อัตราการกินนมแม่ร่วมกับป้อนน้ำยังสูงอยู่แสดงให้เห็นอิทธิพลของญาติพี่น้องรวมทั้งแม่เองที่มีความเชื่อว่าการกินนมแม่ยังต้องให้น้ำร่วมด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ การที่แม่และเด็กได้อยู่ด้วยกันระยะก่อนดำเนินการร้อยละ 33.02 ระยะระหว่างดำเนินการร้อยละ 78.20 และระยะหลังดำเนินการร้อยละ 63.68 ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงสำหรับการให้นมแม่อย่างเดียวในระยะก่อนการดำเนินการ, ระหว่างการดำเนินการและระยะหลังการดำเนินการมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และร้อยละของการให้นมแม่อย่างเดียว มีความสัมพันธ์กับการให้แม่ลูกอยู่ด้วยกันอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) (Kasemsarn et al, 1995)

สรุป การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นเรื่องที่ต้องการการรณรงค์อย่างต่อเนื่องต่อไป รวมทั้งความต่อเนื่องที่จะผดุงไว้ซึ่งโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกต้องการการกระตุ้นหรือการกำกับติดตามเป็นระยะ เพื่อไม่ให้โครงการย่อหย่อนไปตามเวลา

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนรายงานการศึกษาวิจัยและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ตามดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพที่สำคัญ และตามแนวนโยบายของประเทศที่ได้ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดในด้านดังกล่าวไปแล้ว พอจะสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. ด้านนโยบาย

1.1 จัดให้มีการรายงานอัตราตายปริกำเนิดและสาเหตุการตายให้ครอบคลุมพื้นที่ในชนบทมากขึ้น ซึ่งทำได้โดยการออกสำรวจยืนยันเป็นครั้งคราว

1.2 อัตราตายปริกำเนิด ข้อมูลจากกรมอนามัย มีแนวโน้มลดลง ต่อไปควรเน้นการเก็บข้อมูลของทารกตายหลัง 7 วัน ให้มีประสิทธิภาพด้วย โดยจัดให้มีระบบการติดตามและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่หลังจากทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

1.3 ดำเนินการให้สถานพยาบาลที่มีการคลอด มีอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานและพอเพียงในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และมีการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกหลังคลอดให้ทั่วถึง

1.4 ปรับปรุงพัฒนาด้านการส่งต่อทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพ

1.5 รายงานน้ำหนักของทารกเกิดมีชีพจากโรงพยาบาลต่างๆ ของประเทศในสถิติสาธารณสุข ควรแบ่งช่วงน้ำหนักแต่ละช่วงเท่ากับ 499 กรัม ได้แก่ 500-999, 1,000-1,499, 1,500-1,999, 2,000-2,499, 2,500-2,999, 3,000-3,499, - - -, ฯลฯ จะทำให้ทราบอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักน้อย (< 2,500กรัม) ได้แน่นอนไม่ว่าจะคือน้ำหนักของทารกตั้งแต่ 1,000 กรัม หรือ 500 กรัมขึ้นไป และควรรายงานน้ำหนักเฉลี่ยของทารกเปรียบเทียบให้เห็นของแต่ละภาคด้วย

1.6 เร่งดำเนินการในการลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยเฉพาะทางภาคเหนือ ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น หญิงวัยเจริญพันธุ์และเยาวชนสตรีถึงอายุที่เหมาะสม ที่จะตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในด้านการดูแลตนเอง ได้แก่ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติดระหว่างการตั้งครรภ์ ด้านอาหารและโภชนาการ โดยเฉพาะอาหารที่เพิ่มธาตุเหล็ก

1.7 ดำเนินการควบคุมและป้องกันความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะโรคทางพันธุกรรมที่ป้องกันได้ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ สนับสนุนให้มีการตรวจกรองความพิการแต่กำเนิดในหญิง

ตั้งครรภ์ที่ให้ผลคุ้มค่า สนับสนุนให้มีเครือข่ายการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ในโรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางโครโมโซม โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น จัดให้สถานบริการทางการแพทย์มีคลินิกให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน และให้คำปรึกษาก่อนมีบุตร

1.8 ให้มีการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างๆ ต่อไป และสนับสนุนภาคเอกชนในการให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างๆ ดำเนินมาตรการในการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารนมโดยเฉพาะนมผสมสำหรับทารกในรูปแบบต่างๆต่อไป จัดให้มีเจ้าหน้าที่ของรัฐออกเยี่ยมบ้านหลังคลอด

1.9 จัดให้มีการประสานงานระหว่างผู้บริหารของหน่วยงานในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมและเจาะลึกถึงปัญหาและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะพื้นที่

1.10 จัดให้มีสถานที่ที่สามารถรองรับการดูแลเลี้ยงดูทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการอุปการะจากพ่อแม่หรือญาติ

1.11 ดำเนินโครงการเดิมต่างๆ ดังต่อไปนี้ ให้ครอบคลุม และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ

- โครงการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- โครงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่มีอาการผิดปกติ
- โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
- โครงการลดการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
- โครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์
- โครงการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปัญญาอ่อนในทารกแรกเกิด จากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน
- โครงการเฝ้าระวังโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
- โครงการโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยสายสัมพันธ์แม่-ลูก
- โครงการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคเอชไอวีในแม่และเด็ก
- เฝ้าระวังโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและดำเนินการป้องกันโรคนี้ต่อไป เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากโรคนี้

2. ด้านวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพในทารกแรกเกิดที่ครอบคลุมพื้นที่ที่สามารถสะท้อนปัญหาของประเทศ และที่มีรูปแบบการวิจัยที่เห็นแนวทางการปรับปรุงพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในระยะหลังมีมากขึ้น แต่การวิจัยในเชิงพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นแบบเชิงพรรณนามากกว่า และมักจะศึกษาเพื่อเป็นวิทยานิพนธ์ในการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพทารกแรกเกิดที่ต้องการ ได้แก่

2.1 ศึกษาคุณภาพของประชากรในวัยเด็กด้านต่างๆ เมื่ออัตราเกิดลดลง เช่น การศึกษา การได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การเจริญเติบโตดีขึ้นหรือไม่

2.2 ศึกษาถึงปัญหาที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งโดยเฉพาะภาคใต้และภาคอีสานยังต้องการคลอดนอกสถานพยาบาล และแนวทางแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

2.3 ศึกษาอัตราตายของทารกแรกเกิดในระยะ 28 วันแรกหลังคลอด และในทารกขวบปีแรก และสาเหตุการตาย ทั้งที่ตายในโรงพยาบาลและออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยมีวิธีการติดตามที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทราบสถานการณ์การตายของทารกในประเทศไทย เปรียบเทียบกับต่างประเทศได้แน่นอน

- 2.4 ศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในพื้นที่ที่อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังสูงเกินร้อยละ 7 โดยเฉพาะทางภาคเหนือของไทย
- 2.5 พัฒนารูปแบบวิธีการตรวจกรองและแก้ไขหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มจะคลอดลูกน้ำหนักแรกเกิดน้อย
- 2.6 ศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของทารกน้ำหนักน้อยและความคุ้มทุน โดยเฉพาะกลุ่มที่น้ำหนักน้อยมาก (< 1,500 กรัม)
- 2.7 ศึกษาและติดตามความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป โดยมีการตรวจในครั้งแรกที่ฝากครรภ์ และในไตรมาสที่ 3
- 2.8 ศึกษาน้ำหนักแรกเกิดของทารกหลังจากมีการเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน
- 2.9 ศึกษาหรือพัฒนารูปแบบในการตรวจกรองความพิการแต่กำเนิดในหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น
- 2.10 วิจัยหารูปแบบการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่ไม่ยุ่งยากเพื่อให้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น
- 2.11 ศึกษาปัญหา และแนวทางแก้ไขในโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 2.12 ศึกษาประสิทธิภาพการใช้วัคซีนรวมระหว่างไวรัสตับอักเสบบี และคอตีบ ไอกรนบาดทะยัก เพื่อทดแทนวัคซีนเดิมที่แยกฉีด
- 2.13 วิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย
- 2.14 การวิจัยเพื่อป้องกันหรือลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายน้อยลง และง่ายต่อการปฏิบัติระดับชาติ
- 2.15 ศึกษาติดตาม พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์
- 2.16 วิจัยพฤติกรรมความเสี่ยงบุตรในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 2.17 ศึกษาติดตามประเมินประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก เป็นระยะๆ

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย พ.ศ. 2540.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การให้ยา Zidovudine ในการตั้งครรภ์ระยะท้าย และในระยะคลอด เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่ไปสู่ลูก ในประเทศไทย พ.ศ. 2539-2541. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(11):153-167,2541.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย ประจำปี 2540 (รอบที่ 15). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28(51):725-747,2540.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดในประเทศไทย พ.ศ. 2536. รายงานการเฝ้าระวังโรค. ประจำสัปดาห์ 25(39):549-563,2537.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2542. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน. 30(3):971,2542.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2540 (ตุลาคม 2539 - กันยายน 2540), 2541.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2541 (ตุลาคม 2540 - กันยายน 2541).

กาญจนา คำดี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาหลังคลอดที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็กเชียงใหม่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 10 จำนวน 18 คน และสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้านและผู้ช่วยในการดูแลเด็กของมารดาหลังคลอด

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา, มารดาที่ทำงานนอกบ้าน

วิธีเก็บข้อมูล : ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลสำหรับมารดาแต่ละคนจะสิ้นสุดลงเมื่อทารกอายุครบ 6 เดือน โดยการสัมภาษณ์แนวลึก และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง ปิดการสัมภาษณ์เมื่อได้คำตอบครบถ้วนหมดแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความเชื่อถือได้

นอกจากการสัมภาษณ์และการสังเกตแล้วยังจัดบันทึกภาคสนามตลอดจนข้อมูลจากสามี ญาติพี่น้อง บิดา มารดา เพื่อนบ้าน และเพื่อนของมารดาแต่ละคน เพื่อทดสอบและหาความสอดคล้องของข้อมูล

ไกรวุฒิ ก้วนหิน. ปัจจัยทางประชากรและอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2538-2539. **วารสารวิชาการสาธารณสุข.** 6(1):11-19,2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชนอม ท่าสาธา ปากพนัง หัวไทร และสิชล

ตัวแปรที่ศึกษา : การศึกษา ศาสนา อาชีพ อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุขณะมาฝากครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร ผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อซิฟิลิส การศึกษาและอาชีพของสามี และการยินยอมของหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีเก็บข้อมูล : ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชนอม ท่าสาธา ปากพนัง หัวไทร สิชล และสอบถามเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการศึกษา และอาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2538 - 31 พฤษภาคม 2539 ตามแบบรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ ซึ่งตรวจสอบแล้วโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง

ไกรฤกษ์ ไตรรัตน์ภา, ศิริราช พัวพันวิฒนะ, รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล และคณะ. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยวิธีโพลีเมอเรส เซน รีแอกชัน ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์. **วารสารกุมารเวชศาสตร์.** 36(2):119-126, 2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2536 ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 จำนวน 130 คน

การสุ่มตัวอย่าง : เจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

วิธีเก็บข้อมูล : ตรวจร่างกายและเจาะเลือดทารกหลังคลอด ร่วมกับตัวอย่างเลือดจากมารดาเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ HIV โดยวิธี PCR ให้ทารกทุกรายได้รับนมผสมตั้งแต่แรกเกิด หลังจากนั้นจะนัดมาตรวจซ้ำในเดือนที่ 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 และเจาะเลือดเป็นระยะๆ ในเดือนที่ 1, 6, 9, 15 และ 18 เพื่อหาเชื้อ HIV โดยวิธี PCR และหา HIV antibody โดยวิธี ELISA รวมทั้ง Western blot ด้วย นอกจากนี้ ทารกจะได้รับการตรวจสถานะทางภูมิคุ้มกันโดยหาค่า CD4 และค่าร้อยละของ CD4 ต่อ total lymphocyte (% CD4) ที่อายุ 18 เดือน หรือเมื่อมีอาการของโรคเอดส์ วินิจฉัยการติดเชื้อ HIV จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก ใช้หลักเกณฑ์คือ

1. การวินิจฉัยโรคเอดส์ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (Modified WHO pediatric AIDS criteria)
2. การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ตามคำนิยามของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention : 1994 Revised classification for HIV infection in children less than 13 years of age)

ขนิษฐา เทียบทอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. **วิทยานิพนธ์ สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาประชากรศาสตร์ กรุงเทพฯ :** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่อยู่ในเขตศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร คือ เขตราชเทวี เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตหนองจอก จำนวนเขตละ 100 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

ตัวแปรที่ศึกษา : 1. การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา 2. ปัจจัยทางประชากร (อายุ จำนวนบุตร) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (อาชีพของมารดา, ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ครัวเรือน สถานะที่ทำงานของมารดา สถานภาพของการทำงานของมารดา) ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (เขตที่อยู่ ผู้ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา)

วิธีเก็บข้อมูล : โดยวิธีการสัมภาษณ์ จากสตรีซึ่งมีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-36 เดือน ที่มารับบริการทุกประเภทจากศูนย์บริการฯ ที่ตกเป็นตัวอย่าง ได้แก่ คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกโรคผิวหนัง เป็นต้น โดยมีผู้สัมภาษณ์ 4 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ภายหลังสัมภาษณ์ทุกอาทิตย์ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์อีกครั้ง

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด. สถานการณ์ปัจจุบันและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดในประเทศไทย พ.ศ.2532-2533. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 5-43, 2533.

โครงการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540. สถาบันวิจัย

สาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัย (อายุไม่เกิน 6 ปี) จำนวน 3,306 คน, เด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) จำนวน 4,238 คน,

ประชากรวัยแรงงานทั้งชายและหญิง (อายุ 13-59 ปี) จำนวน 423 คน, ประชากรสูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 4,408 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบ stratified, three staged sampling คัดเลือกบุคคลเป้าหมายโดยได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ คัดเลือกชื่อบุคคลจากการสำรวจการเคลื่อนย้ายประชากรจาก 33 จังหวัดทั่วประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สระบุรี พระนครศรีอยุธยา ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ สมุทรสาคร เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ดาก อุตรดิตถ์ พิจิตร นครสวรรค์ เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ หนองคาย นครพนม ร้อยเอ็ด ขอนแก่น นครราชสีมา สุรินทร์ อุบลราชธานี ชุมพร สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช สงขลา สตูล และยะลา

วิธีเก็บข้อมูล : พนักงานจะติดต่อบุคคลที่ได้รับการคัดเลือก นัดเวลาที่เหมาะสมทำการสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สุขภาพและการบำรุงรักษาร่างกาย ด้วยการสัมภาษณ์ ทำที่บ้านพักหรือในชุมชนใกล้บ้านของผู้ถูกสัมภาษณ์ ทีมสัมภาษณ์ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย พยาบาล พนักงานเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการความสะอาด บางทีมมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตรวจร่างกาย ขบวนการสัมภาษณ์ตรวจร่างกายทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย :

กรุงเทพมหานคร, 113,2541.

จางค์ นพรัตน์, มาลีดา พรพัฒน์กุล, ชวดี นพรัตน์ และคณะ. การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียโดยวิธีตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 4, 21-22 พฤศจิกายน 2539.

จรวพร สุภาพ และฉวีวรรณ บุญสุยา. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยและความรู้เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการฝากครรภ์ระหว่างมารดาทารกน้ำหนักน้อย และมารดาทารกน้ำหนักปกติในโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์. 18(7):329-334,2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาตั้งครรภ์เดี่ยวคลอดบุตรมีชีวิตพักอยู่ที่หลังคลอดโรงพยาบาลราชวิถี การศึกษาอ่านออกเขียนได้และยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย มีมารดาทารกน้ำหนักน้อย 104 ราย มารดาทารกน้ำหนักปกติ 208 ราย

การสุ่มตัวอย่าง : unmatched case-control study ใช้อัตราส่วน case : control = 1.2

ตัวแปรที่ศึกษา : ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของมารดาทารกน้ำหนักน้อย และมารดาทารกน้ำหนักปกติ

วิธีเก็บข้อมูล : สํารวจจากสมุดรายนงานบันทึกการคลอดประจำวันเพื่อหาทารกที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย (case) และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติ (control) ที่อยู่ในลำดับก่อนและหลังต่อมารดาทารกน้ำหนักน้อย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536.

จินดา สุโกมล, อวยพร แก้วสุข, นิพรรณพร วรมงคล และคณะ. การศึกษาภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและผลต่อทารก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 19(3):75-84, 2539.

ชุลีพร จิรพงษา และศิริศักดิ์ วรินทร์ราวาท. รายงานการเฝ้าระวังโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดประเทศไทยพ.ศ.2535. วารสารโรคติดต่อ. 20(4):239-246,2537

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1. รายงานการป่วยด้วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดจากกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (รายงาน 506, 507) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517-2535 เป็นข้อมูลที่รับรายงานจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก และข้อมูลจากรายงานการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานที่คลอด ผู้ทำคลอด วิธีการตัดสายสะดือ และประวัติการรับวัคซีนป้องกันบาดทะยักในมารดา, 2. ข้อมูลจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต จากส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 3. ข้อมูลการปฏิบัติงานให้วัคซีนจากกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ

ฐิติมา สุนทรสัง. การวัดความหนาของน้ำที่สะสมใต้ผิวหนังบริเวณคอทารกเพื่อตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร 8(3):19-27,2542.

ดวงพร อรรถบวรพิศาล. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(9):117-135,2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2540

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

วิธีเก็บข้อมูล : ให้หญิงตั้งครรภ์ที่อ่านออกเขียนได้ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่พบครั้งแรกในช่วงเวลา ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 กรอกแบบสอบถามสำหรับการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.

ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, สุพรรณ พุ่เจริญ, กุลนภา พุ่เจริญ และคณะ. การศึกษาอุบัติการณ์ของอัลฟาธาลัสซีเมียจากเลือดสายสะดือของทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ เรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 4, 21-22 พฤศจิกายน 2539.

ทัศนีย์ จังกาจิตต์, วิภาดา เชื้อสุภโรบล, ทยาวิชญ์ ตันตสว่าง และคณะ. ผลการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพาหะและเป็นโรคเลือดจางธาลัสซีเมียเพื่อรับคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ : ปัญหาและข้อเสนอแนะ. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 4, 21-22 พฤศจิกายน 2539.

ทัศน์ีย์ ฮกยินดี, ศิริกุล อิศรานุกฤษ์. การตายปริกำเนิดใน 43 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 31(2):129-139,2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่ตายในโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ จาก 43 จังหวัดของประเทศไทย ดังนี้

1. จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ยโสธร ชัยภูมิ ขอนแก่น อุตรดิตถ์ หนองคาย มหาสารคาม ร้อยเอ็ด สกลนคร นครพนม มุกดาหาร และกาฬสินธุ์, 2. จังหวัดของภาคเหนือ คือ แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา ลำปาง แพร่ น่าน ดาก พิชญ์โลก นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร และเพชรบูรณ์, 3. จังหวัดของภาคใต้ คือ ชุมพร ระนอง นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต ตรัง พัทลุง สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

ตัวแปรที่ศึกษาหรือนิยามศัพท์ : การตายปริกำเนิด, ลักษณะการตายปริกำเนิด, ช่วงเวลาการตายปริกำเนิด, ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านทารก

วิธีการเก็บข้อมูล : วิเคราะห์ข้อมูลที่มีการบันทึกในแบบฟอร์มการตายของทารกในโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย โดยความร่วมมือของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ร่วมดำเนินการรวบรวมส่งรายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตายปริกำเนิดมายังกองอนามัยครอบครัวข้อมูลที่ศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2532 - 30 กันยายน พ.ศ. 2535

ธราธิป โคละทัต. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด. ใน : มนตรี คูจินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์วิราษฎร์ ประอร ขวลิตธำรง และพิภพ จิระภิญโญ บรรณาธิการ, กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1 กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. 2540:204-211.

นฤมล ภัทรกิจวานิช. การคัดกรองโรคพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในประเทศไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 35(3):213-219,2539.

นฤมล ภัทรกิจวานิช, ประสสิน จันทรวิทัน, กัลยา สิธนาภรณ์, วชิรี จงไฟบุลย์พัฒนนะ, กมลชนก สุกใส. การคัดกรองโรคพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 16(2):51-56,2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2537 ถึงเดือนกรกฎาคม 2538 จำนวน 1,574 คน ได้รับการวัดระดับ thyroid stimulating hormone (TSH) ในตัวอย่างเลือดจากสายสะดือ จำนวน 858 คน

วิธีเก็บข้อมูล : สูติแพทย์และพยาบาลประจำห้องคลอดทำการเก็บเลือดจากสายสะดือของทารกแรกเกิดเลือดจากสายสะดือจะถูกปั่นแยกซีรัมเก็บแช่แข็งไว้ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์จะทำการวัดระดับ TSH ในซีรัมทุกตัวอย่างและวัดระดับ thyroxine (T_4) ในซีรัมบางตัวอย่าง โดยใช้น้ำยาตรวจที่ผลิต โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถ้าระดับ TSH ในซีรัมสูงเกิน 20 mU/L ถือว่าผิดปกติ ทารกจะได้รับการติดตามทางไปรษณีย์ให้กลับมาตรวจซ้ำ หากผลระดับ TSH ที่ตรวจซ้ำมีค่าสูงผิดปกติ จะทำการวัดระดับ T_4 ในตัวอย่างเลือดเดียวกัน หากระดับ T_4 ต่ำผิดปกติ แสดงว่าทารกแรกเกิดรายนั้นมีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน

นฤฤทธิ์ อ้นพร้อม. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย. วารสารกรมการแพทย์. 21(4):136-145,2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 1,365 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยเสี่ยงของมารดาด้านชีวภาพ ด้านการแพทย์และสูติกรรม ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติของมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในช่วง 2 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2536 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2538 ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 455 คน และกลุ่มเปรียบเทียบกับมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวปกติ (น้ำหนักตัวแรกคลอด 2,500-3,999 กรัม) ซึ่งคลอดก่อนและหลังทารกน้ำหนักตัวน้อยที่นำมาศึกษาในสัดส่วน 1 : 2 ได้กลุ่มเปรียบเทียบ 910 คน ตัดมารดาซึ่งคลอดทารกครรภ์แฝดและทารกตายคลอดออกจากการศึกษา

นันทิยา พันชนะ. การทำงานกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาควิชาศึกษาศาสตร์ กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครวเรือนทั่วประเทศ จำนวน 9,045 ครวเรือน และสตรีที่เคยสมรสอายุ 15-49 ปี มีบุตรคนสุดท้ายไม่เกิน 60 เดือน จำนวน 6,775 คน สตรีที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 1,799 คน

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา, การทำงานของมารดา

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้แบบสอบถามของโครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 7 ส่วนด้วยกันคือ

1. ประวัติผู้ให้สัมภาษณ์
2. ประวัติการมีบุตร
3. การป้องกันการปฏิสนธิ
4. สุขภาพและการให้นมบุตร
5. การแต่งงาน
6. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีบุตร
7. ประวัติสามีผู้ให้สัมภาษณ์และการทำงานของสตรี

นิตยา คชภักดี, นิชรา เรืองคารกานนท์ และชัยศ คุณานุสนธิ์. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัย (อายุไม่เกิน 6 ปี) จำนวน 3,306 คน

วิธีเก็บข้อมูล : วิเคราะห์จากข้อมูลโครงการการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานโยบายและแผน สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

นิพรธพร วรมงคล, อนุตรา เอี่ยมเวียง. ความชุกและลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 พ.ศ. 2535-2539. แพทย์สารทหารอากาศ. 43(1):22-29,2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงที่มาฝากครรภ์ คลอด และแท้ง ในโรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1

ตัวแปรที่ศึกษา : ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะเฉพาะของหญิงที่มาคลอดและแท้ง

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติหญิงที่มาฝากครรภ์ คลอดและแท้งและมารับบริการวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2539 โดยหาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด รวมทั้งหาลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่มาคลอดและแท้ง

ปรีดา พานิชชาติ, สุดา ชูอุปการ และยง ภู่วรรณ. ความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีของเด็กในจังหวัดสงขลา : ผลกระทบการให้วัคซีนตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรเพื่อวุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ของแพทยสภา, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุ 2 เดือน ถึง 15 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสงขลา

การสุ่มตัวอย่าง : จากเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 354 คน ตัดออก 16 คน เหลือ 338 คน สุ่มตัวอย่างออกมา 180 คน เพื่อตรวจเลือด

ตัวแปรที่ศึกษาหรือนิยามศัพท์ : ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และความชุกของพาหะเรื้อรังของโรคไวรัสตับอักเสบบี

วิธีการเก็บข้อมูล : ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลเด็ก เจาะเลือดค้ำปิ่นแขกซีรัม เพื่อส่งตรวจที่หน่วยปฏิบัติการไวรัส
ดับอักเสบ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประมวญ สุนากร, อุดม เล็กสมบูรณ์, อนันต์ สุวัฒน์วิโรจน์ และคณะ. ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของ
ทารกน้ำหนักตัวน้อยในประเทศไทย. วารสารสมาคมกุมารแพทย์. 27(2):28-49,2531.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่เกิดในโรงพยาบาลจังหวัด 17 โรงพยาบาล และศูนย์แม่และเด็ก 2 แห่ง จำนวน 75,955 คน เป็น
ทารกน้ำหนักน้อย 7,967 คน ซึ่งกระจายตามภาคต่างๆ ดังนี้ 1) ภาคเหนือ ได้แก่ ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเชียงใหม่ โรงพยาบาลจังหวัด
น่าน โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก, 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี ศูนย์อนามัยแม่
และเด็กขอนแก่น โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, 3) ภาคกลาง ได้แก่
โรงพยาบาลจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลจังหวัดระยอง
4) ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลจังหวัดตรัง โรงพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลจังหวัด
สงขลา โรงพยาบาลจังหวัดยะลา

ตัวแปรที่ศึกษา : ประชากรศาสตร์, ประวัติด้านการแพทย์ก่อนตั้งครรภ์, พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม, ประวัติด้านการแพทย์ขณะตั้ง
ครรภ์ปัจจุบัน

นิยามศัพท์ : ทารกน้ำหนักตัวน้อย หมายถึง ทารกน้ำหนักระหว่าง 1,000-2,499 กรัม ทารกปกติ หมายถึง ทารกน้ำหนักตัวระหว่าง
2,500-3,999 กรัม

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากทารกที่คลอดในโรงพยาบาลดังกล่าว กำหนดให้ทารกน้ำหนักตัวน้อยเป็นกลุ่มศึกษา ทารกปกติเป็น
กลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นทารกที่คลอดตามหลังทารกน้ำหนักตัวน้อย 2 คน แยกทารกแฝดออกจากการศึกษา เพราะครรภ์แฝดเป็นปัจจัยที่
ทราบแน่นอนว่ามีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย บันทึกประวัติของมารดาอย่างละเอียดตั้งแต่ก่อนคลอดถึงปัจจุบัน และตรวจ
ร่างกายมารดาอย่างละเอียด รวมทั้งผลทางห้องปฏิบัติการ

พรเพ็ญ ปทุมวิวัฒนา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

โรงพยาบาลศรีนครินทร์. รายงานวิจัย. ขอนแก่น : โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2538

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาหลังคลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรกเกิดถึง
4 เดือน จำนวน 595 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : 1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีเก็บข้อมูล : โดยใช้ไปรษณียบัตรติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรกตามด้วยจดหมายธรรมชาติตอบกลับมาร้อยละ 50 และตามซ้ำด้วยจดหมาย
ลงทะเบียนและโทรศัพท์ตอบกลับมาเพิ่มร้อยละ 29.50 รวมทั้งหมกร้อยละ 79.50

พรสวรรค์ วสันต์ และมหัทธนา กมลศิลป์. การศึกษาความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดของ

โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2533-2534. สารศิริราช. 45(11):749-758,2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่เกิดในโรงพยาบาลศิริราช ทั้งเกิดมีชีวิตและเสียชีวิต ตั้งแต่เดือนกันยายน 2533-กันยายน 2534

ตัวแปรที่ศึกษา : อุบัติการณ์ของความพิการแต่กำเนิดและปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับความพิการแต่กำเนิด

วิธีเก็บข้อมูล : ทารกแรกเกิดมีชีวิต จะได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ส่วน
ทารกคลอดมาเสียชีวิตจะได้รับการตรวจร่างกาย และชันสูตรศพโดยสูติแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติผู้ศึกษาจะตรวจร่างกายอีกครั้ง และ
ซักประวัติบิดามารดาเกี่ยวกับประวัติทั่วไปและอื่นๆ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจคัดกรองบางอย่างร่วมด้วย

พรสณี อมรวิเศษฐ์, วิชัย เทียนถาวร, นริลักษณ์ กุลฤกษ์ และคณะ. โครงการประเมินความต่อเนื่องของการดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 19(3):27-35, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : แม่ที่อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก และคลอดลูกระหว่างตุลาคม 2535 - กรกฎาคม 2538 จำนวน 24 แห่ง

การสุ่มตัวอย่าง : Proportional Stratified Random Sampling

ตัวแปรที่ศึกษา : การดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้ทีมประเมินผลจากกองอนามัยครอบครัวจำนวน 4 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วยผู้ประเมิน 2 คน โดยใช้แบบสอบถามรูปแบบ และมาตรฐานการประเมินที่จัดทำโดย WHO/UNICEF เช่นเดียวกับการประเมินในรอบแรก เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามแนวทาง “บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ของโรงพยาบาลภายหลังที่ได้รับประกาศให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ภายหลังที่โรงพยาบาลได้ผ่านการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก แล้วถึงการได้รับการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล โดยการติดตามสัมภาษณ์แม่ที่ไปคลอดที่โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก นับตั้งแต่โรงพยาบาลได้รับประกาศเกียรติบัตรเป็นต้นมา

มนู วีระภาสชัย. การตายของทารกปริกำเนิดที่โรงพยาบาลลำปาง ปี พ.ศ. 2534. ลำปางเวชสาร 13(1):96-109, 2535.

มานิต หารวินิตกุล. Anemia in Pregnancy in Udomthani Hospital. วารสารการแพทย์ กลุ่มเครือข่าย. ;2:59-65,2537.

ยง ภู่วรรณ. วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เรื่องควรรู้สำหรับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : หจก.แม่กชิสโสดัง, 2542.

ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, ฤทัยพร ตริตตรง, จรัสศรี บัวบาน และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดตะกักในทารกแรกเกิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ และแม่บ้านจังหวัดกระบี่. รายงานการวิจัย. สงขลา : หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2533

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ แม่บ้าน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ และแม่บ้านต่อการเกิดโรคขาดตะกักในทารกแรกเกิด

วิธีเก็บข้อมูล : สทนากลุ่ม 1. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, 2. กลุ่มผดุงครรภ์โบราณ, และ 3. กลุ่มแม่บ้าน

ล้วน นูชากรณ์. แนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคขาดตะกักในเด็กแรกเกิดของจังหวัดกระบี่ ปีพ.ศ. 2533. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 3(3):194-201,2537

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่คลอดบุตรมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี หมู่บ้านละ 7 คน รวม 210 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบ 30 Cluster Sampling Technique

ตัวแปรที่ศึกษา : สาเหตุ และปัญหาโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด, การป้องกันโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาสาเหตุและปัญหาโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิดโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม จัดทำและดำเนินโครงการป้องกันโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด โดยฉีดวัคซีนป้องกันโรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์แก่หญิงที่มีอายุ 15-44 ปี และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรโบราณ

วรวิทย์ วิศิษฐ์กิจการ. ความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล-

บาราศนราดูร. บทคัดย่อในรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531-2537. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 310:2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบาราศนราดูรและติดเชื้อเอดส์

ตัวแปรที่ศึกษา : ความชุกของการติดเชื้อเอดส์

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมทะเบียนประวัติของผู้ที่มาฝากครรภ์หลังจากที่โรงพยาบาลมีการเจาะเลือดตรวจเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2535

วารารณ เดชะเสนา, พรชัย งามสิทธิฤกษ์, รัชณี เจริญสวัสดิ์, เสาวลักษณ์ ชนม์เย็น, ไพบุลย์ ทนันทไชย. ผลการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดเพื่อค้นหาภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 33 (4):268-277,2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกแรกเกิดที่มีระดับ TSH จากเลือดสายสะดือสูงกว่า 30 $\mu\text{U/ml}$ ในโรงพยาบาลนาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2535 - 30 กันยายน 2537 จำนวน 38 คน จากทารกที่ตรวจคัดกรอง 4,054 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา : สัดส่วนการเกิดภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทารกมีระดับ TSH มากกว่า 50 และ 100 $\mu\text{U/ml}$ กับการเกิดภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด, สัดส่วนการมีอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ อายุกระดูกล่าช้า พัฒนาการล่าช้าในทารกที่มีระดับ TSH ในเลือดสายสะดือผิดปกติ

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาย้อนหลังในทารกแรกเกิดที่มีระดับ TSH จากเลือดสายสะดือมากกว่า 30 $\mu\text{U/ml}$ 38 คน โดยผู้ปกครองของทารกทุกรายจะได้รับแจ้งทางไปรษณียบัตรให้นำทารกกลับมาตรวจซ้ำโดยกุมารแพทย์ ผู้ปกครองจะได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับการได้ยา โดยเฉพาะ Antithyroid drug, contrast media, การได้รับการเสริมไอโอดีนระหว่างตั้งครรภ์, การมีญาติพี่น้องเป็น โรคปัญญาอ่อน หรือนวก เป็นไม้ ทารกทุกรายจะได้รับการตรวจร่างกาย หายาก อาการแสดงของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ตรวจพัฒนาการโดยใช้คู่มือของโรงพยาบาลราชานุกูล ศึกษาอายุกระดูก อ่านผลโดยรังสีแพทย์, ตรวจเลือดหาระดับ TSH, T_4 (บางราย FT_4) เพื่อยืนยันภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ทารกทุกรายจะได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยยา Eltroxin จนกว่าผลการตรวจยืนยันพบว่าปกติจึงจะหยุดยาได้

วิญญู กิ่งวงษา. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจาก congenital hypothyroidism และ phenylketonuria ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่องการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 49-57,2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่เกิดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2535 ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 และทารกที่เกิดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2537

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : อุบัติการณ์ของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดและ phenylketonuria

วิธีเก็บข้อมูล : เจาะเลือดทารกแรกเกิดอายุตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป โดยเก็บตัวอย่างเลือดลงในกระดาษซับที่จัดเตรียมไว้ เริ่มเก็บตัวอย่างเฉพาะทารกที่เกิดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2535 ถึงเดือนกรกฎาคม 2537 และเก็บตัวอย่างจากทารกที่เกิดภายในจังหวัดสุราษฎร์ธานีตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2537 ตรวจหาภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด และ phenylketonuria โดยหา

ค่าผิดปกติของระดับ thyroid stimulating hormone (TSH) และ phenylalanine จากกระดาดซับ โดยวิธี immunoradiometric assay (IRMA) และ Guthric ใช้ค่าผิดปกติเมื่อ TSH > 25 mU/L และ phenylalanine > 4 mg/dl

วิจารณ์ พานิช. รายงานของคณะทำงานเกี่ยวกับ Down Syndrome แห่งประเทศไทย. สงขลานครินทร์
เวชสาร. 5(2):123-30;2530.

วิชัย เหล่าสมบัติ. ธาลัสซีเมีย. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์, 1-12, 2541.

วิรัต ศิริสันธนะ. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยเสี่ยงในเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา. วารสารสมาคม-
กุมารเวชศาสตร์. 35(2):158-162,2539.

วิรัต ศิริสันธนะ, ประภาศรี รังสิยานนท์, อรวรรณ เล่าห์เรณู, และคณะ. การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจาก
มารดาสู่ทารก : รายงานจากเชียงใหม่. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 38(2):119-126,2542.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมารดาชนนครเชียงใหม่
การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

วิธีการเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว ซึ่งได้รับการตรวจเจาะเลือดด้วยชุดผลที่แตกต่างกันไม่ได้เป็นการตรวจเช็คทุกคน
และติดตามหลังคลอดโดยให้กินนมผสมแทนนมมารดา นั้เด็กมาตรวจขณะอายุ 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 15 และ 18 เดือน พร้อมทั้งรับ
วัคซีนตามกำหนด แต่ไม่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* และไม่ได้ยาค้านไวรัสเอชไอวี ในการติดตามเด็กจะเน้นการ
ตรวจร่างกายเด็กเพื่อหาหลักฐานการติดเชื้อเอชไอวี บันทึกการเจ็บป่วยของเด็ก และหาสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือ เสียชีวิต เด็กที่ยังมี
ชีวิตอยู่เมื่ออายุ 18 เดือน จะได้รับการเจาะเลือดตรวจหา antibody ต่อเอชไอวี เพื่อพิสูจน์สภาวะการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี การตรวจหา
antibody ในซีรัมจะทำ supplemental test ให้แน่ใจว่าการตรวจครั้งแรกนั้นให้ผลบวกจริง โดยใช้ particle agglutination test หรือใช้
ELISA ของอีกบริษัทหนึ่งเป็น supplemental test

วิระพล จันทร์ดียิ่ง, มาลีดา พรพัฒน์กุล, สุวิทย์ คงชูช่วย และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ
วิจัยเพื่อหารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียในระดับชุมชน. เสนอสภาวิจัยแห่งชาติ, 2542.

วิมล สุขถมยา, จงดี สุขถมยา, ศุภกาญจน์ ศิลปรัศมี และคณะ. การสำรวจภาวะขาดฮอร์โมนต่อม-
ธัยรอยด์ของเด็กแรกเกิดในภาคใต้. รั้งสีวิทยาสาร. 23(2):73-79, 2529.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กแรกเกิดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลนครศรี-
ธรรมราช และโรงพยาบาลต่ง ที่มีระดับ TSH มากกว่า 25 mU/L จำนวน 54 คน จากทารกที่ตรวจคัดกรอง 7,814 คน

วิธีเก็บข้อมูล : สำรวจหาเด็กที่เป็น congenital hypothyroidism โดยตรวจคัดกรอง ในเด็กคลอดใหม่ ด้วยการเจาะเลือดจากส้นเท้าเด็ก
แรกคลอดในวันที่ 5 ใช้หยดเลือดและบนกระดาดซับ เป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี ตั้งแต่กรกฎาคม 2525 จนถึงธันวาคม 2529 ในปี
แรกของการสำรวจได้ทำเป็น pilot study ทำเฉพาะในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ต่อมาขยายโครงการไปทำที่โรงพยาบาลสงขลา
โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลต่ง การวิจัยนี้ทำเฉพาะหา TSH เพียงอย่างเดียว ด้วยวิธี RIA เพราะเป็นที่ยอมรับกันว่า
TSH ใดที่สุดสำหรับ hypothyroidism โดยให้ผลบวกปลอมน้อยที่สุด และสามารถใช้ในเด็กคลอดก่อนกำหนดได้โดยไม่ผิดพลาด ถ้า

เด็กที่มีระดับ TSH มากกว่า 25 mIU/L จะเรียกกลับมาใหม่ และทำการหาทั้ง TSH, T_4 ถ้า TSH ยังสูง หรือ T_4 ต่ำ จะเรียกกลับมาใหม่ และทำตามการติดตามผู้ป่วย

วิยะดา เจริญศิริวัฒน์. กิจกรรมนำร่องการคัดกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทย. การประชุมสัมมนา ระดับชาติเรื่อง การคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 33-42,2538.

เสนอรายงานการดำเนินการโครงการนำร่องเรื่องการคัดกรองทารกแรกเกิดในปี 2535 โดยทำการศึกษาเฉพาะการคัดกรองทารกแรกเกิดจากสาเหตุภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด และภาวะ phenylketonuria เท่านั้น กิจกรรมของโครงการแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ การพัฒนาเทคนิคทางด้านตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การสำรวจอู่บิดการ การถ่ายทอดเทคโนโลยี การทดสอบภาคสนามในชุมชน และการประเมินผล

วีระชัย จิตรเพียรคำ. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก เชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2533-2537. ลำปางเวชสาร. 17(2) : 83-96,2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2537

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : อัตราตายปริกำเนิด, อัตราทารกตายคลอด, และอัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น

วิธีเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลในใบสรุปการคลอดในห้องคลอดและแบบฟอร์มที่สร้างขึ้นที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก เชียงใหม่

ศักนัน มะโนทัย และสุจิต เม่าสวัสดิ์. การประชุมเสวนาโต๊ะกลม กลุ่มอาการดาวน์ : ขอบเขตปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25-37 และ 38-46, 2540.

ศันสนีย์ นิจพานิช, สุจิตรา นิลเลิศ, สุทธิดา บุญอุษา และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28(38):525-526, 533-535,2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2539 จำนวน 419 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยลักษณะประชากร, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, ความรุนแรงของการติดเชื้อเอดส์ ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคเอดส์, ความรู้เรื่องโรคเอดส์, ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์

วิธีเก็บข้อมูล : โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์หญิงมีครรภ์เป็นรายบุคคล

ศุภมิตร ชูณห์สุทธิวัฒน์. ความก้าวหน้าของการควบคุมโรคตับอักเสบบีในประเทศไทย. วารสารโรค-ติดต้อ. 22(3):177-186,2539.

ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติประชากรและอนามัยครอบครัวเล่ม 8 พ.ศ. 2535.

ศิริพร กัญชนะ. สถานการณ์การตายของมารดาและทารกปริกำเนิดในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในเขต 11 และ 12 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 12-13 มีนาคม พ.ศ. 2541.

ศิริพร กัญชนะ, นฤมล ชีระรังสิกุล. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้แม่ลูกอยู่ใกล้ชิดกันโดยเร็วต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก. วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 15(1):53-68, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 155 คน
การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : การให้แม่ลูกอยู่ใกล้ชิดกันโดยเร็ว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดและติดตามเด็กจนอายุครบ 1 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นหญิงหลังคลอดที่อยู่ตึกหลังคลอด แยกลูกไปยังตึกทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นหญิงหลังคลอดเมื่อคลอดแล้วได้กอดลูกทันทีนาน 2-5 นาที แล้วแยกลูกไปยังตึกทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นหญิงหลังคลอด เมื่อคลอดแล้วได้กอดลูกทันทีนาน 2-5 นาที แม่และลูกย้ายไปยังตึกหลังคลอดพร้อมกัน เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลมารดาในช่วงระยะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ทั้ง 3 กลุ่มทางโรงพยาบาลได้ถือปฏิบัติต่อหญิงหลังคลอดทุกรายเหมือนกันเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้นัดเด็กมาตรวจสุขภาพเด็กตึกทุก 2, 6 และ 12 เดือน เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนที่เหลือ

สมบูรณ์ เรือนโรจน์รุ่ง, นฤมล ชีระรังสิกุล และปราณี สุวัฒน์พิเศษ. โรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก นครสวรรค์. เอกสารประชุมการประชุมวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 4, 2-4 กันยายน 2541.

สมสกุล ภูมิบ่อพลับ. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงฝากครรภ์ใน 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง (พ.ศ. 2537). วารสารวิชาการสาธารณสุข. 3(3):215-221, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์และตรวจพบ anti-HIV ทุกคน

ตัวแปรที่ศึกษา : อายุ ที่อยู่ อายุครรภ์ วัน/เดือน/ปี ที่ฝากครรภ์ วัน/เดือน/ปี ที่ครบกำหนดคลอด ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ผลการตรวจซีฟิลิซิส

วิธีเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลย้อนหลังที่บ้านที่ไว้เฉพาะเป็นผู้ป่วยนอกและบัตรฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์และตรวจพบ anti-HIV ทุกคนเฉพาะสถานบริการที่มีระบบการตรวจกรองเบื้องต้น ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2537

ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ผลสรุปจากการตรวจกรองเบื้องต้น ซึ่งจะตรวจพร้อมกับการตรวจหาเชื้อซีฟิลิซิสในหญิงที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคนเป็นเกณฑ์ตัดสิน วิธีการตรวจหรือมาตรฐานของแต่ละสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ถือว่าไม่แตกต่างกัน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การให้ AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ สำหรับเครือข่ายการให้คำปรึกษา. เอกสารประชุมผู้บริหารระดับเขต/จังหวัดในเขต 12 ในโครงการให้การปรึกษาเรื่องเอดส์ ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก 8 ธันวาคม 2541.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลและการดำเนินงาน การพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายถึงทศวรรษ 2538 ระยะสิ้นสุดโครงการ. เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพเด็กไทย ในทศวรรษหน้า ห้องประชุมศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี 19-21 สิงหาคม 2539.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติการเกิด การตาย ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2533-2537.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ร่างแผนดำเนินการของ กระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 4 2-4 กันยายน พ.ศ. 2541.

สันทนา เจริญกุล. การสำรวจการตายของทารกปริกำเนิดในวชิรพยาบาล วชิรเวชสาร. 36(3):121-127. 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่วชิรพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2532 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2534
ตัวแปรที่ศึกษาหรือนิยามศัพท์ : การตายปริกำเนิด และอัตราการตายของทารกปริกำเนิด

วิธีการเก็บข้อมูล : นำวาระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่วชิรพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 21,309 คน มาวิเคราะห์ข้อมูลหาอัตราการตายของทารกปริกำเนิด สาเหตุของการตาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการตาย กับอายุมารดา จำนวนการคลอด และน้ำหนักทารก

สรัญญา จิตรเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการ การสนับสนุนจากคู่สมรสการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงาน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่ทำงานหลังคลอด ศึกษาช่วงที่บุตรมีอายุระหว่าง 1-12 เดือน และหย่านมแม่แล้ว โดยศึกษาจากมารดาที่นำบุตรมารับบริการการตรวจรักษาและตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 คลินิกเอกชนตรวจสุขภาพเด็กและในชุมชนที่มารดาหลังคลอดที่ทำงาน จำนวน 150 คน

การสุ่มตัวอย่าง : เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา : การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีเก็บข้อมูล : 1. สัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2. แจกแบบสอบถามการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามสนับสนุนจากคู่สมรส หลังจากสัมภาษณ์ข้อ 1 แล้ว กรณีที่มารดาไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามแล้วให้มารดาเลือกตอบด้วยตนเอง

สร้อยสอางค์ เศรษฐวานิช, สายพิน กุสมิทธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ. ภาวะโลหิตจางของหญิงมีครรภ์ ปี พ.ศ. 2540. ปัญหาและความรุนแรงที่มีแนวโน้มลดลงในประเทศไทย. แพทยสภาสาร. 25(4): 303-314, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลแม่และเด็กเชียงใหม่ 1194 คน นครสวรรค์ 881 คน ขอนแก่น 978 คน กรุงเทพมหานคร 1102 คน ราชบุรี 1326 คน และยะลา 1055 คน อายุเฉลี่ยประมาณ 26 ปี ภูมิลำเนาอยู่ในชนบทประมาณ 2 ใน 3

ของทั้งหมด ประมาณร้อยละ 60 จบการศึกษาภาคบังคับ มีอาชีพเป็นเกษตรกร หรือกรรมกรร้อยละ 35 ทำงานในบริษัทหรือร้านค้าต่างๆ ร้อยละ 33 ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) มีการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ การสุ่มตัวอย่าง : เจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : ความชุกของภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์และสาเหตุสำคัญที่พบบ่อย (โลหิตจางใช้ฮีมาโตคริต < ร้อยละ 33)

วิธีการเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากหญิงที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและไม่เคยได้รับยาเสริมธาตุเหล็กก่อนมาฝากครรภ์ครั้งนี้ที่โรงพยาบาลดังกล่าว จากการสัมภาษณ์และตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ

สุขญา สมณะ และค้อพงศ์ สงวนเสริมศรี. **Prevention and control of severe thalassemia syndrome : activity at CMU Hospital.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเชียงใหม่แห่งชาติครั้งที่ 4, 2-4 กันยายน 2541.

หทัย ถิ่นธารา, อุ๋นใจ กอนันตกุล และมาลีดา พรพัฒน์กุล. สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในอำเภอหาดใหญ่. **สงขลานครินทร์เวชสาร.** 6(3):268-276, 2531.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ห้องฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 2,651 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษาและนิยามศัพท์ : สาเหตุและความชุกของภาวะโลหิตจาง โดยเกณฑ์ที่ถือว่าภาวะโลหิตจาง ใช้ค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 ก./ดล. หรือค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30

วิธีเก็บข้อมูล : หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำใส่ขวดซึ่งมีน้ำยาฮีโมโกลบินโดยวิธี cyanmethemoglobin และหาค่าฮีมาโตคริตโดยวิธีไมโครฮีมาโตคริต และทำการศึกษาลักษณะเม็ดเลือดแดงจากเสมียร์เลือดและตรวจดูจากระเพื่อหาตัวอ่อนหรือไขพยาธิ โดยใช้วิธี Kato's thick smear ทุกราย จากนั้นให้ยาบำรุงเลือดที่มีเฉพาะธาตุเหล็กไปรับประทานในขนาดที่ใช้รักษาคือ 180 มก. ของธาตุเหล็กต่อวัน โดยให้ในรูปแบบของเฟอร์รัสซัลเฟตรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร เป็นเวลานานประมาณ 4 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาตรวจค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตซ้ำทุก 2 ถึง 4 สัปดาห์ แล้วแต่ช่วงอายุครรภ์

อังฉรา คณาเจริญ, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และวินิจ พัวประดิษฐ์. อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี-1 ในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2533-2538. ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์, ครั้งที่ 6 วันที่ 26-28 สิงหาคม, 2539:77.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

ตัวแปรที่ศึกษา : ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี-1

วิธีเก็บข้อมูล : เก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV-1 ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติช่วงปี พ.ศ. 2533-2538 หลังจากเริ่มมีการตรวจเลือดทุกคน

Beasley RP, Hwang LY, Lin CC et al. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. A prospective study of 22707 men in Taiwan. **Lancet.** 1981;2:1129-1133.

Chanvitan P, Janjindamai W and Dissaneevate S. Early neonatal mortality at Songklanagarind Hospital 1987-1997. **J Med Assoc Thai.** (in press)

Chunsuttivat S, Biggs BA Maynard Thampalo S et al. Integration of hepatitis B vaccination into the expanded programme on immunization in Chonburi and Chiangmai province, Thailand. **Vaccine.** 15(6/7):769-774,1997.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่เกิดในจังหวัดชลบุรีและเชียงใหม่ จำนวน 60,980 คน

ตัวแปรที่ศึกษาหรือนิยามศัพท์ : อัตราครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี, ความซุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี ประสิทธิภาพของวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี

วิธีเก็บข้อมูล : ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ก่อนเริ่มโครงการ การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ถูกบรรจุอยู่ในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เมื่อแรกเกิด อายุ 2 เดือน และ 6 เดือน ได้ทำการสำรวจภูมิคุ้มกันโดยการเจาะเลือด โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในเด็กอายุ 7 เดือน - 5 ปี จากจังหวัดทั้งสอง ในช่วงก่อนเริ่มโครงการ 2 ปี (พ.ศ. 2531) ภายหลังเริ่มโครงการ (พ.ศ.2534) และครั้งสุดท้ายตรวจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปี พ.ศ.2536 การสำรวจการครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ได้จากการสัมภาษณ์มารดาและตามสมุดสุขภาพ

Chongsuvivatwong V, Impat A and Tayakanonta K. A survey of neonatal tetanus and perinatal mortality in southern Muslim communities in Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 24(2):654-658,1993

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกเกิดมีชีพจำนวน 2310 คน ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านมุสลิมในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

การสุ่มตัวอย่าง : โดยวิธี 30 cluster sampling จำนวนทารกเกิดมีชีพ 77 คนต่อ 1 cluster

ตัวแปรที่ศึกษา : บาดทะยักในเด็กแรกเกิด การตายปริกำเนิด การตายคลอด การตายในระยะ 7 วันแรก

วิธีเก็บข้อมูล : ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งสามารถพูดภาษามุสลิมได้ และได้รับการอบรมก่อนออกสัมภาษณ์ 17,837 ครั้งเรือน

Chumniarakij T, Nuchaprayoon T, Chitinand S et al. Maternal risk factors for low birth weight newborn in Thailand. **J Med Assoc Thai.** 75(8):445-452,1992.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,000 คน และมารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวปกติ (2,500-4,000 กรัม) จากสถานที่เดียวกันจำนวน

4,095 คน

การสุ่มตัวอย่าง : unmatched case-control study ใช้อัตราส่วน case : control = 1 : 2

ตัวแปรที่ศึกษา : biological factors influencing low birth weight, psycho-social risk factors, environmental medical factors, maternal obstetric factors

Connor EM, Spering RS, Gelber R et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment. **N Eng J Med.** 331:1173-1180,1994.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุครรภ์ระหว่าง 14 และ 34 สัปดาห์ และมี CD4 + T-lymphocyte counts มากกว่า 200 เซลล์/มม.³ ซึ่งไม่เคยได้ยาด้านไวรัสในระหว่างการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบ double blind, placebo-controlled, randomized study.

ตัวแปรที่ศึกษา : ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา Zidovudine ในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีเก็บข้อมูล : ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง 14-34 สัปดาห์ ดังกล่าวและทุกคนมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ ฮีโมโกลบิน ≥ 8 กรัม/ดล., absolute neutrophil count $\geq 1,000$ เซลล์/มม.³ platelet count $> 100,000$ เซลล์/มม.³ serum alanine aminotransferase ≤ 2.5 เท่าของค่า upper limit ของปกติ serum creatinine ≤ 1.5 มก./ดล. หรือ urinary creatinine clearance ใน 8 ชั่วโมง > 70 มล/มม.³ หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจอัลตราซาวด์ดังต่อไปนี้ จะคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ life-threatening fetal anomaly หรือความผิดปกติที่อาจเพิ่มปริมาณ Zidovudine หรือ metabolite ของมัน เช่น oligohydramnios ในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 หรือ polyhydramnios ที่ไม่สามารถอธิบายได้ในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และ fetal hydrops, ascites หรือหลักฐานว่ามี fetal anemia นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา antiretrovirus ระหว่างการตั้งครรภ์หรือได้รับ immunotherapy, anti HIV vaccine, cytolytic chemotherapeutic agent หรือ radiation จะคัดออกจากการศึกษา

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NE et al. Hematological disorders. **William Obstetrics.** 20th ed. London : Prentice-Hall International, 1997:1173-1202.

Dhondt JJ et al. Neonatal screening in France. การประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่องการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 86-94, 2538.

Fowler MG. Update on perinatal HIV prevention : pediatric perspective. เอกสารประกอบการสัมมนาการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของทารกจากมารดาในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร. วันที่ 19-20 สิงหาคม 2542.

Hotrakitya S, Tejavej A & Siripoonya P. Early neonatal mortality and causes of death in Ramathibodi Hospital : 1981-1990. **J Med Assoc Thai.** 76(Suppl.2):119-129,1993.

Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia:WB. Saunders, 8-10,1997.

Kasemsarn P, Ngarampiyosakul C, Phongpanich S et al. Baby friendly hospital : How to sustain? **J Med Assoc Thai.** 78(7):362-368,1995.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีเก็บข้อมูล : แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ช่วง คือ pre-intervention (พฤศจิกายน 2535 - กุมภาพันธ์ 2536) Intervention (พฤศจิกายน 2536 - กุมภาพันธ์ 2537) และ post-intervention (มิถุนายน-กันยายน 2537) สังเกตแม่หลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรม สัมภาษณ์และสังเกตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอด 4 เดือนของทีมสุขภาพ

Klebanoff MA, Shiono PH, Selby JV et al. Anemia and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:59-63.

Klein AH, Meltzer S and Kenny FM. Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before age three months. *J Pediatr.* 81(5):912-915,1972.

Naruse H. **Development of neonatal screening in Japan.** การประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง การคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 58-70,2538.

Nuchprayoon T, Chumnijarakij T and Chotiwan P. Prediction of low birth weight outcome in Thailand : multiple regression analysis. *J Med Assoc Thai.* 75(10):578-583,1992.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,000 คน และมารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวปกติ (2,500-4,000 กรัม) จากสถานที่เดียวกันจำนวน 4,095 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ประสิทธิภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต อายุ จำนวนบุตร เลือดออกทางช่องคลอด (มี, ไม่มี) จำนวนอาหารที่รับประทาน (มากขึ้น, คงเดิม, น้อยลง) การดื่มชา/กาแฟ (ดื่ม, ไม่ดื่ม) การสูบบุหรี่ (สูบ, ไม่สูบ), อาชีพบิดา

วิธีเก็บข้อมูล : ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม สัมภาษณ์ มารดาที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก (จังหวัดราชบุรี, จังหวัดเชียงใหม่, จังหวัดนครสวรรค์, จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดยะลา) และโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาก่อนรวบรวมข้อมูลนาน 12 เดือน

Poovorawan Y. Experience of combined tetravalent diphtheria, tetanus, whole-cell pertussis and hepatitis B vaccine in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 28(3):496-499,1997.

Rajatanavin R, Chailurkit LO, Sriprapadaeng A et al. Screening for congenital hypothyroidism in Thailand : Has its time come ? *J Med Assoc Thai.* 76(2):2-8,1993.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกทั้งหมดที่เกิดที่ห้องคลอด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2533 - มีนาคม 2535

ตัวแปรที่ศึกษา : ความไวและความเที่ยงตรงของน้ำยาวิเคราะห์ TSH ในซีรัมที่ผลิตในประเทศไทยโดยเปรียบเทียบกับน้ำยาที่ผลิตจากต่างประเทศ ระดับ TSH ในซีรัม จากเลือดสายสะดือแรกเกิด อุบัติการณ์ของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด, ระดับไอโอดีนในบิดาและมารดา, ความคุ้มค่า (cost-benefit) ของการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน

วิธีเก็บข้อมูล : ทารกทั้งหมดที่เกิดในห้องคลอดได้รับการตรวจเลือดจากสายสะดือตอนแรกเกิด บันทึกน้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ และ Apgar score เก็บตัวอย่างเลือดและปัสสาวะของมารดา 1 คน ใน 4 คน เมื่อมาถึงห้องคลอด เพื่อตรวจระดับ TSH และระดับไอโอดีนในปัสสาวะตามลำดับ serum TSH assay ได้รับการตรวจสัปดาห์ละครั้ง ทารกที่มีระดับ TSH มากกว่า 30 $\mu\text{U/ml}$ ถูกเรียกกลับทันทีทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ ทารกได้รับการตรวจหาอาการ อาการแสดงของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน และตรวจเลือด TSH assay ซ้ำเพื่อยืนยัน ทารกได้รับการตรวจ ^{131}I thyroid uptake และ thyroid scan หรืออัลตราซาวด์ เพื่อหาสาเหตุของภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน และเริ่มให้การรักษาด้วย levothyroxine ทันที และติดตามดูอาการ cost-benefit ได้รับการคัดค้นทุนต่อจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบและประมาณ opportunity cost และ supportive care ที่ใช้

Ratrisawadi V, Horpaopan S, Chotigeat U et al. Perinatal-neonatal and weight specific neonatal mortality in Thailand in 1996 and comparison with 1976 and 1986 : A hospital based study. **J Med Assoc Thai.** 81(7):506-511,1998.

Saowakontha S, Chantraphosri V, Kampor P et al. Breast feeding behavior and supplementary food pattern of villagers in Udon thani. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 26(1):73-76,1995.

Suwatanaviroj A and Ratrisawadi V. Factors associated with congenital malformations in Thailand. **J Med Assoc Thai.** 79(9):544-549;1996.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลทั่วไป 17 แห่ง และโรงพยาบาลแม่และเด็ก 2 แห่ง ได้แก่ ภาคกลาง : โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา (กาญจนบุรี), สระบุรี, เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (ปราจีนบุรี), ระยอง, สมุทรปราการ, สมุทรสาคร และราชวิถี ภาคเหนือ : ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 5 (เชียงใหม่) โรงพยาบาลน่าน, พระพุทธชินราช (พิษณุโลก) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : อุดรธานี, ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก (ขอนแก่น) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี), มหาสารคาม ภาคใต้ : สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ตรัง หาดใหญ่ สงขลา ยะลา

การสุ่มตัวอย่าง : แบบ case control

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการแต่กำเนิด

วิธีการเก็บข้อมูล : ทารกทุกรายที่มีความพิการแต่กำเนิดเป็นกลุ่มศึกษา ทารกปกติที่คลอดก่อนและหลังกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มควบคุม อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 : 2 ซักประวัติอย่างละเอียดตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และช่วงระหว่างตั้งครรภ์

Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA et al. Short-course Zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand : a randomised controlled trial. **Lancet;** 353:773-780,1999.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV-1 ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ.

ตัวแปรที่ศึกษา : ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการให้ยา Zidovudine ระยะสั้นรับประทานในหญิงตั้งครรภ์ระยะสุดท้ายและระยะคลอด เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีเก็บข้อมูล : randomized, double-blind, placebo controlled trial ในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV-1 ที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งดังกล่าว ให้กินยา Zidovudine 300 มก. วันละ 2 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์และทุก 3 ชั่วโมง เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจนกระทั่งคลอด มารดาจะได้รับแอกนอมผสมและไม่ให้ทารกกินนมมารดา ทารกได้รับการตรวจเชื้อ HIV-1 โดยวิธี polymerase chain reaction (PCR) แรกคลอด, อายุ 2 เดือน และ 6 เดือน และตรวจวัด plasma viral concentration โดยวิธี RNA PCR

Siripoonya P and Tejavej A. Congenital abnormalities in the early neonatal period ten years incidence at Ramathibodi Hospital. **J Med Assoc Thai.** 63(10):544-547;1980.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกทั้งหมดที่เกิดที่โรงพยาบาลรามธิบดี ช่วงเดือนพฤษภาคม 2512 และเดือนธันวาคม 2521

ตัวแปรที่ศึกษา : อุบัติการณ์ของความพิการแต่กำเนิดแบ่งตามระบบต่างๆ

วิธีการเก็บข้อมูล : ทารกทุกคนได้รับการตรวจและบันทึกความพิการที่พบขณะอยู่ในห้องเด็กโดยแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้าน ถ้ามีปัญหาก็ได้รับการตรวจยืนยัน โดยอาจารย์ ความพิการที่พบจะจัดกลุ่มตามระบบต่างๆ ของร่างกาย

Sri-smith R. Perinatal mortality Chiang Rai Prachanukroh Hospital 1992-1994. *J Med Assoc Thai.* 79(1):16-20,1996.

Supawitkul S. **Prevention of mothers to children transmission of HIV : routine service and practical problems in region-10 (1997-1999).** เอกสารประกอบการสัมมนาการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของทารกจากมารดาในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร วันที่ 19-20 สิงหาคม 2542.

นำเสนอหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีในเขต 10 โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีในเดือนมิถุนายนของแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2541 ของจังหวัดพะเยา, ลำพูน, เชียงใหม่, เชียงราย, ลำปาง และแม่ฮ่องสอน.

Wannaves N, Kuropakornpong V, Tasanakul T et al. **The counselling program of thalassemia in pregnant women who attended at antenatal clinics of Phatthalung Hospital and Kuankanun Hospital.** เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ครั้งที่ 4, 21-22 พฤศจิกายน 2539.

Wilcken B. **Screening for hypothyroidism in the neonate.** การประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง การคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 58-70.2538.

บทที่ 3

สถานะสุขภาพของเด็ก 1 เดือนถึง 5 ปี

ในบทนี้จะครอบคลุมสุขภาพทั่วไปของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี การป่วยและการตาย การได้รับอุบัติเหตุ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมทั้งความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กวัยนี้ คัดชนที่ใช้บ่งบอกทางอ้อมถึงสถานะสุขภาพ โดยทั่วไป ได้แก่ ความชุกของการป่วย การรับตัวไว้ในโรงพยาบาล และอัตราการตาย ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ได้จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 ที่ศึกษาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี และข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุด และนำมาประมวลเข้าด้วยกัน ในส่วนของข้อมูลจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 เป็นข้อมูลของสาเหตุและตัวเลขของประชากรที่ป่วย ประชากรที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งข้อมูลจำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละอายุและแต่ละพื้นที่ จากนั้นผู้ทบทวนจึงนำมาคำนวณเป็นร้อยละเพื่อเปรียบเทียบความชุกในแต่ละพื้นที่ให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น ในเรื่องของสาเหตุและชนิดของการได้รับอุบัติเหตุได้ข้อมูลจากการสำรวจของนิคยา ชขภักดี และคณะ ในเรื่องสุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนจะครอบคลุมในเรื่องวัคซีนบีซีจี คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก โปลิโอ หัด และไข้มองอึกเสบเจอี รวมทั้งการระบาดของโรคเหล่านี้ การสอบสวนโรค การดำเนินการเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน และปัญหาที่ผู้ปกครองไม่พानุตรหลานมารับวัคซีน

ความเจ็บป่วยในเด็กปฐมวัยที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคหวัด และโรคปอดอักเสบ ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยรองลงมาคือโรกระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อุจจาระร่วง นอกจากนี้ปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยมากแต่ไม่จัดเป็นความเจ็บป่วย คือ ปัญหาฟันผุ ข้อมูลในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ได้จากการค้นคว้าจากเอกสารต่างๆ แล้วนำเสนอเป็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงโดยแบ่งแยกเป็นในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล แล้วจึงนำมาสรุปในภาพรวมอีกครั้งหนึ่ง

การป่วยและการตาย

ดัชนีที่ใช้ในการประเมินสุขภาพประชาชนที่สำคัญตัวหนึ่งคือ อัตราการป่วย อัตราการตาย และสาเหตุการตาย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการตายมีแนวโน้มลดลง และสาเหตุการตายเปลี่ยนแปลงไป อัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากประชาชนพานุตรหลานไปตรวจตามสถานอนามัยและโรงพยาบาลมากขึ้นกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามการรักษาโดยหมอบ้านยังคงพบได้ในแถบชนบท อัตราการตายลดลงเนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุขมีความพร้อมในด้านบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ดิจีนมียาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพดีขึ้น การกระจายการบริการสาธารณสุขเข้าถึงระดับชุมชนได้ดีขึ้น

อัตราและสาเหตุของการป่วย

ในเรื่องของอัตราการป่วยจะไม่มีข้อมูลสาธารณสุขทั่วประเทศที่แยกออกมาเฉพาะในเด็กอายุ 0-6 ปี ข้อมูลของอัตราและสาเหตุการป่วยจึงได้จากการสำรวจโดยการสอบถามถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ผลการสำรวจสุขภาพอนามัยในปี พ.ศ. 2539 ทั่วประเทศโดยวิธี stratified two-stage sampling ตามพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยชั้นที่หนึ่งเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างตามลักษณะการปกครอง (ในเขตเทศบาล ในเขตสุขาภิบาล และนอกเขตเทศบาลสุขาภิบาล) จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 2,501 ชุมชมอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งหมด 84,381 ชุมชมอาคาร/หมู่บ้าน การสุ่มขั้นที่สองทำ

การเลือกครัวเรือนโดยสุ่มแบบมีระบบ ผลการสำรวจจึงนำมาคำนวณตามจำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่ พบว่าโรคที่เป็นความเจ็บป่วยมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบความชุกสูงถึงร้อยละ 17.1 ของประชากรอายุเดียวกัน (ตารางที่ 3.1) อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัดประมาณ 6 ครั้ง/คน/ปี (กองวิมลโรค, 2540; สังวาลย์ และ ครุณี, 2540) เมื่อแยกเป็นในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล พบว่าความชุกของการป่วยโรคระบบหายใจในเขตเทศบาล พบสูงถึงร้อยละ 20.2 ของประชากรในพื้นที่ โดยพบที่กรุงเทพมหานครมากที่สุด ในขณะที่นอกเขตเทศบาลพบความชุกของการป่วยร้อยละ 16.5 (ตารางที่ 3.2) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) การพบโรคระบบทางเดินหายใจมากในเขตเมืองอาจอธิบายได้จากในเขตเมืองมีประชากรหนาแน่นกว่า มีจำนวนโรงเรียนและสถานเลี้ยงเด็กมากซึ่งเป็นแหล่งกระจายโรคระบบทางเดินหายใจ โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่เป็นผลจากความเจริญทางวัตถุในเขตเมือง คือมลพิษทางอากาศ ฝุ่นและควัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัดและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ สภาพครอบครัวแออัด มีเด็กอยู่รวมมากกว่า 5 คน รายได้ครอบครัวต่ำ ระดับการศึกษาของบิดามารดาต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ การสูบบุหรี่ในบ้าน สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีฝุ่นมาก ควันมาก (นวลจันทร์, 2536; อ่อนจิต, 2540) (รายละเอียดอยู่ในเรื่องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ตารางที่ 3.19) ความเจ็บป่วยที่พบมากรองลงมาคือ โรคระบบทางเดินอาหาร (อุจจาระร่วง) ซึ่งพบความชุกร้อยละ 1.91 ของประชากรอายุเดียวกัน เมื่อแยกในเขตและนอกเขตเทศบาลจะพบว่า ความชุกของโรคอุจจาระร่วงนอกเขตเทศบาลพบร้อยละ 2.05 และในเขตเทศบาลพบร้อยละ 1.26 ของประชากรในพื้นที่ และภาคกลางเป็นพื้นที่ที่พบความชุกมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) การที่พบความชุกของโรคอุจจาระร่วงนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขต อธิบายจากระบบสาธารณสุขปศุสัตว์นอกเขตยังไม่ได้มาตรฐาน ยังมีการใช้น้ำบ่อในการอุปโภค บริโภค การมีส่วนร่วมไม่เพียงพอ การกำจัดขยะไม่ถูกสุขลักษณะ

ความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กวัยนี้ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง เด็กไม่สบายจะร้องกวนงอแง กินอาหารได้น้อย และอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัด อาจทำให้เกิดโรคหูน้ำหนวกอักเสบ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ โรคอุจจาระร่วงทำให้การดูดซึมสารอาหารจากลำไส้ลดลง การสูญเสียเกลือแร่และน้ำจากร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ปกครองยังต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก รายได้อาจลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การสูญเสียรายได้ของผู้ปกครองไม่มีตัวเลขระบุที่ชัดเจน จำนวนวันเวลาของความเจ็บป่วยไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนเช่นกัน แต่โดยประมาณความเจ็บป่วยในเรื่องของไข้หวัดและอุจจาระร่วงประมาณ 3 วัน (ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในเรื่องของความเจ็บป่วยเฉียบพลันนั้นมีการศึกษาในโรคหัด ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1,000 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกที่วชิรพยาบาล มูลค่าการส่งจ่ายยาเท่ากับ 62,271.75 บาท หรือเฉลี่ยเท่ากับคนละ 62.3 บาท/ครั้ง (พลเลิศ, 2540) ฉะนั้นเมื่อคำนวณว่าเด็กทุกคนเป็นหัด ปีละ 6 ครั้ง จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมด 7,529,700 คน (รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัดทั่วประเทศจึงประมาณเท่ากับ 2,800 ล้านบาทต่อปี

ตารางที่ 3.1 แสดงสาเหตุของการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 2 สัปดาห์ ของเด็กอายุ 0-6 ปี (จำนวน x 1,000)

สาเหตุการป่วย	ในเขต		นอกเขต		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนประชากรทั้งหมด	1,290.0	-	6,239.7	-	7,529.7	-
โรกระบบทางเดินหายใจ	261.2	20.2	1,026.8	16.5	1,288.0	17.1
โรกระบบทางเดินอาหาร	16.3	1.3	127.7	2.05	144.1	1.9
อาการอื่นๆ ที่ไม่ชัดเจน	12.4	1.0	107.2	1.7	119.6	1.6
โรคติดเชื้อ	5.5	0.43	57.4	0.9	62.8	0.8
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	0.9	0.07	28.4	0.5	29.3	0.4
โรคผิวหนัง	1.8	0.14	23.4	0.4	25.1	0.33
โรคภูมิแพ้	4.3	0.33	6.7	0.11	11.0	0.15
โรคอื่นๆ	2.7	0.21	17.8	0.29	20.5	0.27
รวมทั้งหมด	291.5	22.6	1,348.5	21.6	1,640.0	21.8

หมายเหตุ : ตัวเลขจำนวนเด็กรวมทั้งหมดจะน้อยกว่าจำนวนเด็กที่ป่วยทุกโรครวมกัน ทั้งนี้เพราะ เด็ก 1 คน อาจป่วยมากกว่า 1 โรค

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ, 2539. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
สำนักนายกรัฐมนตรี หน้า 13-17

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ไม่สบายใน 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับประชากรอายุเดียวกัน และแสดงความชุกเป็นร้อยละ ในแต่ละภาค

ภาค	จำนวนเด็กไม่สบาย (x 1,000)			จำนวนเด็กทั้งหมด (x 1,000)			ความชุกของเด็กไม่สบาย (ร้อยละ)		
	ในเขต	นอกเขต	รวม	ในเขต	นอกเขต	รวม	ในเขต	นอกเขต	รวม
กรุงเทพมหานคร	163.8	-	163.8	639.0	-	639.0	25.6	-	25.6
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	31.2	266.8	298.0	217.0	1,312.2	1,529.2	14.4	20.3	19.5
ภาคเหนือ	18.1	212.4	230.5	19.4	1,148.1	1,239.5	19.8	18.5	18.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42.7	643.8	686.5	180.3	2,710.2	2,890.5	23.7	23.8	23.8
ภาคใต้	35.7	225.5	261.2	162.3	1,069.2	1,231.5	22.0	21.1	21.2
รวม	291.5	1,348.5	1,640.0	1,290.0	6,239.7	7,529.7	22.6	21.6	21.8

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ, 2539. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี หน้า 7-12

การรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าโรคที่พบมากที่สุดคือโรกระบบทางเดินหายใจ โดยพบร้อยละ 2.05 นอกเขตเทศบาลรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลในจำนวนร้อยละที่มากกว่าในเขตในทุกสาเหตุ (ตารางที่ 3.3) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) ซึ่งแสดงว่าในเขตเทศบาลมีอัตราการป่วยมาก แต่ส่วนมากเป็นการป่วยไม่รุนแรง ในขณะที่นอกเขตมีอัตราป่วยต่ำกว่าอย่างมาก แต่เมื่อป่วยแล้วจะมีส่วนหนึ่งต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล เหตุผลอีกประการหนึ่งที่อาจอธิบายได้คือในเขตเมืองมีประชากรหนาแน่น ในขณะที่จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำกัด การรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลจึงเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจริง ในขณะที่นอกเขตเทศบาลมีความหนาแน่นของผู้รับบริการสาธารณสุขน้อยกว่า จึงรับตัวผู้ป่วยไว้ได้ในสัดส่วนที่มากกว่าในเขตเมือง

ตารางที่ 3.3 แสดงสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลของเด็กอายุ 0-6 ปี (จำนวน x 1,000)

สาเหตุที่รับตัวไว้ในโรงพยาบาล	ในเขต		นอกเขต		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนประชากรทั้งหมด	1,290.0	-	6,239.7	-	7,529.7	-
โรกระบบทางเดินหายใจ	15.8	1.22	138.5	2.22	154.3	2.05
โรกระบบทางเดินอาหาร	9.6	0.74	115.4	1.85	125.0	1.66
โรคติดเชื้อ	2.3	0.18	31.8	0.51	34.2	0.45
โรคอื่นๆ	5.5	0.43	39.3	0.63	44.7	0.59
รวมทั้งหมด	33.2	2.57	325.0	5.21	358.2	4.76

แหล่งข้อมูล : คัดแปลงจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ, 2539. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
สำนักนายกรัฐมนตรีน หน้า 81-85

ความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุที่ต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาลเหล่านี้ ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงระยะเวลาและค่าใช้จ่ายของการรักษาในโรงพยาบาล ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินหายใจ (นพ.สมชาย สุนทรโลหะนะกุล) ในเรื่องของโรคปอดอักเสบ อัตราการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล คาดว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้งหมด และในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ปี จะรับตัวไว้ในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 95 ระยะเวลาของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคปอดอักเสบโดยเฉลี่ยประมาณ 4 วัน ในเรื่องของโรกระบบทางเดินอาหาร การรับตัวไว้ในโรงพยาบาลขึ้นกับความรุนแรงของการขาดสารน้ำและเกลือแร่ ยังไม่มีการศึกษาถึงอัตราการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงจำนวนวันและค่าใช้จ่ายของการรักษาเช่นกัน จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหาร (นพ.เสกสิต โอสถากุล) ประมาณการณ์ว่า อัตราการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลจากปัญหาโรคอุจจาระร่วงประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทั้งหมด และระยะเวลาในการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลประมาณ 2 วัน

สาเหตุการตาย

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาเหตุการตายเปลี่ยนแปลงไปมาก สาเหตุการตายที่สำคัญในปี พ.ศ.2530 คือ การติดเชื้อโดยเฉพาะโรคปอดบวมและอุจจาระร่วง ใน พ.ศ.2539 สาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อได้ลดลงอย่างมากทำให้สาเหตุการตายอันดับหนึ่งคืออุบัติเหตุและสารพิษ รองลงมาคือโรคหัวใจ

และปอดบวม ตามลำดับ (ตารางที่ 3.4) (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539) สาเหตุการตายที่รวบรวมไว้นี้ได้จากใบมรณะบัตรที่ส่งเข้ามาจากโรงพยาบาลต่างๆ (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539) ซึ่งแพทย์ส่วนมากมักระบุรูปแบบการตายมากกว่าสาเหตุการตาย การศึกษาวิจัยถึงสาเหตุการตายย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2540 - 30 มิถุนายน 2541 ใน 6 จังหวัดของประเทศ คือ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช น่าน ระนอง นครสวรรค์ และกรุงเทพมหานคร พบว่า การระบุสาเหตุการตายคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงประมาณร้อยละ 70-85 โดยสาเหตุการตายที่ตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุดคือ อุบัติเหตุต่างๆ (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2542)

ตารางที่ 3.4 สาเหตุการตายในเด็กอายุ 0-5 ปี เรียงตามลำดับที่พบมากในปี พ.ศ. 2530-2539 โดยรวบรวมจากใบมรณะบัตร (ตัวเลขที่แสดงในวงเล็บเป็นจำนวนผู้ตาย)

ลำดับ	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2539
1	ปอดอักเสบ (1,142)	อุบัติเหตุ+สารพิษ (1,082)	อุบัติเหตุ+สารพิษ (1,074)	อุบัติเหตุ+สารพิษ (1,166)
2	อุจจาระร่วง (937)	ปอดอักเสบ (789)	ปอดอักเสบ (911)	หัวใจ (559)
3	หัวใจ (235)	หัวใจ (433)	หัวใจ (457)	ปอดอักเสบ (411)
4	เนื้องอกร้าย (120)	อุจจาระร่วง (329)	อุจจาระร่วง (254)	อุบัติเหตุการขนส่ง (276)
5	อุบัติเหตุจากรถทางบก (68)	อุบัติเหตุการขนส่ง (156)	อุบัติเหตุการขนส่ง (213)	อุบัติเหตุจากรถ (214)
6	ถูกฆ่า/ทำร้าย (39)	อุบัติเหตุจากรถทางบก (142)	อุบัติเหตุจากรถ (192)	เนื้องอกร้าย (196)
7	-	เนื้องอกร้าย (103)	เนื้องอกร้าย (140)	อุจจาระร่วง (94)
8	-	ไข้เลือดออก (89)	ถูกฆ่า/ทำร้าย (36)	ไข้เลือดออก (70)
9	-	ถูกฆ่า/ทำร้าย (18)	ไข้เลือดออก (31)	ถูกทำร้าย (17)

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข หน้า 93-150

อัตราการตายในเด็กอายุ 0-5 ปี ต่อประชากรอายุเดียวกัน 1,000 คน และเมื่อคิดเทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทุกอายุ มีจำนวนลดลง (ตารางที่ 3.5 และรูปที่ 3.1) เพศชายมีอัตราการตายมากกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วนชาย : หญิง 1.2 - 1.25 : 1 (ตารางที่ 3.6) เมื่อแยกตามอายุทุก 1 ปี จะพบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี มีอัตราการตายสูงสุด เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี โดยคิดเป็นอัตราทารกตายเป็นต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน อัตราตายมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน และสัดส่วนเพศชาย : เพศหญิง = 1.2 : 1 ภาคที่มีอัตราการตายของทารกมากที่สุด คือภาคเหนือและกรุงเทพมหานคร อัตราตายในแต่ละภาคมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2539 อัตราตายของกรุงเทพมหานคร ถูกจัดรวมอยู่ในภาคกลาง ซึ่งเป็นภาคที่มีอัตราการตายของทารกต่ำที่สุด (ตารางที่ 3.7) สาเหตุการตายที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ปอดอักเสบ อุจจาระร่วง และอุบัติเหตุ-สารพิษ (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.5 อัตราตายในเด็กอายุ < 5 ปี ต่อประชากรตามอายุ 1,000 คน และร้อยละเมื่อเทียบจำนวนตาย
ทุกอายุ ในปี พ.ศ.ต่าง ๆ

เพศ	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		พ.ศ. 2538		พ.ศ. 2539	
	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราตาย	ร้อยละ	อัตราตาย	ร้อยละ
รวม	11.7	4.1	11.6	3.8	11.4	3.6	11.6	3.4	5.0	1.4
ชาย	13.3	2.4	13.0	2.2	12.7	2.1	12.7	1.9	5.5	0.8
หญิง	10.2	1.7	10.0	1.6	10.1	1.5	10.5	1.5	4.5	0.6

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข หน้า 46

ตารางที่ 3.6 อัตราตายของทารก < 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อัตราตายรวม และแยกตามเพศ

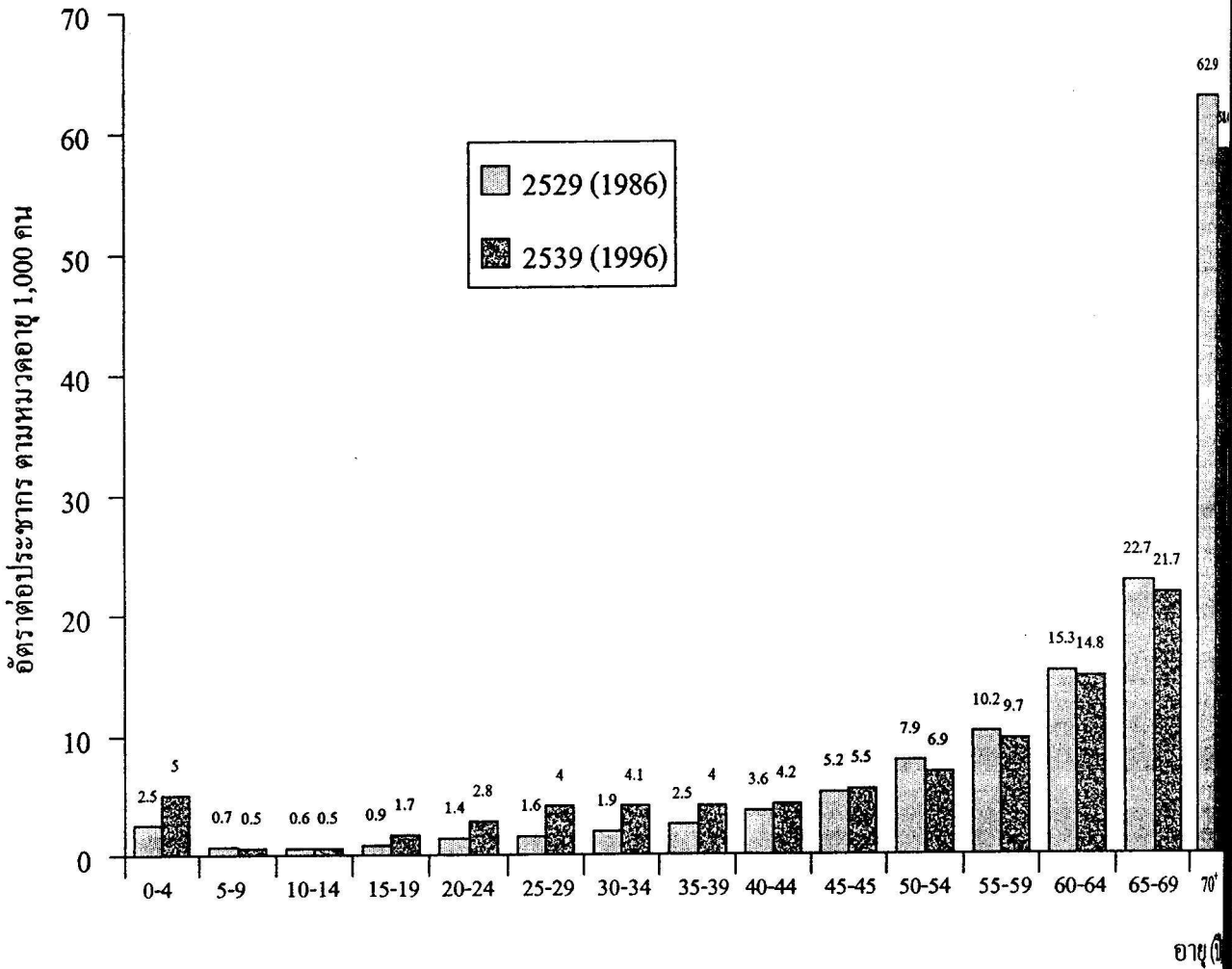
	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539
อัตราตายรวม	7.5	7.4	7.1	7.2	5.2
เพศชาย	8.5	8.3	7.9	7.8	5.8
เพศหญิง	6.5	6.4	6.3	6.6	4.5

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข หน้า 49

ตารางที่ 3.7 อัตราตายของทารกอายุ < 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย แยกตามภาคต่างๆ

	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539
รวม	7.5	7.4	7.1	7.2	5.2
ภาคเหนือ	8.8	8.9	9.8	10.7	8.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7.7	6.5	6.0	6.0	5.6
ภาคกลาง	7.6	8.0	7.7	7.4	3.5
ภาคใต้	5.5	6.1	5.4	5.5	4.9
กรุงเทพมหานคร	9.0	9.0	9.2	8.3	-

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข หน้า 51



รูปที่ 3.1 อัตราตายจำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2529-2539

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539 กระทรวงสาธารณสุข หน้า 40

ตารางที่ 3.8 สาเหตุการตายของเด็กอายุ < 1 ปี จากโบทูลินัมพิษ แสดงเป็นจำนวนผู้ป่วย

โรค	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538
ปอดอักเสบ	535	604	591	451
อุจจาระร่วง	201	153	133	145
อุบัติเหตุและสารพิษ	139	127	147	173
ไข้เลือดออก	15	16	12	16
อุบัติเหตุยานยนต์	8	16	14	25
อุบัติเหตุการขนส่ง	9	16	17	28
เนื้องอกร้าย	11	16	12	16
หัวใจ	3	5	3	2

แหล่งข้อมูล : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข หน้า 90-145

สาเหตุการตายจากการศึกษาวิจัยในปี พ.ศ. 2542 ใน 6 จังหวัดที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น (จันทร์เพ็ญ, 2542) พบว่า สาเหตุการตายแตกต่างกันไปจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยพบว่าสาเหตุการตายที่มากที่สุด ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี คือ การเสียชีวิตด้วยภาวะในช่วงปริกำเนิด รองลงมาคือโรกระบบทางเดินหายใจ และอันดับ สามคือความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อต่างๆ ในภาพรวมจะเห็นว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี เกี่ยวเนื่องด้วยการกำเนิดและโรคติดเชื้อ ถ้ารวมภาวะโรคติดเชื้อทั้งหมดแล้วจะเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย และเป็นอันดับสองในเพศหญิง (ตารางที่ 3.9) ส่วนสาเหตุการตายในเด็กอายุ 1-4 ปี ที่พบมากที่สุดคือสาเหตุจากภายนอก โดยอุบัติเหตุจมน้ำ เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดประมาณครึ่งหนึ่งของสาเหตุจากภายนอก รองลงมาคือ โรคติดเชื้อโดยพบโรคเอดส์มากที่สุด และอันดับ สามคือโรกระบบทางเดินหายใจ (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.9 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำแนกเพศ การศึกษาสาเหตุของผู้ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2541 ใน 5 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร 4 เขต

สาเหตุการตาย	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะที่เกิดระยะปริกำเนิด (P00-P95)	19	20.6	18	27.3
โรคติดเชื้อทั้งหมด	24	26.1	12	18.2
ติดเชื้อกระแสโลหิต (A43)	12	13.0	5	7.6
ติดเชื้อทางเดินอาหาร (A00-A09)	7	7.6	4	6.1
HIV/AIDS (B20-B24)	5	5.4	3	4.6
ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (J10-J99)	18	19.6	13	19.7
ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ	17	18.5	11	16.6
การอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง (G00-G09)	3	3.3	2	3.0
อื่นๆ อย่างละ 1 ราย	11	11.9	10	15.1
รวม	92	100.0	66	100.0

หมายเหตุ : จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา

แหล่งข้อมูล : จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2542.

ตารางที่ 3.10 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ 1-4 ปี จำแนกเพศ การศึกษาสาเหตุของผู้ที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2541 ใน 5 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร 4 เขต

สาเหตุการตาย	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุภายนอกทั้งหมด (V01-Y98)	37	33.3	21	27.6
- อุบัติเหตุจมน้ำ (W55-W74)	20	18.0	9	11.8
- อุบัติเหตุจากรถทางบก (V00-V49)	11	9.9	6	7.9
- ถูกฆาตกรรม (X84-Y09)	3	2.7	1	1.3
- อุบัติเหตุอื่นๆ	3	2.7	5	6.6
โรคติดเชื้อรวม	24	21.6	25	32.9
- HIV/AIDS (B20-B24)	14	12.6	14	18.4
- ไข้เลือดออก (A91)	4	3.6	5	6.6
- ติดเชื้อทางเดินอาหาร (A00-A09)	4	3.6	1	1.3
- ติดเชื้อกระแสโลหิต (A41) และอื่นๆ	2	1.8	5	6.6
ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (J10-J99)	12	10.8	5	6.6
ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ (Q-)	8	7.2	6	7.9
ภาวะที่เกิดระยะปริกำเนิด (P00-P96)	6	5.4	-	-
มะเร็ง (C22.9, 69.2, 91.0, 95.9)	5	4.5	4	5.3
โรกระบบประสาทส่วนกลาง (G00-G09)	5	4.5	7	9.2
ธาลัสซีเมีย (D56)	3	2.7	-	-
ระบบไหลเวียนเลือด I00-I99)	3	2.7	1	1.3
ทุพโภชนาการ (E40-E64)	2	1.8	1	1.3
อื่นๆ อย่างละ 1 ราย	6	5.4	6	7.9
รวม	111	100.0	76	100.0

หมายเหตุ : จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา

แหล่งข้อมูล : จันทรพีญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2542.

สรุป

1. ความชุกของการป่วยยังคงมีเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะโรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งน่าจะเป็นผลตามมาจากความแออัดของชุมชน มลพิษทางอากาศ และการกระจายโรคในสถานเลี้ยงเด็กและโรงเรียน ซึ่งสังเกตจากอัตราการป่วยในเขตเทศบาลพบมากกว่านอกเขตเทศบาล
2. จากความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคดีขึ้น ส่งผลให้อัตราตายจากโรคติดเชื้อลดลง และสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อกลายเป็นตายจากอุบัติเหตุมากขึ้น
3. อัตราตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือเพียง 5.2 และ 1.4 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ซึ่งลดลงกว่าในอดีตอย่างมาก และบรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่ตั้งเป้าหมายให้อัตราการตายไม่เกิน 21 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน และ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน

อุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียน

การสำรวจการได้รับอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-6 ปี โดยการสอบถามถึงการได้รับอุบัติเหตุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และนำมาคำนวณความชุกเป็นร้อยละเพื่อนำมาเปรียบเทียบในแต่ละภาค พบความชุกร้อยละ 3.1 โดยพบในเขตเทศบาลร้อยละ 2.44 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 3.24 เมื่อแยกเป็นรายภาค พบว่า ภาคเหนือพบความชุกมากที่สุดคือ ร้อยละ 3.64 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 3.39 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) (ตารางที่ 3.11) ภาคกลาง พบความชุกในเขตน้อยกว่านอกเขตเทศบาลในขณะที่ภาคอื่นๆ พบความชุกในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลและในภาพรวมความชุกของในเขตเทศบาลน้อยกว่านอกเขตเทศบาล และภาคกลางโดยเฉพาะ กรุงเทพฯ มีความชุกของการได้รับอุบัติเหตุต่ำกว่าภาคอื่น เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ อาจอธิบายจากกรุงเทพฯ และภาคกลางมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุมากกว่า นอกจากนี้เด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพฯ และภาคกลางจะเริ่มไปอยู่ที่สถานเลี้ยงเด็ก ซึ่งผู้ดูแลเด็กจะระมัดระวังในเรื่องการเกิดอุบัติเหตุเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 3.11 แสดงจำนวนเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับอุบัติเหตุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับจำนวนประชากรอายุ 0-6 ปีทั้งหมด และแสดงความชุกเป็นร้อยละ ในแต่ละภาค

ภาค	จำนวนเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุ (x 1,000)			จำนวนเด็กทั้งหมด (x 1,000)			ความชุกของการได้รับอุบัติเหตุ (ร้อยละ)		
	ในเขต	นอกเขต	รวม	ในเขต	นอกเขต	รวม	ในเขต	นอกเขต	รวม
กรุงเทพฯ	9.4	-	9.4	639	-	639	1.47	-	1.47
ภาคกลาง (ไม่รวม กรุงเทพฯ)	5.0	39.6	44.6	217	1,312.2	1,529.2	2.3	3.02	2.92
ภาคเหนือ	3.6	41.5	45.1	91.4	1,148.1	1,239.5	3.94	3.61	3.64
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7.6	85.0	92.6	180.3	2,710.2	2,890.5	4.22	3.14	3.2
ภาคใต้	6.0	35.8	41.8	162.3	1,069.2	1,231.5	3.7	3.35	3.39
รวม	31.5	201.9	233.4	1,290.0	6,239.7	7,529.7	2.44	3.24	3.10

แหล่งข้อมูล : รายงานสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

สำนักนายกรัฐมนตรี หน้า 58-63

การสุ่มสำรวจทั่วประเทศ เด็กปฐมวัยจำนวน 3,306 ราย และซักประวัติการได้รับอุบัติเหตุพบว่า อุบัติเหตุ เกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ 17.4 (ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัย และสวัสดิการที่พบเพียงร้อยละ 3.1 เท่านั้น) ส่วนมากพบอุบัติเหตุเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 16.2) (ตารางที่ 3.12) อุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือบาดเจ็บจมน้ำร้อยละ 8.5 รองลงมาคือตกบ้านร้อยละ 6.9 และไฟ น้ำร้อนลวกร้อยละ 2.3 โดยเด็กชายพบมากกว่าเด็กหญิงในทุกสาเหตุ อุบัติเหตุเกิดขึ้นสูงสุดในกรุงเทพมหานครคือ ร้อยละ 23.0 โดยเป็นอุบัติเหตุเล็กน้อยๆ เช่น ตกบ้าน การบาดเจ็บจมน้ำจมน้ำ รongลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 19.2 ภาคเหนือ และ

ภาคกลางร้อยละ 15.9 และภาคใต้ร้อยละ 14.3 ในเขตเทศบาลพบอุบัติเหตุบ่อยกว่านอกเขตเทศบาล โดยมักเป็นการบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ อายุที่พบอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยคืออายุมากกว่า 2 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 3.12 - ตารางที่ 3.15) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุคือ ลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก (ชนอายุไม่นิ่ง วุฒิภาพ โกรธง่าย) อาชีพมารดาที่ใช้แรงงาน ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ และลักษณะแวดล้อมในบ้าน-รอบบ้านเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (สุพัตรา, 2537)

ตารางที่ 3.12 จำนวนครั้งของการได้รับอุบัติเหตุในเด็กปฐมวัย แยกตามภาค

ภาค	จำนวนครั้งของการได้รับอุบัติเหตุ							
	0 ครั้ง		1 ครั้ง		2 ครั้ง		3 ครั้งและมากกว่า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	377	77.0	107	21.8	6	1.2	0	0
ภาคกลาง	485	84.1	90	15.6	2	0.3	0	0
ภาคเหนือ	599	84.1	99	13.9	14	2.0	0	0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	639	80.8	138	17.5	10	1.3	3	0.4
ภาคใต้	631	85.7	101	13.7	4	0.5	1	0.1
รวม	2,731	82.6	535	16.2	36	1.1	4	0.1

แหล่งข้อมูล : นิตยา คชภักดี และคณะ. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทยปี พ.ศ. 2539-2540, 2543

ตารางที่ 3.13 เด็กชายปฐมวัยที่ได้รับอุบัติเหตุแต่ละชนิดแยกตามรายภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)

ชนิดของอุบัติเหตุ	กรุงเทพฯ (252)	กลาง (311)	เหนือ (325)	อีสาน (401)	ใต้ (398)	รวม		
						ในเขต (791)	นอกเขต (923)	รวม (1,714)
ตกบ้าน	12.3	3.9	7.1	6.9	5.8	7.7	6.3	6.9
ตกน้ำ	1.2	1.6	0.8	1.0	0	0.9	0.9	0.6
ไฟ/น้ำร้อนลวก	1.2	0.6	3.4	3.5	2.3	1.9	2.7	2.3
รถชน	2.4	1.3	1.1	3.7	2.3	2.8	1.7	2.2
ตกต้นไม้	0	1.0	0.6	1.2	0.5	0.5	0.9	0.7
บาดเจ็บจนต้องเย็บ	14.7	8.4	6.5	9.5	5.5	11.4	6.1	8.5
ไม่เคยมีอุบัติเหตุ	68.2	83.2	69.2	74.2	83.6	74.8	81.4	78.8

แหล่งข้อมูล : นิตยา คชภักดี และคณะ. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543

ตารางที่ 3.14 เด็กหญิงปฐมวัยที่ได้รับอุบัติเหตุแต่ละชนิดแยกตามรายภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)

ชนิดของอุบัติเหตุ	กรุงเทพฯ (238)	กลาง (265)	เหนือ (363)	อีสาน (390)	ใต้ (336)	รวม (1,592)
ตกบ้าน	4.2	3.8	8.5	5.7	4.8	5.6
ตกน้ำ	0.8	1.6	0.6	1.3	0.9	1.0
ไฟ/น้ำร้อนลวก	0.4	0.7	2.5	3.8	2.4	2.2
รถชน	1.7	2.6	1.1	1.8	1.8	1.8
ตกต้นไม้	0	0.7	0.3	0.5	0.3	0.4
วิ่งชนจนมีบาดเจ็บต้องเย็บ	7.1	3.4	1.6	1.5	2.4	2.9
ของมีคมบาดจนต้องเย็บ	2.1	3.0	1.4	2.3	1.5	2.0
ไม่เคยมีอุบัติเหตุ	83.7	84.2	84.0	83.1	85.9	84.1

แหล่งข้อมูล : นิตยา คชภักดี และคณะ. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543

ตารางที่ 3.15 การได้รับอุบัติเหตุแยกตามกลุ่มอายุ ตามภาคและเขตการปกครอง (ร้อยละ)

อายุ (เดือน)	กรุงเทพฯ (115)	กลาง (92)	เหนือ (122)	อีสาน (154)	ใต้ (106)	รวม		
						ในเขต (296)	นอกเขต (293)	รวม (589)
0-12 (n = 42)	1.7	0	1.7	0.6	0	1.7	1.0	0.8
13-24 (n = 412)	8.7	11.9	7.4	7.1	8.5	7.1	9.9	8.5
25-36 (n = 739)	21.7	19.6	14.7	23.4	22.6	24.0	17.1	20.5
37-48 (n = 716)	25.2	22.8	23.8	22.1	17.9	22.6	22.2	22.5
49-60 (n = 805)	27.0	20.7	26.2	29.9	22.6	26.7	24.9	25.8
61-72 (n = 592)	15.7	25.0	26.2	16.9	28.4	18.9	24.9	21.9

แหล่งข้อมูล : นิตยา คชภักดี และคณะ. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543

การศึกษาถึงการถูกรถชนในเด็กปฐมวัยทั่วประเทศจำนวน 3,306 คน พบว่า มีเด็กจำนวน 66 คน หรือ ร้อยละ 2 เคยถูกรถชน ในจำนวนนี้เป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง โดยเป็นเด็กชายร้อยละ 57.6 และเด็กหญิงร้อยละ 42.4 ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พบน้อย และพบสูงเพิ่มขึ้นตามอายุและพบมากในเด็กวัย 4-5 ปี โดยพบสูงถึงร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 3.16) การที่พบอุบัติเหตุมากขึ้นในช่วงหลังอายุ 2 ปี อธิบายจากเด็กซุกซนมากขึ้น เคลื่อนไหวได้ คล่องแคล่วขึ้น และอยากรู้อยากเห็นมากขึ้นซึ่งเป็นไปตามวัยของเด็ก ในส่วนของผู้ปกครองเองก็เอาใจใส่ใกล้ชิด น้อยลง เนื่องจากเห็นว่าเด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น (นิตยา, 2543)

ผลกระทบจากการได้รับอุบัติเหตุในเด็กวัยนี้ ในกรณีที่เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ บาดแผลถลอก บาดแผลที่ต้องเย็บ เด็กได้รับผลกระทบในเรื่องของความเจ็บป่วย บิดามารดาได้รับผลกระทบในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การหยุดงานเพื่อพามาโรงพยาบาล และความกังวลใจ ในกรณีที่อุบัติเหตุเกิดขึ้นรุนแรง ผลกระทบที่ตามมาคือ ความพิการหรือทุพพลภาพทางร่างกาย ความพิการทางสมองหรือปัญญาอ่อน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตลอดชีวิตของเด็ก

ตารางที่ 3.16 ร้อยละของเด็กที่เคยถูกรถชน แยกตามเขตการปกครอง

อายุ (เดือน)	ในเขต (n = 36)	นอกเขต (n = 30)	รวม (n = 66)
0-12	0	3.3	1.5
13-24	0	0	0
25-36	27.8	6.7	18.2
37-48	19.4	13.3	16.7
49-60	38.9	33.3	36.4
61-72	13.9	43.3	27.3

แหล่งข้อมูล : นิตยา คชภักดี และคณะ. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2539-2540, 2543

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเกิดได้ทั้งจากอุบัติเหตุและการได้รับสารพิษภายในบ้าน อุบัติเหตุจากการขนส่ง อุบัติเหตุจากจราจรทางบก การที่เด็กได้รับอุบัติเหตุในอัตราที่สูงเนื่องจากสภาพของการทำงานของบิดา-มารดาที่มักจะพาเด็กไปด้วย และเด็กมักไม่ได้รับการระมัดระวังในเรื่องของความปลอดภัย เด็กเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนหลวงพบว่าไม่มีการสวมหมวกนิรภัยเลย (ศิริวรรณ, 2541) ในประเทศไทยยังไม่มียกกฎหมายการใช้ที่นั่งเฉพาะสำหรับเด็ก (car seat) ที่สามารถใช้ได้กับการคาดเข็มขัดนิรภัย ไม่มีกฎหมายห้ามเด็กต่ำกว่า 5 ปี ซ้อนท้ายหรือการบังคับใช้หมวกนิรภัยในเด็กที่ต้องซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เป็นต้น เหล่านี้เป็นเรื่องที่รัฐบาลควรหามาตรการในการป้องกันรวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญต่อไป

สรุป

1. อุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าในอดีต ทั้งจากอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้าน
2. อุบัติเหตุภายในบ้านเป็นอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง ส่วนมากเป็นการพลัดตกหกล้ม มีบาดแผลจนต้องเย็บ ตักบ้าน ไฟ/น้ำร้อนลวก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านได้แก่ ลักษณะของเด็กที่ซนอยู่ไม่นิ่ง ครอบครัวยุคใหม่ไม่สมบูรณ์ มารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน และสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
3. อุบัติเหตุบนถนน เป็นอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการตายที่เป็นอันดับหนึ่งของเด็กในวัยนี้ โดยส่วนหนึ่งเกิดจากความละเลยของผู้ปกครองในการระวังเรื่องความปลอดภัย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยให้เด็ก

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเป็นปัญหาในอดีตและยังคงเป็นปัญหาสำคัญของเด็กไทยได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио หัด คับอักษบ บี ไข้สมองอักเสบ เออี และหัดเยอรมัน แผนงานสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้เริ่มดำเนินการขึ้นในประเทศไทยใน พ.ศ. 2520 ซึ่งมีผลทำให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเหล่านี้ลดลงอย่างชัดเจน จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาทั่วประเทศโดยกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2542 ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.17 ซึ่งบรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 (ยกเว้นโรคหัดและโรคไข้สมองอักเสบ) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในเรื่องของการให้วัคซีนยังคงต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

ตารางที่ 3.17 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค โปлио คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก บาดทะยักแรกเกิด หัด ไข้สมองอักเสบ และคัษบ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538-2541 (ข้อมูลทั่วประเทศ) เปรียบเทียบกับเป้าหมาย แผนพัฒนา 7

	2538	2539	2540	2541	2542	เป้าหมายแผน 7, 8**
โปลิโอ	0	0	0	0	0	0
คอตีบ	9	17	20	20	17	< 4 (< 0.05/แสน)
ไอกรน	48	31	27	21	19	< 80 (< 1/แสน)
บาดทะยัก*	28	11	17	14	8	-
บาดทะยักแรกเกิด	38	31	27	21	24	0
หัด	3,559	2,107	4,795	3,966	1,326	< 1,200 (< 15/แสน)
ไข้สมองอักเสบ	8	6	21	16	30	< 5 (< 0.6/ล้าน)
คัษบ บี	32	35	25	38	21	
วัณโรค						
- ปอด	264	279	275	252	225	
- เชื้อหุ้มสมอง	75	59	47	52	55	
- อวัยวะอื่นๆ	25	37	43	58	60	

* ไม่รวมบาดทะยักแรกเกิด

** คำนวณโดยใช้ตัวเลขประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2542 ประมาณ 8 ล้านคน

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538-2542.

ความครอบคลุมของวัคซีนบีซีจี

โครงการฉีดวัคซีนบีซีจี เพื่อป้องกันวัณโรคได้เริ่มโครงการขึ้นในปี พ.ศ. 2496 โดยการใช้หน่วยบีซีจีเคลื่อนที่ ทำการทดสอบทูเบอร์คูลินให้กับประชาชนทุกหมวดอายุ และฉีดบีซีจี ให้กับผู้ที่มีผลลบต่อการทดสอบทูเบอร์คูลินเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2500-2505 การฉีดบีซีจีขยายไปสู่กลุ่มที่สัมผัสโรค ทารกแรกเกิด เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และประถมศึกษาปีที่ 4 และผู้ใหญ่ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น บุคลากรในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2510 งานฉีดวัคซีนบีซีจี ถูกโอนให้กับบริการสาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายการฉีดบีซีจี ให้เด็กอายุไม่เกิน 10 ปี โดยไม่ต้องทดสอบทูเบอร์คูลิน (สำเนา, 2524) ในปี พ.ศ. 2520 การฉีดวัคซีนบีซีจี ได้ถูกระงับอยู่ใน

โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยมีเป้าหมายให้ฉีดบีซีจี ให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และปี พ.ศ. 2525 โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้เพิ่มการฉีดบีซีจี ให้แก่เด็กชั้นประถมปีที่ 1 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ตั้งเป้าหมายอัตราการครอบคลุมการฉีดบีซีจี ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และชั้นประถมปีที่ 1 ให้ได้มากกว่าร้อยละ 90 การประเมินผลการฉีดบีซีจี โดยการสำรวจใน 4 ภาค 21 จังหวัด ตามสัดส่วนประชากร โดยสุ่มตัวอย่างเป็นขั้นตอนจนได้หมู่บ้านทั้งเขตเมืองและชนบท จำนวนประชากรเป้าหมาย อายุ 0-14 ปีที่สำรวจ 40,132 คน โดยการตรวจผลเป็นบีซีจี และได้รับการทดสอบทูเบอร์คูลินและอ่านผลใน 72 ชั่วโมง ผลการสำรวจพบว่า ผลเป็นบีซีจีพบประมาณร้อยละ 70 ในทุกกลุ่มอายุและพบผลเป็นบีซีจี น้อยที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ 40-75 ในขณะที่ภาคอื่นๆพบประมาณร้อยละ 66-89 การทดสอบทูเบอร์คูลินในเด็กจำนวน 28,640 คน พบว่าได้ผลบวกร้อยละ 85.27 (ทวีศักดิ์, 2530) อย่างไรก็ตาม การสำรวจผลเป็นบีซีจีเป็นวิธีที่แสดงถึงความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน แต่ก็ไม่สูงถึงร้อยละ 100 ทั้งนี้เพราะการไม่มีผลเป็นทั้งๆที่ได้รับการฉีดวัคซีนเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น คุณภาพของวัคซีน ปริมาณยาที่ฉีด และบางครั้งฉีดลึกเกินไป

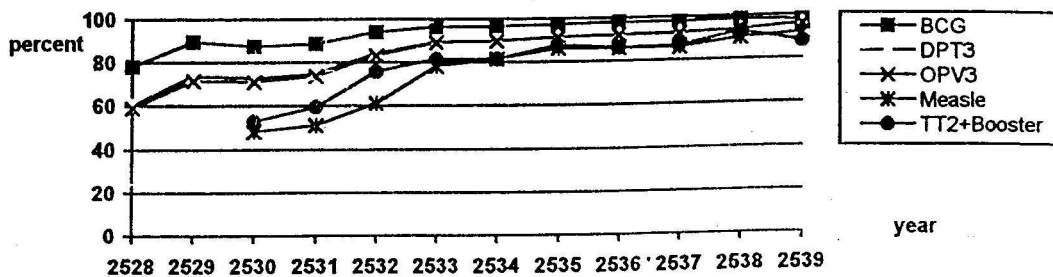
กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามเพิ่มระดับความครอบคลุมของการให้วัคซีนบีซีจี คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก โปลิโอ และหัด ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี โดยพยายามให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั้งหมด ทั้งในเขตเมืองและชนบท เด็กด้อยโอกาส เช่น ชาวเขา ถูกกรมการก่อสร้าง ความครอบคลุมของการให้บริการมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี การศึกษาถึงความครอบคลุมงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา และเปรียบเทียบความครอบคลุมทั้งจังหวัดและในเขตเทศบาลเมือง โดยสุ่ม 30 clusters sampling technique ในเด็กอายุ 1-2 ปี และทำการสัมภาษณ์ถึงการได้รับวัคซีนในช่วงขวบปีแรก ผลการศึกษาพบว่าอัตราการครอบคลุมของวัคซีนบีซีจี คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยักและโพลีโอ ในเขตเทศบาล ใกล้เกี่ยวกับการครอบคลุมทั้งจังหวัดคือร้อยละ 98, 87, และ 87 ตามลำดับ แต่อัตราการครอบคลุมวัคซีนหัดในเขตเทศบาลเมืองมีน้อยกว่าการครอบคลุมทั้งจังหวัด (ร้อยละ 54 และ 67) (สมศักดิ์, 2533) เป็นที่น่าสังเกตว่าวัคซีนบีซีจี ที่ฉีดตั้งแต่แรกเกิดจะมีอัตราการครอบคลุมมากที่สุด เนื่องจากทารกจะได้รับวัคซีนขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนจะเป็นเด็กที่เกิดจากมารดาที่คลอดที่บ้าน วัคซีนที่ฉีดเมื่ออายุเด็กมากขึ้น อัตราการครอบคลุมจะลดลง

ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนบีซีจี เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนสามารถครอบคลุมได้สูงถึงร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2533-2535 แต่กลับลดลงในปี พ.ศ. 2536-2537 เหลือเพียงร้อยละ 80.4 เท่านั้น(กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ความครอบคลุมวัคซีนบีซีจี ในปี พ.ศ. 2533-2535 อาจครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 100 อย่างที่รายงานไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการเก็บข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์ซึ่งมักไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง การคลออดที่บ้านยังคงพบได้บ่อยในเขตชนบท การย้ายถิ่นที่อยู่ซึ่งไม่ได้แจ้งไปที่ทะเบียนราษฎร์ การลดลงของการครอบคลุมวัคซีนบีซีจี ในปี พ.ศ. 2536 เป็นไปได้ว่ามีการเก็บข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงเพิ่มขึ้น การสำรวจประชากรดีขึ้น ทำให้ได้ตัวเลขของการครอบคลุมวัคซีนบีซีจี ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น

คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก

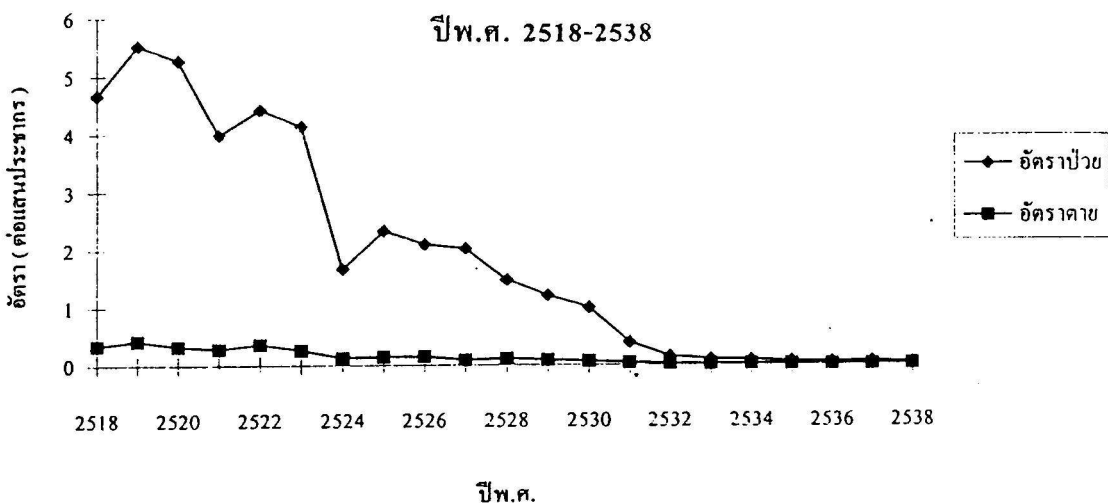
ในประเทศไทยเริ่มใช้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในปี พ.ศ. 2520 โดยเป็นวัคซีนเริ่มต้นหนึ่งในหกชนิด ในแผนขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ความครอบคลุมของวัคซีนในปี พ.ศ. 2522 เพียงร้อยละ 12 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปีเป็นมากกว่าร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2537 (รูปที่ 3.2) อัตราป่วยด้วยโรคคอตีบในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2520 ประมาณ 5 ต่อประชากรแสนคน ลดลงเหลือ 1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2530 และลดลงเหลือเพียง 0.05 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2536 และอัตราตายลดลงมากเช่นกัน

(รูปที่ 3.3) เมื่อพิจารณาอัตราป่วยตามอายุ พบว่า อัตราป่วยพบมากที่สุดของเด็กกลุ่ม 0-4 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5-9 ปี หลังจากปี พ.ศ. 2532 อัตราป่วยของคอตีบลดลงมากจนทำให้อัตราป่วยในแต่ละกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน (รูปที่ 3.4) แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนการเกิดโรคในแต่ละกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มอายุมากกว่า 14 ปีจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น



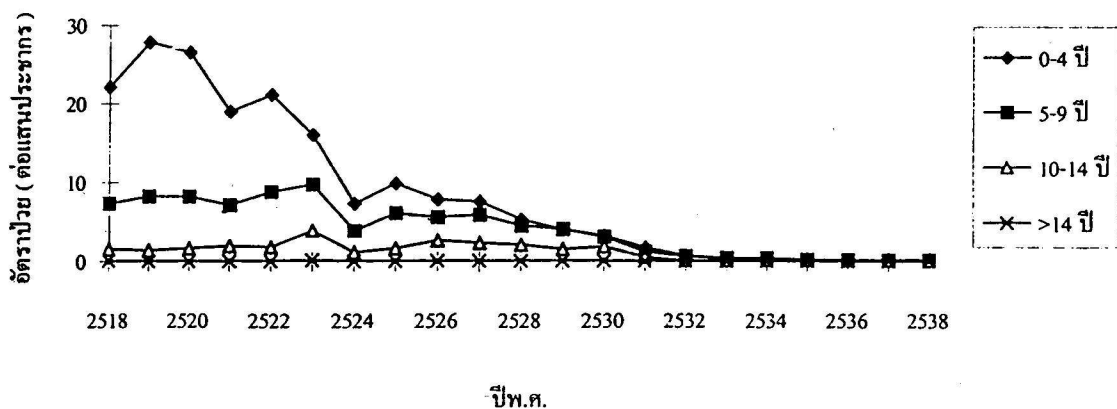
รูปที่ 3.2 แสดงระดับความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค วัณโรค คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก ครั้งที่ 3, หัด ครบชุด ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และบาดทะยักในหญิงมีครรภ์ ปี พ.ศ. 2528-2538

แหล่งข้อมูล : เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพเด็กไทยในทศวรรษหน้า การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ 2536 ระยะสิ้นสุดโครงการ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข 2539, หน้า 15.



รูปที่ 3.3 อัตราป่วยและอัตราตายของโรคคอตีบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2518-2538

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537-2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 29(18):254;2541.



รูปที่ 3.4 อัตราป่วยโรคคอตีบในประเทศไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2518-2538

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537-2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 29(18):254;2541.

โรคคอตีบได้พบการระบาดขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยพบรายงานผู้ป่วย 5 ราย ภายในหนึ่งเดือนในจังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการระบาดของโรคคอตีบในเขตอำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี 18 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2539 และ มัทรี, 2540) โดยผู้ป่วยเริ่มต้นเป็นเด็กขวาม้งอายุ 9 ปี ซึ่งเป็นชาวม้งที่อพยพมาจากภาคเหนือ การระบาดของโรคคอตีบเข้าไปในตำบลและอำเภอข้างเคียง มีผู้ป่วย 18 ราย เสียชีวิต 3 ราย ผู้ป่วย 16 รายเป็นชาวบ้านในท้องถิ่น ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีประวัติได้รับวัคซีนน้อยกว่า 3 ครั้งหรือไม่ได้รับวัคซีนเลย ผลการสอบสวนโรคสรุปว่าน่าจะมีการแพร่กระจายเชื้อจากกลุ่มชาวเขามายังชาวบ้านในท้องถิ่น และชาวบ้านคงมีภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 5-14 ปีซึ่งอาจได้รับการฉีดวัคซีนไม่ครบถ้วน และอาจไม่ได้รับการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคโดยเชื้อจากธรรมชาติ การสอบสวนโดยกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ในผู้ป่วยทั่วประเทศจำนวน 28 รายที่รายงานในปี พ.ศ. 2537 และค้นรายงานได้เพียง 22 ราย พบว่า 10 รายไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ 9 รายได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และ 3 รายได้รับวัคซีนครบ ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้รับวัคซีน มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย โดย 5 รายเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน และ 1 รายได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ ข้อมูลในส่วนนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการได้รับวัคซีนในการป้องกันโรครวมทั้งลดความรุนแรงของโรคได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

การระบาดของโรคคอตีบในปี พ.ศ. 2539 เกิดขึ้นที่จังหวัดน่านและบุรีรัมย์ในเวลาใกล้เคียงกัน การระบาดในจังหวัดน่านเริ่มขึ้นในเดือนมิถุนายน จากการมีผู้ป่วยโรคคอตีบจากเขตประเทศลาวเข้ามารับการรักษาในจังหวัดน่าน 7 ราย โดยในระยษณัั้นมีการระบาดของโรคคอตีบในประเทศลาวอยู่ ในเวลาใกล้เคียงกันมีผู้ป่วยชาวไทยป่วยเป็นโรคคอตีบอีก 5 ราย แต่อาการไม่รุนแรงเนื่องจากทุกรายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยทั้ง 5 รายมีประวัติสัมผัสกับชาวลาว ทำให้มีข้อสมมติฐานว่าการระบาดของโรคคอตีบน่าจะสืบเนื่องมาจากการระบาดในประเทศลาว โดยตั้งข้อสังเกตว่ามีการเปิดจุดผ่านแดนระหว่างไทย-ลาว มีการคมนาคมขนส่งและสัญจรไปมา รวมทั้งมีการอพยพของชาวลาวเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นจำนวนมากทำให้การถ่ายทอดโรคระหว่างประเทศเป็นไปได้ง่าย (กระทรวงสาธารณสุข, 2540 และ พิสิษฐ์, 2540)

การระบาดในจังหวัดบุรีรัมย์เริ่มขึ้นเมื่อต้นเดือนมิถุนายนเช่นกัน มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 31 ราย การระบาดเริ่มต้นในชุมชนแออัดในเขตเทศบาล ในเด็กหญิงที่ถูกบิดา-มารดาทอดทิ้งและไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ต่อมาโรคได้แพร่กระจายไปในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอคูเมืองซึ่งเป็นเขตติดต่อกัน โดยมีข้อสังเกตว่าการถ่ายทอดโรค อาจผ่านจากชุมชนสู่โรงเรียนต่างๆ เนื่องจากเด็กในชุมชนจะกระจายอยู่ในหลายโรงเรียน ทำให้ปะปนกับเด็กจากชุมชนอื่น ภายใน 6 สัปดาห์การระบาดได้ขึ้นสูงสุดโดยมีผู้ป่วย 21 รายในช่วงเดือนกรกฎาคม ผู้ป่วยร้อยละ 74 อายุระหว่าง 5-14 ปี ปัญหาที่สำคัญในการสอบสวนและควบคุมโรคได้ยากเป็นเพราะการระบาดของโรคในระยะต้นอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอนทำให้การค้นหาผู้สัมผัสโรคทำได้ยากและไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้สัมผัสโรคกินยาไม่ครบ การได้วัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยงทำได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากประชากรไม่อยู่ในทะเบียน ด้านการรักษาพยาบาลก็ประสบปัญหาเนื่องจากการขาดแคลน diphtheria antitoxin ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็มีปัญหาด้านการเตรียม transport media และ culture media เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความพร้อม ในปี พ.ศ. 2540 การระบาดของโรคคอตีบยังมีอยู่ประปรายใน 15 จังหวัด บางรายเป็นผู้ใช้แรงงานต่างชาติด การปฏิบัติงานในด้านการสอบสวน การควบคุมโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปในทางดีขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาในเรื่องของการหาผู้สัมผัสและผู้ที่เป็นพาหะนำโรค โดยเจ้าหน้าที่มักมีความเข้าใจว่าผู้ใหญ่ไม่เป็นพาหะนำโรคจึงไม่ได้ให้ยาป้องกันโรคในกลุ่มผู้ใหญ่ และมีความเข้าใจว่าวัคซีนสามารถควบคุมป้องกันการระบาดได้ทันที จึงระดมฉีดวัคซีนมากกว่าค้นหาพาหะ

การระบาดของโรคคอตีบเกี่ยวข้องกับ

1. การมีแรงงานต่างชาติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนมากไม่ได้รับวัคซีนโรคและอาจเป็นพาหะของโรคเข้ามา มากขึ้น วิธีการป้องกัน - ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคก่อนเข้าประเทศ
2. คนไทยควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันในระดับสูงพอที่จะป้องกันโรคได้ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ชุมชนแออัด แรงงานอพยพ การโยกย้ายถิ่น ชาวเขา กรรมกรก่อสร้าง แรงงานในเขตชนบท ประชากรกลุ่มที่ไม่มีอยู่ในทะเบียน
3. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในผู้ใหญ่อายุ > 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจได้รับวัคซีนในวัยเด็กไม่ครบ เนื่องจากขณะนั้นเป็นช่วงก่อนเริ่มต้นของโครงการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2520)
4. การสอบสวนและการควบคุมโรค ควรมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่พบคือการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องค้นหาให้ครบ เพื่อให้ยาเกินให้ครบโดยหวังลดจำนวนพาหะนำโรค การค้นหาไม่ครบและการกินยาไม่ครบทำให้พาหะนำโรคยังคงอยู่ และคัดวงจรของการระบาดโรคไม่ได้

โปลิโอ

โรคโปลิโอหรือไขสันหลังอักเสบเคยเป็นสาเหตุความพิการที่สำคัญที่สุดของเด็กในประเทศไทย ในระยะก่อนการใช้วัคซีนมีรายงานผู้ป่วยโปลิโอปีละกว่าหนึ่งพันราย ในปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มโครงการให้วัคซีนคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก และโปลิโอ ซึ่งเริ่มเป็นบางจังหวัดและครอบคลุมทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2525 อัตราการเกิดโรคโปลิโอลดลงเป็นลำดับโดยจำนวนรายงานผู้ป่วยเหลือไม่ถึงร้อยรายต่อปีพร้อมๆ ไปกับอัตราการครอบคลุมวัคซีนเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 80 โดยในปี พ.ศ. 2532 มีรายงานผู้ป่วย 19 รายและปี พ.ศ. 2533 และ 2534 จำนวนผู้ป่วยโปลิโอในประเทศไทยมีรายงานเพียง 4 รายและ 6 รายตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้ร่วมกับนานาประเทศทั่วโลกได้ตั้งพันธมิตรในอันที่จะกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลกในปี พ.ศ. 2543 หรือ ค.ศ. 2000 กลยุทธ์ที่ใช้ในการกวาดล้างโปลิโอประกอบด้วยกลวิธีสำคัญ 4 ประการคือ

1. การเพิ่มและคงระดับการให้วัคซีนตามกำหนดการปกติแก่เด็กในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด
2. การเพิ่มความไวของการเฝ้าระวังโรคอัมพาตเฉียบพลันชนิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงในเด็ก (acute flaccid paralysis surveillance) ร่วมกับการแยกเชื้อไวรัสโปลิโอจากอุจจาระของผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค
3. การควบคุมโรคโดยเฉียบพลันและมีประสิทธิภาพทันทีที่มีรายงานผู้ที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคโปลิโอ
4. การรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กกลุ่มเสี่ยงทั่วประเทศ

การเฝ้าระวังโรคอัมพาตเฉียบพลันชนิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง (acute flaccid paralysis , AFP) ในเด็กตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ช่วยให้การค้นพบผู้ป่วยโปลิโอได้ครบถ้วนใกล้เคียงความจริงมากขึ้น การรายงานในปี พ.ศ. 2535 มีผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลันเพิ่มขึ้นมากเป็น 99 ราย ซึ่งสามารถแยกเชื้อโปลิโอได้ 13 ราย ซึ่งเป็นชาวพม่า 1 ราย ผู้ป่วยในศูนย์อพยพจังหวัดชลบุรี 3 ราย ส่วนอีก 9 รายเป็นคนไทยจากที่ต่างๆ ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี ระนอง กาญจนบุรี ตาก สิงห์บุรี สกลนคร จันทบุรี อุรธานี ยโสธร อายุของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ 5-14 ปี รองลงมาคือ 1-4 ปี ข้อสันนิษฐานของการระบาดเชื้อโปลิโอน่าจะมีสาเหตุจากการอพยพของผู้ลี้ภัยชาวต่างชาติหรือเกิดจากการเดินทางติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านในบริเวณชายแดน ในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนผู้ป่วย AFP 147 รายและสัมผัสโรค 257 ราย ซึ่งในจำนวนนี้สามารถแยกเชื้อโปลิโอได้ 9 รายจากผู้ป่วย AFP และ 30 รายจากผู้สัมผัสโรค ผู้ป่วยโปลิโอทั้ง 9 ราย เป็นชาวพม่าและลาวที่เข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดตามแนวชายแดนประเทศไทย ได้แก่ ระนอง ราชบุรี ตาก เลย มุกดาหาร ปราจีนบุรี และชลบุรี (เขาวงกต, 2537) การติดเชื้อโปลิโอในผู้ป่วยคนไทยพบว่าร้อยละ 50 เกิดในคนที่มีประวัติไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ 3 ครั้ง ใน พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีโดยให้วัคซีน 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือนโดยครั้งแรกให้ในเดือนสิงหาคมและครั้งที่สองในเดือนกันยายน ความครอบคลุมของวัคซีนในการรณรงค์ทั้งสองรอบเฉลี่ยร้อยละ 90 ปัญหาที่พบในช่วงเวลากวาดล้างโปลิโอคือในครอบครัวกรรมกรก่อสร้างซึ่งมีการย้ายถิ่นที่อยู่บ่อย การครอบคลุมวัคซีนจึงไม่ถึงร้อยละ 100 การศึกษาในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ช่วงสิงหาคม-พฤศจิกายน 2537 จำนวนทั้งหมด 520 ครอบครัวซึ่งมีครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีจำนวน 80 ครอบครัว เป็นคนไทย 58 ครอบครัวและคนพม่า 22 ครอบครัว การสัมภาษณ์เฉพาะในคนไทยซึ่งส่วนมากมารดาอายุ 21-40 ปี การศึกษาไม่ได้เรียนร้อยละ 24.1 ระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.7 และย้ายสถานที่ก่อสร้างมาแล้ว 1-5 แห่งร้อยละ 91.4 การสอบถามถึงความรู้ว่าเด็กจำเป็นต้องได้รับวัคซีนพบเพียงร้อยละ 70.7 เด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมีร้อยละ 10.3 และเคยได้แต่ไม่ครบร้อยละ 58.6 เหตุผลที่ไม่ได้รับวัคซีนเนื่องจากย้ายสถานที่บ่อยร้อยละ 34.5 ไม่ได้อยู่ด้วยกันร้อยละ 15.5 ขาดหลักฐานร้อยละ 10.3 และไม่มีเวลาร้อยละ 8.6 การให้วัคซีนครั้งแรกในเด็กเหล่านี้ พบว่ามีเด็ก 62 คน และเมื่อไปครั้งที่สองในอีก 1 เดือนถัดมา พบว่า เป็นเด็กกลุ่มเดิมเพียง 37 คน ซึ่งหายไปร้อยละ 40.3 แต่มีเด็กกลุ่มใหม่มาแทน ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้ให้วัคซีนโปลิโอครั้งแรกแก่เด็กกลุ่มใหม่นี้ การสำรวจครั้งที่สามพบว่า เด็กกลุ่มที่เคยได้รับวัคซีนเพียง 1 ครั้งมีหายไปอีกจำนวนร้อยละ 42.8 การสำรวจครั้งที่สี่พบลักษณะเช่นเดิม คือ เด็กกลุ่มเดิมหายไปร้อยละ 41.6 (พัชโรบล, 2538) ผลจากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงสาเหตุที่ทำให้อัตราการครอบคลุมวัคซีนเข้าไม่ถึงในกลุ่มคนเหล่านี้ ซึ่งได้แก่ ลูกกรรมกรก่อสร้าง ชุมชนแออัด ชาวเขา ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีการย้ายถิ่นที่อยู่ไปเรื่อยๆ การหากระบวนการที่ติดตามครอบครัวเหล่านี้เพื่อให้วัคซีนครบตามเกณฑ์เป็นสิ่งที่ควรกระทำ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของวัคซีนในการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้เพื่อลดความพิการ

ในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลันชนิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากก่องระบาดวิทยาทั้งหมด 268 ราย และเป็นผู้ป่วยที่อาจจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ 25 ราย โดยพบตามจังหวัดต่างๆ ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี อุทัยธานี อ่างทอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ตราด ปราจีนบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์ อุดรธานี ศรีสะเกษ อุบลราชธานี พิษณุโลก น่าน พะเยา ลำปาง นครศรีธรรมราช สตูล โดยพบจังหวัดละ 1 ราย ที่จังหวัดสุโขทัยพบ 2 ราย และหนองคายพบ 3 ราย (ก่องระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

หัด

หัดเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อ measles virus เป็นโรคติดต่อทางระบบหายใจ โรคหัดมักเป็นในวัยเด็กเล็กและมีการระบาดเป็นช่วงๆ อัตราป่วยต่อแสนประชากร ในพ.ศ. 2525 เท่ากับ 51.17 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2527 เป็น 93.67 ในปี พ.ศ. 2527 ประเทศไทยได้เริ่มโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด หลังจากเริ่มโครงการใน 2 ปีแรก อัตราป่วยต่อแสนประชากรลดลงเหลือ 37.12 แต่ในปี พ.ศ. 2530 อัตราป่วยกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 78.67 (ก่องระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2531) หลังจากนั้น อัตราป่วยต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2532 และ 2533 เหลือ 13.67 และ 52.34 (ก่องระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2535) อัตราครอบคลุมนของวัคซีนจากร้อยละ 0 ใน พ.ศ. 2527 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2535 และคงที่อยู่ที่ร้อยละ 70-80 ซึ่งน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ได้มีการศึกษาในโรงพยาบาลบาราคนราดูร ช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2534 ถึงสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่พาเด็กมารับวัคซีนโรคหัด พบว่า เกิดจากความเข้าใจผิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนสถานที่ฉีดวัคซีนได้เมื่อย้ายที่อยู่ ทำสมุดสุขภาพหาย เข้าใจว่าเด็กออกหัดแล้ว เด็กไม่สบายไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน และส่วนหนึ่งอยาก让孩子ออกหัดเองตามธรรมชาติ (นภา, 2535) การระบาดของโรคหัดเกิดขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2537 โดยมีรายงานจากทุกภาค ได้แก่ สกลนคร (สุทธิมา, 2540) , ชัยภูมิ (สุชัยญา, 2539), ร้อยเอ็ด (ธนรัตน์, 2539), ชลบุรี (สุพรรณ, 2537), ราชบุรี (สุกโชค, 2539), อุทัยธานี (นิคม และ บังอร, 2539), กรุงเทพฯ (ผการัตน์, 2539) และ พงศ์พิพัฒน์, 2537) อัตราป่วยทั่วประเทศ สูงถึง 65.42 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2533

จากการระบาดในปีพ.ศ. 2537 จึงได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของวัคซีนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดซึ่งเด็กส่วนมากได้รับวัคซีนที่อายุ 9-10 เดือน อัตราการครอบคลุมนของวัคซีนประมาณร้อยละ 80-85 ผลการศึกษาพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหัดเกิดขึ้นในเด็กอายุมากกว่า 5 ปีและเกิดในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนร้อยละ 24.47-41.17 ในขณะที่เด็กที่ได้รับวัคซีนมีอัตราป่วยร้อยละ 2.29-4.35 เท่านั้น และสรุปว่าวัคซีนมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคหัดได้สูงถึงร้อยละ 90-92 (นิคม, 2539) การรายงานในปี พ.ศ. 2537 ทุกรายงานพบตรงกันคือพบอัตราป่วยสูงสุดในเด็กอายุ 5 ปี การตรวจวัดระดับแอนติบอดีต่อโรคหัดซึ่งพบว่าผู้ที่เคยฉีดวัคซีนที่อายุ 9-12 เดือนเพียงเข็มเดียว จะเริ่มมีแอนติบอดีลดต่ำลงที่อายุ 4-5 ปี (อมรศรี และสมศักดิ์, 2539) และแนะนำว่าควรจะได้รับวัคซีนโรคหัดกระตุ้นอีกครั้งเมื่อเด็กอายุ 4-5 ปี ในปี พ.ศ. 2539 กรมควบคุมโรคติดต่อจึงดำเนินการและบรรจุการกระตุ้นวัคซีนโรคหัดเข็มที่สองเมื่อเด็กอายุ 5 ปีไว้ในโครงการฉีดวัคซีน ภายหลังจากปี พ.ศ. 2537 อัตราป่วยของโรคหัดต่อแสนประชากรลดลงเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2539 เหลือเพียง 9.58 แต่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 18.67 ในปี พ.ศ. 2540 อัตราการครอบคลุมนของวัคซีนยังคงอยู่ร้อยละ 80-90

การระบาดของโรคหัดในหลายปีที่ผ่านมา มักระบาดในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคมของทุกปีโดยมีการระบาดใหญ่เกิดขึ้นทุกๆ 3-4 ปี เช่นในปี พ.ศ. 2530, 2533, 2537 โดยอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคหัดพบมากที่สุดที่อายุ 0 - 4 ปี แต่หลังจาก พ.ศ. 2537 การระบาดลดลงอย่างมาก และอายุที่พบมากที่สุดคือ 5-9 ปี (ลัดดา, อุบลรัตน์ และเพ็ญศรี, 2541)

โรคหัดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ปอดบวม อุจจาระร่วง สมองอักเสบ และหูชั้นกลางอักเสบ ผู้ป่วยโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทั่วประเทศพบประมาณปีละ 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2535-2536 และพบสูงสุดในปี พ.ศ. 2537 ประมาณ 2,000 รายและลดลงเหลือประมาณ 200-300 รายในปี พ.ศ. 2539 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนในปี พ.ศ. 2535 พบร้อยละ 7 ลดลงเหลือร้อยละ 5 ในปี 2536 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7 ใน พ.ศ. 2537 หลังจากนั้นพบลดลงเรื่อยๆ โดยสัดส่วนโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนในปี พ.ศ. 2539 เหลือเพียงร้อยละ 3.5 อายุที่พบโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือ 0-4 ปีโดยเฉพาะเด็กในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ปอดบวม รองลงมาคือ อุจจาระร่วง

ไข้สมองอักเสบ เจอี

โรคไข้สมองอักเสบ เจอี หรือ Japanese encephalitis มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส Japanese encephalitis virus ซึ่งติดต่อโดยยุงรำคาญ และมีวงจรชีวิตระหว่างยุง-หมู-ยุง-คน และสัตว์มีกระดูกสันหลังอื่นๆ เช่นม้า วัว ควาย โรคนี้มีรายงานผู้ป่วยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2508 เป็นผู้ป่วยในจังหวัดสุโขทัย (Jaruchinda, 1965) การระบาดใหญ่เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยปี พ.ศ. 2512 พบรายงานผู้ป่วย 655 ราย เสียชีวิต 152 รายหรือร้อยละ 23 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 5-9 ปี หลังจากนั้นมีการระบาดทุกปีโดยเฉพาะในระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม รายงานผู้ป่วยใน ช่วงปี พ.ศ. 2519-2529 พบว่าอยู่ระหว่าง 1,540-2,413 รายต่อปี หรือเป็นอัตราส่วน 3.18-5.19 ต่อประชากรแสนคนทั่วประเทศ แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างสม่ำเสมอแต่อัตราตายมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 28.8 ในปี พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 13.5 ในปี พ.ศ. 2528 (Sangkawibha, 1986; Chunsuttiwat, 1989) อัตราป่วยสูงสุดในปี 2528 ตามรายภาคคือ ภาคเหนือ 8.08 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะจังหวัดเชียงรายซึ่งมีอัตราป่วยสูงถึง 15.4 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3.85 ภาคใต้ 2.33 และภาคกลาง 1.86 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยสูงสุดพบที่อายุ 5-9 ปี รองลงมาคือ 0-4 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ (กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2530) มีรายงานผู้ป่วยถึงโรคไข้สมองอักเสบ อายุที่พบ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดำเนินโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ได้แก่ 96 รายจากโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. 2513-2525 (อดุลย์, 2527); 147 รายจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526-2528 (เพ็ญจันทร์, 2531), 21 รายจากโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่กรกฎาคม 2531 - มิถุนายน 2532 (อัมพร, 2533), 28 รายจากโรงพยาบาลเด็ก ในช่วงเมษายน 2525 - มีนาคม 2526 (รัตโนทัย, 2534) และ 59 รายจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงมกราคม 2527 - ธันวาคม 2528 (Poneprasert, 1989) รายงานรวมทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 -2535 จำนวน 15,216 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 2,116 ราย และมีจำนวนเลือดที่ส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4,175 ราย (ร้อยละ 27.4) ซึ่งให้ผลบวกยืนยันสาเหตุจากไวรัสไข้สมองอักเสบเจอีในแต่ละปี ร้อยละ 19.5-50.0 (สุนทรี, 2538) เช่นเดียวกับที่สถาบันวิจัยไวรัส มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งตรวจพบแอนติบอดีโรคไข้สมองอักเสบเจอีจากตัวอย่างที่ส่งตรวจ 324 ตัวอย่างในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งพบผลบวกมากถึงร้อยละ 50 (ชาญชุติ, 2537)

ในปี พ.ศ. 2530 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เริ่มโครงการให้วัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบ เจอี ในกลุ่มเด็กอายุ 3-14 ปี ซึ่งมีที่คลินิกเด็กดีของโรงพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 ได้ขยายผลต่อไปโดยฉีดให้แก่เด็กนักเรียนประถมปีที่ 1 ทั่วทั้งจังหวัดเชียงรายรวมจำนวนเด็กนักเรียนที่ได้ฉีดทั้งหมด 40,000 คน ในปี พ.ศ. 2530-2531 พบผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบ เจอี ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งหมด 122 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่ไม่ได้รับ

วัคซีน นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงเวลาการระบาดสั้นลงกว่าปีที่ผ่านมา มาก่อนเริ่มให้วัคซีน อัตราป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 0 ซึ่งแสดงว่า วัคซีนสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ (เพ็ญศรี, 2532).

การวัดระดับภูมิคุ้มกันทานในจังหวัดที่ยังไม่ได้เริ่มโครงการให้วัคซีนใน 5 จังหวัดภาคเหนือ การตรวจวัดแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส Japanese encephalitis ในเด็กอายุ 6 เดือน - 14 ปี จำนวน 3,089 ราย ในช่วงเดือนกันยายน 2532 พบว่ามีแอนติบอดีถึงร้อยละ 27.4 โดยพบแอนติบอดีได้มากถึงร้อยละ 69.3 ในเด็กอายุ 10-14 ปี รองลงมาคือเด็กอายุ 5-10 ปีพบร้อยละ 44.2 เด็กอายุ 2-5 ปีพบร้อยละ 24.1 อายุ 1-2 ปีพบร้อยละ 9.1 และอายุ 6 เดือน - 1 ปี พบต่ำสุดคือร้อยละ 8.5 ผลจากการศึกษาแสดงว่า อัตราการติดเชื้อโดยไม่มีอาการพบได้สูงมากในเขตภาคเหนือ (Rojanasuphot, 1992b) และเด็กเหล่านี้ควรได้รับวัคซีนตั้งแต่อายุต่ำกว่า 2 ปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การศึกษาโดยการฉีดวัคซีนให้สมองอักษโดยให้พร้อมกับเด็กที่มาเข้ารับวัคซีนที่โรงพยาบาลเด็กช่วงเวลาพฤษภาคม-มิถุนายน 2532 โดยแบ่งเด็กเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มแรกจำนวน 60 คน ได้รับวัคซีนให้สมองอักษพร้อมๆ กับการให้วัคซีนคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-โปลิโอ เมื่ออายุ 4 เดือน, 6 เดือน และ 18 เดือน กลุ่มที่สองจำนวน 45 คน ได้รับวัคซีนให้สมองอักษที่อายุ 6 เดือน, 9 เดือน และ 21 เดือน กลุ่มที่ 3 จำนวน 19 คน ได้วัคซีนให้สมองอักษที่อายุ 6 เดือน และอีก 1 สัปดาห์ต่อมา และอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน กลุ่มที่ 4 จำนวน 25 คน ไม่ได้ให้วัคซีนให้สมองอักษเป็นกลุ่มควบคุมของกลุ่มแรก และกลุ่มที่ 5 จำนวน 25 คน ไม่ได้ให้วัคซีนให้สมองอักษเป็นกลุ่มควบคุมของกลุ่มที่สอง ผลการศึกษาพบว่าใน 3 กลุ่มแรกภายหลังได้รับวัคซีน 2 เข็มไปแล้ว 1 เดือนมี seroconversion ร้อยละ 97.8-100 แต่ 1 ปีภายหลังวัคซีนเข็มที่สอง มี seroconversion ลดลงในกลุ่มที่ 1 และ 2 เหลือเพียงร้อยละ 78-84 ในขณะที่กลุ่มที่ 3 ยังคง seroconversion ร้อยละ 100 (Rojanasuphot, 1992a)

ในปี พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการควบคุมโรคให้สมองอักษเจ็ดด้วยวัคซีน โดยเริ่มงานใน 17 จังหวัดทางภาคเหนือ โดยกำหนดการฉีดวัคซีนเจ็ดเข็มแรกในเด็กอายุ 1-5 ปี พร้อมกับวัคซีนคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก และวัคซีนโปลิโอครั้งที่ 4 และนัดอีก 7-14 วันต่อมา จึงให้วัคซีนเจ็ดเข็มที่ 2 โดยฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังครั้งละ 0.5 มล. วัคซีนที่ใช้ในโครงการเป็นเชื้อตายที่ผลิตจากสมองหนู โดยใช้สายพันธุ์นากายามา ซึ่งเป็นวัคซีนแห้ง นำเข้าจากต่างประเทศ มีกำหนดวันสิ้นอายุ 5 ปี โดยเก็บไว้ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ในประเทศไทยมีการผลิตวัคซีนเจ็ดเข็มเองโดยองค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นวัคซีนชนิดน้ำและมีกำหนดวันสิ้นอายุ 1 ปี โดยเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส (Rojanasuphot, 1991) ในปี พ.ศ. 2535 วัคซีนให้สมองอักษ เจ็ด ถูกบรรจุอยู่ในแผนการการครอบคลุมวัคซีนทั่วประเทศ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535) การวัดระดับแอนติบอดีต่อวัคซีนทั้งสองชนิดพบว่า มีระดับสูงพอในการป้องกันโรค (กาญจนา, 2536)

การสุ่มตรวจสอบคุณภาพวัคซีนโดยการประเมินความสามารถของวัคซีนในการกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเจ็ดในหนู พบว่า มีวัคซีนร้อยละ 17.4-27.8 ที่มีความแรงต่ำกว่ามาตรฐาน การตรวจสอบชนิดวัคซีนพบว่า เป็นทั้งชนิดที่ผลิตในประเทศและผลิตต่างประเทศและยังไม่ถึงกำหนดวันสิ้นอายุ การเสื่อมคุณภาพของวัคซีนสันนิษฐานว่าเกิดจากระบบลูกโซ่ความเย็นในการเก็บวัคซีนและวิธีการควบคุมกำกับคุณภาพวัคซีน (ธีรนารถ, 2540) ปัญหานี้ควรได้รับวางแผนเพื่อแก้ไข เนื่องจากวัคซีนที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ได้ผลทั้งๆที่มีการครอบคลุมของการได้รับวัคซีนสูง และอาจนำไปสู่การระบาดครั้งใหญ่ในอนาคตได้ นอกจากนี้ควรมีความสม่ำเสมอในการตรวจสอบคุณภาพวัคซีนเป็นระยะด้วย

ความครอบคลุมวัคซีน

โครงการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเริ่มขึ้นในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2520 หลังจากนั้นอัตราการครอบคลุมวัคซีนแต่ละชนิด เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 80-90 และคงที่อยู่ที่ระดับนี้ตลอด ยกเว้นวัคซีนบีซีจี ซึ่งเคยขึ้นสูงเท่ากับร้อยละ 100 แต่ในระยะปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา อัตราการครอบคลุมวัคซีนบีซีจี ก็ลดลงเหลือร้อยละ 90-95 ซึ่งก็ยิ่งมากกว่าวัคซีนชนิดอื่นซึ่งสามารถอธิบายได้เนื่องจากวัคซีนบีซีจี ให้ตั้งแต่แรกเกิดซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย เด็กที่ไม่ได้รับการฉีดบีซีจีก็มีเพียงเด็กที่มารดาคลอดที่บ้านเท่านั้น ซึ่งในภาคกลางและกรุงเทพฯ จะพบน้อยมากเพียงร้อยละ 0.5-1.2 เท่านั้น แต่ในเขตชนบทภาคใต้ ภาคเหนือและภาคอีสานยังคงพบได้สูงร้อยละ 4.5-9.6 วัคซีนชนิดอื่นที่ต้องมาฉีดตามกำหนดเวลาที่อายุต่างๆ มีอัตราการครอบคลุมประมาณร้อยละ 70-90 การศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่ได้พาบุตรมาฉีดวัคซีนให้ครบตามกำหนดได้มีการศึกษากันทั้งในเขตกรุงเทพฯ และภาคต่างๆ ดังนี้ ในเขตกรุงเทพฯ มีการศึกษาที่วชิรพยาบาล เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2534 ในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลอายุ 1-6 ปี จำนวน 224 คน พบว่า เด็กที่ฉีดวัคซีนครบตามกำหนดมีเพียงร้อยละ 57.8 ในเด็ก 5 ปี และร้อยละ 93 ในเด็กอายุ 1-2 ปี การสอบถามถึงสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่พาบุตรมารับวัคซีนตามกำหนด (สุนนา, 2536) เพราะ

1. ขาดความรู้ ร้อยละ 31.8 โดยผู้ปกครองเข้าใจผิดว่าเด็กไม่สบายไม่ควรได้รับวัคซีน และเด็กที่ออกหัดแล้วไม่ต้องมารับวัคซีนอีก

2. ขาดแรงจูงใจร้อยละ 17 เนื่องจากทำสมมุติสุขภาพหาย และจำวันกำหนดนัดไม่ได้

3. มีอุปสรรค ร้อยละ 51.2 เนื่องจากผู้ปกครองไม่มีเวลา และบางครั้งเด็กป่วยในวันนั้น

การศึกษาที่โรงพยาบาลบาราศนราครในเดือนมกราคม - มีนาคม 2534 โดยสอบถามจากผู้เลี้ยงดูเด็กที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโดยเด็กอายุ 9 เดือน - 5 ปีที่มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามกำหนดนัดจำนวน 1,274 คน ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูส่วนมากประถมศึกษาร้อยละ 58.4 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ นนทบุรี ปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ไม่พาบุตรมาฉีดวัคซีนเนื่องจากเคยออกหัดแล้วร้อยละ 26.92 เด็กไม่สบายบ่อยร้อยละ 25.74 ย้ายถิ่นที่อยู่ร้อยละ 18.93 ไม่มีสมมุติสุขภาพร้อยละ 9.47 อยากให้ออกหัดเองตามธรรมชาติร้อยละ 5.03 ลางานลำบาก ลืม และไม่มีเงินร้อยละ 3-5 (นภา, 2535) การศึกษาในเขตเทศบาลนครราชสีมา ช่วงเวลา 15-25 กันยายน 2532 โดยการสุ่ม 30 clusters sampling technique เลือกเฉพาะครอบครัวที่มีเด็กอายุ 1-2 ปี จำนวน 210 ครอบครัว อัตราการครอบคลุมวัคซีนบีซีจี ร้อยละ 99.1 วัคซีน คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยักและโปลิโอ ร้อยละ 85.3 และวัคซีนหัดร้อยละ 54.0 การสอบถามผู้ปกครองที่ไม่พาบุตรมาฉีดวัคซีนตามกำหนด พบว่าเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ (สมศักดิ์, 2533) คือ

1. ขาดความรู้ความเข้าใจ เช่น ไม่ทราบ是孩子จำเป็นต้องได้วัคซีน ไม่ทราบกำหนดวันที่ให้วัคซีน ไม่ทราบสถานที่ที่จะพาเด็กไปฉีดวัคซีน จำวันนัดไม่ได้ เลยวันนัดมาแล้วจึงไม่กล้าพาเด็กไปรับวัคซีน กลัวเด็กไม่สบายหลังฉีดวัคซีน ไม่เชื่อว่าวัคซีนจะป้องกันโรคได้

2. ขาดการเร่งร่ำหรือกระตุ้นเตือน เช่น รอให้เด็กโตกว่านี้ ได้ยินข่าวลือเกี่ยวกับข้อไม่ดีของวัคซีน

3. มีอุปสรรคในการพาเด็กไปฉีดวัคซีน เช่น ไม้ว่าง ไม่มีคนพาไป กำหนดเวลาและสถานที่ไม่สะดวก คอยนาน ไปแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่ ไม่มีวัคซีน ไม่มีเงิน เจ้าหน้าที่ไม่สุภาพ

การศึกษาในจังหวัดเชียงรายในช่วงมกราคม-เมษายน 2537 โดยการสุ่มเจาะจงเลือกเขตที่มีอัตราการครอบคลุมวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายได้ 3 อำเภอ 1 ถึงอำเภอ ซึ่งสุ่ม multistage sampling จนได้ 10 หมู่บ้านและ

คุ้มครองเฉพาะครอบครัวที่มีเด็กอายุ 1.5-2 ปี จำนวน 97 คน แต่สัมผัสกันได้ 80 คน ผู้เลี้ยงดูอายุ 21-40 ปี ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนร้อยละ 40 ประถมศึกษาร้อยละ 50 อาชีพทำไร่ทำสวนร้อยละ 48.8 รับจ้างร้อยละ 32.5 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ร้อยละ 86.2 คลอดที่บ้านร้อยละ 16.2 ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลยร้อยละ 5 เคยได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบร้อยละ 12.5 การศึกษาถึงความรู้ของผู้เลี้ยงดูถึงการป้องกันโรคของวัคซีน พบว่าไม่ทราบร้อยละ 35 การประเมินเจตคติเกี่ยวกับการพามารับวัคซีนพบว่าระดับเจตคติไม่ดีร้อยละ 35 การปฏิบัติภายหลังจากเด็กหายจากความเจ็บป่วยแล้วจะไม่พาไปฉีดวัคซีนร้อยละ 12.5 (งามนิษฐ์, 2539) การศึกษาในครอบครัวกรรมกรก่อสร้าง เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 80 ครอบครัว ช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2537 พบว่าอัตราการครอบคลุมวัคซีนโปลิโอในช่วงที่มีการณรงค์ให้วัคซีนทั่วประเทศพบเพียงร้อยละ 31 เท่านั้น เด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลยร้อยละ 10.3 และเคยได้แต่ไม่ครบร้อยละ 58.6 เหตุผลในการไม่พาบุตรไปรับวัคซีน คือ ย้ายที่อยู่บ่อยร้อยละ 34.5 ไม่ได้อยู่กับเด็กร้อยละ 15.5 ขาดหลักฐานร้อยละ 10.3 และไม่มีเวลาร้อยละ 8.6 (พัชโรบล, 2538)

สรุป

1. อัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนได้แก่ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด ไข้สมองอักเสบ และตับอักเสบบี ในเด็กอายุ 0-5 ปี มีจำนวนลดลงอย่างมาก และบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในเรื่องของการป้องกันโรคโปลิโอและไอกรน ส่วนโรคคอตีบ หัด และไข้สมองอักเสบ เจริญมีอัตราป่วยมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งยังคงต้องรณรงค์เรื่องการให้วัคซีนกันต่อไป
2. ความครอบคลุมวัคซีนทุกชนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ที่ระดับร้อยละ 90-95 ซึ่งยังไม่บรรลุตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่ตั้งเป้าหมายไว้สูงถึง ร้อยละ 99 กลุ่มที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ ได้แก่ เด็กในชนบทห่างไกลตามชายแดน ลูกกรรมกรก่อสร้าง และแรงงานอพยพย้ายถิ่น ซึ่งสาเหตุของการละเลยในการพาบุตรหลานไปรับวัคซีน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ และมีอุปสรรค
3. ควรเร่งหามาตรการในการกระตุ้นกลุ่มคนที่ละเลยและไม่สนใจเรื่องวัคซีนให้มีความรู้ถึงการป้องกันโรคด้วยวัคซีน
4. ควรเร่งหามาตรการในการค้นหาและติดตามกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนให้มารับวัคซีนให้ครบตามกำหนด

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยก่อนเรียน โรคในกลุ่มนี้ครอบคลุมตั้งแต่โรคหัด คอตีบ อักเสบ หูอักเสบ หลอดลมใหญ่ หลอดลมฝอย และปอดอักเสบ โรคหัดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ และเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ส่วนโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดในกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจคือปอดอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล โดยเป็นร้อยละ 43 ของทั้งหมดและเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคติดเชื้อ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539)

อุบัติการณ์

โรคหัดเป็นโรคที่พบบ่อยมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัดประมาณ 6-8 ครั้ง/คน/ปี (กองวัณโรค, 2540; สังกวาลย์และครุณี, 2540) การศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคมักทำโดย 2 วิธี คือ การศึกษาถึงจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาโดยการสอบถามถึงความเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การศึกษาโดยวิธีแรกเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเท่านั้น

ซึ่งอุบัติการณ์จะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากโรคหัดเป็นโรคที่ไม่รุนแรงและหายเองได้โดยไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง อย่างไรก็ตาม โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจก็ยังเป็นโรคที่พบมากที่สุด โดยมีจำนวนสูงถึง ร้อยละ 34-38 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด และร้อยละ 17-24 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล (ประมวญ, 2527) การศึกษาโดยการสอบถามถึงความเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จะใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่าโดยพบว่าในช่วงเวลา 2 สัปดาห์มีผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปีที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจสูงถึงร้อยละ 17.2 หรือเท่ากับ 17,200 คนต่อประชากรอายุเดียวกันแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539)

สาเหตุ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นได้จากทั้งเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย การศึกษาเชื้อสาเหตุจากไวรัสโดยการใช้ตัวอย่างจากลำคอบริเวณ nasopharynx โดยใช้แอนติบอดีจำเพาะต่อแอนติเจนของเชื้อ respiratory syncytial virus, parainfluenza virus และ adenovirus ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมาราธิบดีตั้งแต่ มกราคม 2529 ถึง ธันวาคม 2530 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 738 ราย พบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่างเกิดจากเชื้อไวรัสสูงถึงร้อยละ 44.8 การศึกษาการติดเชื้อไวรัสในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างอายุ 0-5 ปีที่รับตัวไว้ในโรงพยาบาลศิริราชช่วงเดือนมิถุนายน 2532 ถึง ธันวาคม 2534 จำนวนผู้ป่วย 399 ราย พบว่าสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสสูงถึงร้อยละ 52.6 โดยเป็นเชื้อ respiratory syncytial virus ร้อยละ 34.8 (พิไลพันธ์, 2540) ช่วงอายุที่พบการติดเชื้อนี้ได้บ่อยโดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบเชื้อจากจำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจทั้งหมดที่อายุเดียวกัน พบว่าอุบัติการณ์การพบเชื้อสูงสุดในช่วงอายุ 1-2 ปี พบร้อยละ 40.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 6-11 เดือนพบร้อยละ 39.04 ฤดูกาลที่พบการติดเชื้อไวรัสได้บ่อยคือฤดูฝนช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม (Puthavathana, 1995) นอกจากนี้ยังตรวจพบเชื้อ parainfluenza virus type 3 ร้อยละ 7 และเชื้อ adenovirus ร้อยละ 5 (พิไลพันธ์, 2540) อย่างไรก็ตามการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส น่าจะสูงกว่าที่รายงานไว้ เนื่องจากยังมีเชื้อไวรัสอีกหลายชนิดที่ไม่ได้ทำการตรวจ

การศึกษาถึงเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจยังมีค่อนข้างจำกัด เนื่องจากปัญหาในการเก็บตัวอย่างที่ไม่ถูกต้อง การขาดความชำนาญในการเก็บตัวอย่างจากลำคอ การเก็บเสมหะเพาะเชื้อจึงมีการปนเปื้อนสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อนแล้ว จึงทำให้ถึงแม้จะมีการติดเชื้อจริงก็ตาม แต่จะเพาะเชื้อไม่ขึ้น

การศึกษาถึงเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน โดยศึกษาในโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลเด็ก ช่วงเวลา 3 เดือนตั้งแต่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน 2538 จำนวนตัวอย่าง 130 ราย โดยเพาะเชื้อจากตัวอย่างที่เก็บจาก nasopharynx ผลการศึกษาพบเชื้อแบคทีเรียสูงถึงร้อยละ 74.6 โดยเป็นเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 37.6, *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 21.5, *Escherichia coli* ร้อยละ 15.4, *Enterococcus* ร้อยละ 15.4, *Streptococcus pneumoniae* ร้อยละ 5.4 และ *Haemophilus influenzae* ร้อยละ 6.2 (ประมวญ, 2540) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เพาะเชื้อจาก nasopharynx ซึ่งอาจไม่ใช่เชื้อสาเหตุของปอดอักเสบที่แท้จริง การเพาะเชื้อในเลือดจะบ่งบอกเชื้อสาเหตุได้ดีกว่า แต่การเพาะเชื้อจะขึ้นน้อย การหาเชื้อสาเหตุของปอดอักเสบที่คิดว่าคือการเพาะเชื้อจาก broncho-alveolar lavage หรือ pleural aspiration แต่ในทางปฏิบัติจะไม่นิยมทำเนื่องจากทำได้ยากและอาจมีอันตราย โดยเฉพาะในเด็กทารก

การศึกษาถึงเชื้อสาเหตุของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาล 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลนครราชสีมา โรงพยาบาลพิษณุโลก โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยเก็บตัวอย่างตรวจที่บริเวณ nasopharynx ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งส่วนบน (ไข้วัด คออักเสบ) และส่วนล่าง (ปอดอักเสบ) ตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2536 - มกราคม 2537 จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1,783 ตัวอย่าง โดยทำการเพาะเชื้อในห้องปฏิบัติการของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขต และยืนยันผลการเพาะเชื้ออีกครั้งโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ส่วนกลาง ผลการศึกษาพบเชื้อก่อโรคร้อยละ 54.9 และไม่พบเชื้อร้อยละ 45.1 ในกลุ่มที่พบเชื้อก่อโรคพบว่าเกิดจากเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ร้อยละ 34.2, *Haemophilus influenzae* ร้อยละ 38.3 ที่เหลือเป็นเชื้อหลายชนิดปนกัน (mixed) และเชื้ออื่นๆ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงการดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งพบว่าเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* มีการดื้อยา penicillin, chloramphenicol และ cotrimoxazole เป็นจำนวนร้อยละ 8.7, 0, และ 25.4 ตามลำดับ ส่วนเชื้อ *Haemophilus influenzae* มีการดื้อยา ampicillin, chloramphenicol และ cotrimoxazole เป็นจำนวนร้อยละ 20.2, 14.5 และ 20 ตามลำดับ อัตราการดื้อยาปฏิชีวนะในเชื้อก่อโรคเหล่านี้ พบว่าเกิดขึ้นในเด็กที่เคยได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษามาก่อนแล้วมากกว่าในเด็กที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า prevalence ratio 1.63-1.90 (Bamrungtrakul, 1994)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ

การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ มักศึกษาระหว่างกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรค กลุ่มเด็กที่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน และกลุ่มที่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเปรียบเทียบปัจจัยของบิดามารดา สภาพครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดามารดา รายได้ครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน การได้รับภูมิคุ้มกัน สภาพโภชนาการ การสูบบุหรี่ในบ้าน การประกอบอาหารโดยใช้ถ่านฟืนหุงต้ม การใช้ยักันยุงชนิดมีควัน ความแออัดของที่อยู่อาศัยและจำนวนคนในบ้าน (นวลจันทร์, 2536; อ้อมจิต, 2540) มีการศึกษาโดยการติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตชุมชนแออัดที่แฟลตดินแดง กรุงเทพมหานคร เป็นเวลานาน 2 ปี โดยเป็น prospective study แล้วจึงนำมาเปรียบเทียบระหว่างคนที่ เป็นโรคและคนที่ไม่เกิดโรคถึงปัจจัยต่างๆของครอบครัวรวมทั้งสภาพแวดล้อม (สุทธิ, 2536) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่ศึกษาในหลายประเทศ ได้แก่ ไทย อาร์เจนตินา ฟิลิปปินส์ อูรุกวัย และปากีสถาน (กานดา, 2536) ทุกการศึกษาได้ข้อสรุปที่ตรงกัน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เด็กอายุน้อย รายได้ครอบครัวต่ำ สภาพครอบครัวแออัดและมีสมาชิกอาศัยอยู่มาก การสูบบุหรี่ในบ้าน สภาพแวดล้อมที่มีฝุ่นและควันมาก การได้รับวัคซีนไม่ครบ และภาวะทุพโภชนาการ (ตารางที่ 3.18)

ตารางที่ 3.18 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ปัจจัยเสี่ยง	นวลจันทร์ ปรามพาล (2536) Odds Ratio	กานดา วัฒนภาส (2536) Odds Ratio	สุทธิ อธิปัญญคม (2536) Odds Ratio
มีคนป่วยโรคหวัดในบ้าน	9.73	-	-
คนอาศัยในบ้าน > 10 คน	5.60	0.99 (NS)	3.02
ได้รับวัคซีนไม่ครบ	3.39	2.1	-
มีน้ำสกปรกขังใต้ถุนบ้าน	3.26	-	-
ยากันยุง ชนิดมึควัน	2.71	-	-
รายได้ครอบครัว < 5,000 บาท/เดือน	2.29	0.80 (NS)	-
เด็กในบ้าน > 3 คน	-	4.55	-
เด็กนอนในห้องเดียวกัน > 3 คน	-	2.14	1.74 (NS)
ประวัติหอบหืดในครอบครัว	-	3.03	-
เลี้ยงใน nursery	-	3.56	-
สูบบุหรี่ในบ้าน	-	2.11	-

NS = non-significant

ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคติดเชื้อที่พบมากที่สุดของเด็กอายุ 0-5 ปี (รูปที่ 3.5) การเกิดโรคปอดอักเสบมีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน (ตารางที่ 3.19) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตที่ศึกษาในโรงพยาบาลเด็ก (อัจฉรา, 2536) และโรงพยาบาลรามาริบัติ (สุวรรณา, 2536; Suwanjutha, 1994) พบตรงกันว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบรุนแรง ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ และความพิการของหัวใจแต่กำเนิด (ตารางที่ 3.20)

ตารางที่ 3.19 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ

ปัจจัยเสี่ยง	นวลจันทร์ ปรามพาล (2536) Odds Ratio
มีคนเป็นโรคหวัดในบ้าน	15.55
น้ำขังใต้ถุนบ้าน	4.60
น้ำหนักตัว < เปอร์เซนต์ไทล์ 50	4.37
ได้รับวัคซีนไม่ครบ	2.98
ใช้ยากันยุงชนิดมึควัน	2.88
มีเด็กนอนในห้องเดียวกัน > 3 คน	1.98

ตารางที่ 3.20 ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในโรคปอดอักเสบ

	Suwanjutha, 1994 Odds Ratio	อัจฉรา ชีวีรัตน์กุล, 2536 Odds Ratio
อายุ < 12 เดือน	4.0	1.75
บิดาอายุ > 35 ปี	6.1	-
น้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม	3.6	ไม่แตกต่าง
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	12.1	3.78
ทูปโภชนาการ	9.9	1.94
ความผิดปกติของระบบประสาท	-	3.78

การรักษา

โรคหัดเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ส่วนมากอาการจะหายเป็นปกติได้เอง การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ โดยการให้ยาและเช็ดตัวลดไข้ ยาแก้ไอ และยาลดน้ำมูก มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ควรจะได้รับยาปฏิชีวนะ การศึกษาถึงการรับรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาขณะเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่าส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ดี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัดได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย วิทยุและโทรทัศน์ (ทรงพล, 2540; สังวาลย์, 2540; สรศักดิ์, 2536 และ อารี, 2533) การศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัดในภาคเหนือ จังหวัดลำปางจำนวน 618 ครอบครัว พบว่าผู้ปกครองส่วนมากรู้ว่าโรคหัดหายเองได้ การรักษามักจะซื้อยาจากร้านขายยาตนเองก่อนซึ่งมักจะได้ยาปฏิชีวนะมาด้วยเสมอ และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นใน 2 วัน มารดาจึงจะพาไปคลินิกหรือโรงพยาบาล โดยมีความต้องการให้แพทย์จ่ายยาเพิ่มขึ้นเพื่อให้เด็กหายจากโรคหัดโดยเร็ว ผลจากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงการจำหน่ายยากันอย่างเสรี และมีการใช้ยาเกินความจำเป็นในการรักษาทั้งผู้ปกครองเองและบุคลากรทางการแพทย์ (ปริษา, 2540) การศึกษาในผู้ปกครองถึงการได้รับการอธิบายจากแพทย์ในเรื่องของโรคหัดพบว่าแพทย์ส่วนมากจะสั่งยาโดยไม่บอกว่าให้ยาอะไร กินยาอย่างไร และปฏิบัติตัวอย่างไร (เจตน์, 2540) ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย เช่น ครอบครัวกรรมกรก่อสร้าง การรักษาโรคหัดมักดูแลเอง และซื้อยาจากร้านขายยาเองร้อยละ 42 (เกศรินทร์, 2540) การศึกษาถึงการใช้จ่ายรักษาโรคหัดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีการใช้จ่ายปฏิชีวนะในการรักษาโรคหัดแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 36-78.3 โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้บ่อยที่สุดคือ Amoxicillin (ครุณี, 2540; พลเลิศ, 2540; อาจารย์, 2539) จากการศึกษาถึงการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคหัดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐและสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่ามีการใช้จ่ายปฏิชีวนะลดลง (รูปที่ 3.6) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการใช้จ่ายในโรคหัดมักทำเฉพาะในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล รวมทั้งโรงเรียนแพทย์เท่านั้น ในสภาพความเป็นจริงคนใช้ส่วนหนึ่งที่ไปรักษาตามคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งน่าจะมีการจ่ายยาปฏิชีวนะในอัตราที่สูงมาก นอกจากนี้ผู้ปกครองสามารถซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยาทั่วไปได้อย่างเสรี ฉะนั้นจึงสามารถคาดเดาได้ว่าอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในการรักษาโรคหัดจะยังคงสูงอยู่มาก

การรักษาโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนั้นมีความจำเป็นต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาล ในปัจจุบัน อัตราตายจากโรคปอดอักเสบถึงแม้จะลดลงกว่าในอดีตอย่างชัดเจน แต่ก็ยังเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มของโรคติดเชื้อ การที่อัตราตายลดลงกว่าในอดีต เนื่องจากพ่อ-แม่พาผู้ป่วยมา

รับการรักษาเร็วขึ้น การวินิจฉัยทำได้ดีขึ้น การดูแลและยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพดีขึ้น ส่วนการที่อัตราการตายที่ยังสูงอยู่ อาจเป็นเพราะโรคปอดอักเสบมีความรุนแรงขึ้นจากการเชื้อคือต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิด โดยเฉพาะในเด็กที่ได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน (Bamrungtrakul, 1994) ดังนั้น การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหัดจึงควรมีการควบคุมกันอย่างจริงจัง เพื่อลดอัตราการตายในโรคที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้และลดอัตราการตายจากการต่อยาปฏิชีวนะปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.20

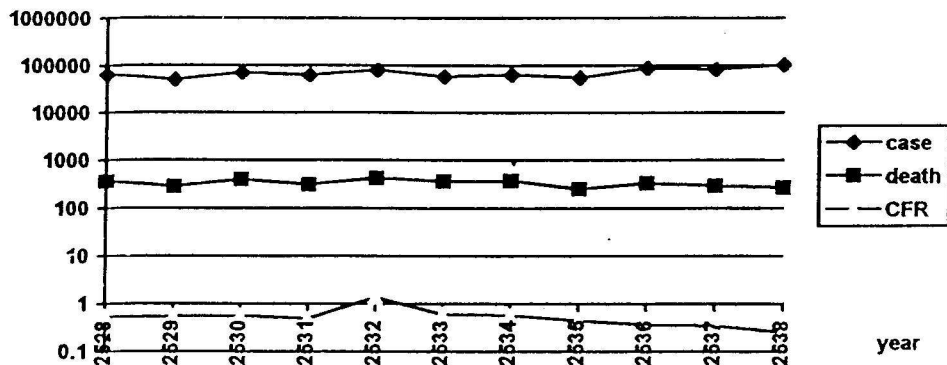
การให้ความรู้เรื่องโรคหัดในระดับชุมชน

โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดได้เข้าถึงระดับชุมชน โดยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและมีการนิเทศงาน ซึ่งพบว่าหลังจากอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น (วัชร, 2540; Chongsuvivatwong, 1996 และ ศุภนิช, 2540) โครงการอบรมให้แก่ครูการศึกษานอกโรงเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครูถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักเรียน พบว่าผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน (ประไพ, 2540)

ในปัจจุบันจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มารดามีการศึกษาสูงขึ้นและประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้นทำให้ไม่มีเวลาดูแลบุตร จึงมักส่งบุตรไปยังสถานรับเลี้ยงเด็กซึ่งเป็นสถานที่รวมของเด็กจำนวนมาก การกระจายเชื้อหัดจึงเกิดขึ้นบ่อยในสถานเลี้ยงเด็กเหล่านี้ โครงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การดูแลและการป้องกันการกระจายโรคหัดไปสู่เด็กอื่นๆ การศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลเด็กพบว่ายังอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (ฐปนก, 2540) การศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลเด็กภายหลังการอบรมพบว่ามีความรู้และการปฏิบัติดีขึ้นอย่างชัดเจน

สรุป

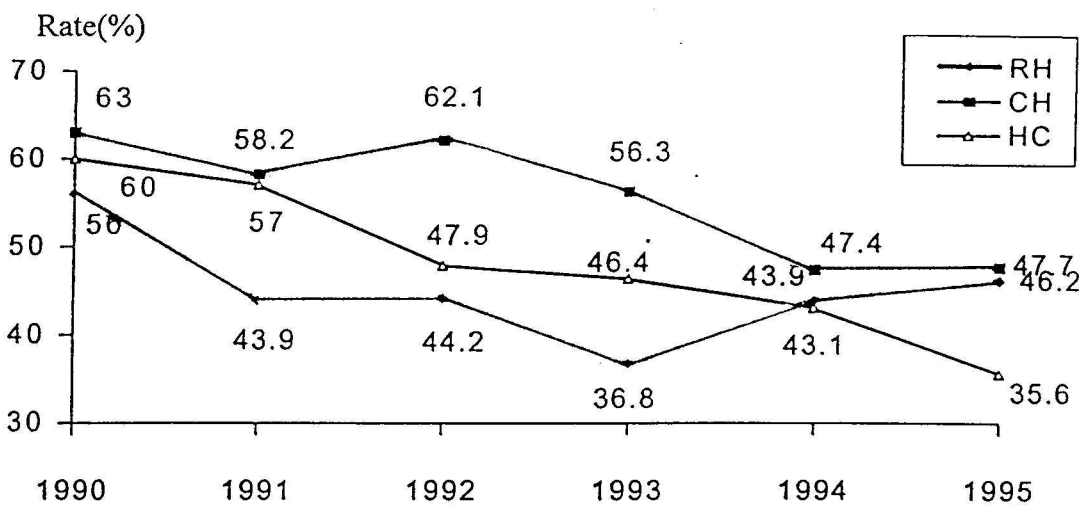
1. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการป่วยที่พบเป็นอันดับหนึ่ง ความชุกของการป่วยไม่ลดลงจากในอดีต
2. โรคปอดอักเสบ มีอัตราการตายลดลงกว่าในอดีตอย่างชัดเจน จำนวนผู้ป่วยอายุ 0-5 ปี ที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบน้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 แต่ก็ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ
3. สาเหตุของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่สำคัญคือเชื้อไวรัส
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัดและโรคปอดอักเสบ ได้แก่ สภาพแออัดของครอบครัว การสูบบุหรี่ในบ้าน สภาพแวดล้อมที่มีฝุ่นและควันมาก และภาวะทุพโภชนาการ
5. การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหัดมีแนวโน้มลดลงเฉพาะในส่วนของสถานบริการของรัฐ แต่ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนและคลินิกส่วนตัวนั้น ยังไม่มีการศึกษา
6. ความรู้และการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นโรคหัดในระดับชุมชน ยังอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีพอ



รูปที่ 3.5 แสดงอัตราป่วย อัตราตาย และอัตราป่วยตาย ด้วยโรคปอดบวม ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2528-2538

แหล่งข้อมูล : รายงานการเฝ้าระวังโรครายวัน (รง.506/507) กองระบาดวิทยา

คัดจาก : เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพเด็กไทยในทศวรรษหน้า การประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาสุขภาพเด็กไทย ตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ 2538 ระยะสิ้นสุดโครงการ สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2539 หน้า 20.



Active surveillance; RH = Regional Hospital, CH = Community Hospital, HC = Health Center

รูปที่ 3.6 อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัดในโรงพยาบาลขนาดต่างๆ

แหล่งข้อมูล : แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สรุปผลงาน พ.ศ. 2533-2540 กองวันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 หน้า 25

โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงมากและถูกจัดให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นอันดับหนึ่ง ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2539 พบจำนวนผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2527 คือ 3,031.15 เพิ่มขึ้นเป็น 5,747.77 ในปี พ.ศ. 2536 และลดลงเป็น 4,258.7 ในปี พ.ศ. 2539 อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงมีจำนวนลดลง อัตราการตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี พ.ศ. 2527 เท่ากับ 3.03 ลดลงเหลือ 2.18 ในปี พ.ศ. 2536 และเหลือเพียง 1.03 ในปี พ.ศ. 2539

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วง คือ การสูญเสีย น้ำ เกลือแร่ และสารอาหาร การสูญเสีย น้ำ และเกลือแร่อย่างรุนแรงและกระทันหันและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ก่อน นอกจากนี้ การสูญเสียสารอาหารต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานหรือบ่อยครั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย สมองและสติปัญญาชะงักงันได้

อุบัติการณ์

การศึกษาถึงอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงมี 2 วิธี วิธีแรกทำโดยการใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ถึงจำนวนครั้งของการเกิดโรคในช่วงเวลาที่ผ่านมามักเป็นช่วง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน แล้วจึงนำมาคำนวณความชุก การเกิดโรคเป็นร้อยละ และคำนวณเป็นความถี่ของการเกิดโรคเป็นจำนวนครั้ง/คน/ปี วิธีที่สองคือการเข้าไปสำรวจในพื้นที่ที่ศึกษาทุกสัปดาห์ในระยะเวลาที่กำหนดแล้วนำมาคำนวณอุบัติการณ์เป็นความถี่ของจำนวนครั้ง/คน/ปี การศึกษาโดยวิธีแรกมีข้อดีคือ ทำได้ง่าย สะดวก ได้ผลการศึกษาในระยะเวลานั้นๆ ประหยัดเวลาและจำนวนคน ข้อเสียคือมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากอาศัยความจำและความสนใจของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนการศึกษาโดยวิธีที่สองมีข้อดี คือ ได้อุบัติการณ์ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่า แต่มีข้อเสียคือ ค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลานาน และจำนวนคนมากกว่า

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วง แตกต่างกันตามพื้นที่ที่ทำการศึกษา การสำรวจใน 12 เขตทั่วประเทศ สุ่มเลือกเขตละ 1 จังหวัด และสุ่มสำรวจระดับหมู่บ้านโดยวิธี 30 clusters sampling technique และสำรวจทุกครัวเรือนที่พาเด็กอายุ 0-5 ปี ในหมู่บ้านจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 15,466 ครัวเรือน โดยสัมภาษณ์ถึงการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบความชุกของการเกิดโรคร้อยละ 5.13 ความถี่ของการป่วย 1.3 ครั้ง/คน/ปี อัตราการเสียชีวิต 58.2 ต่อประชากรวัยเดียวกันแสนคน (Wongsaroj, 1997) การศึกษาในพื้นที่ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร พบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูงถึงร้อยละ 63 (คูสิต, 2529) ความถี่ของการเกิดโรคสูงที่สุดในเด็กทารกอายุ 0-11 เดือนโดยพบ 2.0-2.4 ครั้ง/คน/ปี (Punyaratabandhu, 1993) การศึกษาในเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย พบความชุกของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี เพียงร้อยละ 15.2 (วันทนีย์, 2537) ส่วนการศึกษาในหมู่บ้านมุสลิมภาคใต้ 7 หมู่บ้าน พบความถี่ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-2 ปี สูงถึง 3.19 ครั้ง/คน/ปี โดยพบมากในเด็กอายุ 0-3 เดือน ซึ่งมีความถี่ของการเกิดโรค 6.77 ครั้ง/คน/ปี (Chongsuwiwatwong, 1994)

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจะพบมากที่สุดในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน (คูสิต, 2529; Chongsuwiwatwong, 1994)

สาเหตุ

โรคอุจจาระร่วงเกิดขึ้นได้ทั้งจากการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรียและปรสิต การศึกษาถึงเชื้อสาเหตุของโรคอุจจาระจึงควรทำการตรวจหาเชื้อปรสิตโดยการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ การหาเชื้อแบคทีเรียโดยการเพาะเชื้อและการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยการตรวจพิเศษ ซึ่งทั้งหมดควรจะทำไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามการหาเชื้อไวรัสซึ่งมีวิธีการพิเศษจึงไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไป การศึกษาเชื้อสาเหตุจึงมักทำเพียงการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์และการเพาะเชื้อจากอุจจาระเท่านั้น รายงานการศึกษามีเพียง 2 รายงานเท่านั้นที่ทำทั้ง 3 วิธีไปพร้อมกัน คือ การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่งในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาในเด็กอายุ 0-3 ปี ตั้งแต่เมษายน 2531 ถึง 31 กรกฎาคม 2532 จำนวน 296 ตัวอย่าง พบว่าเชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือ rotavirus (ร้อยละ 28.7), Shigella (ร้อยละ 12.9) เชื้ออื่นๆ เช่น E coli, Salmonella, Campylobacter, Aeromonas, Plesiomonas (ร้อยละ 21.3) และไม่พบเชื้อสาเหตุ (ร้อยละ 37.1) (เพ็ญศรี, 2533) อีกการศึกษาหนึ่งทำที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ศึกษาระหว่างพฤษภาคม 2538-เมษายน 2539 ในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 105 ราย ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าเชื้อก่อโรค 64 ราย (ร้อยละ 61) และไม่พบเชื้อก่อโรค 41 ราย (ร้อยละ 39) ในกลุ่มที่พบเชื้อก่อโรค พบว่า เชื้อสาเหตุได้แก่เชื้อสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ rotavirus (ร้อยละ 17.2), เชื้อ E coli (ร้อยละ 14.1), Campylobacter (ร้อยละ 14.1), Shigella (ร้อยละ 12.5), E. histolytica (ร้อยละ 7.8) เชื้อหลายชนิด (ร้อยละ 31.3) (Suwatano, 1997) ส่วนการศึกษานี้มักทำเพียงการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์และการเพาะเชื้อเท่านั้น (ณฐภณ, 2534; วิไลวรรณ, 2537; Moolasart, 1997) หรือตรวจหาเชื้อ rotavirus เท่านั้น (วิรัช, 2537)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ซึ่งทำการเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่ป่วยกับเด็กที่ไม่ป่วย ในเรื่องข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู รายได้ครอบครัว การศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เลี้ยงดู (ความสะอาดภาชนะ การล้างมือ) และสภาพแวดล้อมของชุมชน (น้ำประปา ส้วม การกำจัดขยะ) ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะเก็บข้อมูลเล็กน้อยแตกต่างกัน ผลการศึกษามักเป็นไปในทำนองเดียวกันว่า การเกิดโรคอุจจาระร่วงพบมากในกลุ่มอายุ < 2 ปี ผู้เลี้ยงดูมีรายได้ครอบครัวต่ำ ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้เลี้ยงดูในการปรุงอาหารไม่สะอาด เช่น ไม่มีภาชนะปิดครอบอาหาร การทำความสะอาดขวดนมไม่ถูกต้อง การไม่ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ การกำจัดอุจจาระและขยะไม่ถูกวิธี สภาพแวดล้อมของชุมชนที่แออัด การไม่มีน้ำประปาใช้ ความขุกขุมของแมลงและสัตว์นำโรค (คูสิต, 2539; พรพันธ์, 2537; วันทนี, 2537; Punyaratabandhu, 1993; Chongsuvivatwong, 1994) อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.21

การดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง

การศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กอุจจาระร่วง ซึ่งศึกษาในเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดา ตัวแปรเหล่านี้ได้จากแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีการลำดับคะแนน 0-3 หรือ 0-5 บางการศึกษา มีการสังเกตพฤติกรรมของมารดาว่าสอดคล้องกับความรู้และเจตคติของผู้เลี้ยงดู ซึ่งในส่วนนี้จะประเมินโดยการสังเกตของผู้ทำวิจัย โดยการลำดับคะแนน 0-3 เช่นกัน คะแนนต่างๆเหล่านี้นำมาหาความสัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู ผลการศึกษามักเป็นไปในทำนองเดียวกันว่า ความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง - ต่ำ และมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษารายได้ครอบครัว อาชีพ ส่วนเจตคติและการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดู อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งบางรายงานเท่านั้นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว (นันทิกา, 2535; อรุณรัตน์, 2538; สมศักดิ์, 2542)

ตารางที่ 3.21 ปัจจัยเสี่ยงและค่า relative risk ในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง	Relative Risk	95% Confidence Interval
อายุต่ำกว่า 6 เดือน		
บิดาไม่มีรายได้	2.6	1.11-6.08
มารดาไม่มีรายได้	2.18	1.17-4.06
รายได้ครอบครัว < 3,000 บาท/เดือน	1.80	1.06-3.08
การศึกษาบิดา < ป. 4	1.92	1.12-3.31
การศึกษามารดา < ป. 4	2.04	1.19-3.62
ไม่มีมุ้งลวดประตูหน้าต่าง	2.33	1.38-3.95
อายุ 6-11 เดือน		
รายได้ครอบครัว < 3,000 บาท/เดือน	2.08	1.37-3.16
การศึกษามารดา < ป. 4	1.54	1.11-2.19
ไม่ได้อยู่กับบิดา-มารดา	2.09	1.27-3.42
ไม่มีภาชนะปิดครอบอาหาร	1.90	1.12-3.23
อายุ 12-23 เดือน		
มารดาไม่มีรายได้	1.52	1.06-2.16
ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ค่อยล้างมือหลังใช้ห้องน้ำ	1.60	1.12-2.28
เด็กถ่ายอุจจาระตามที่อื่นที่ไม่ใช่ห้องส้วม	1.79	1.25-2.57
การทำความสะอาดขวดนมไม่ถูกต้อง	2.09	1.31-3.34
อายุ 24-60 เดือน		
เด็กไม่อยู่บ้านช่วงกลางวัน	2.23	1.42-4.32
ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ค่อยล้างมือหลังใช้ห้องน้ำ	2.20	1.41-3.31
การทิ้งอุจจาระในถังขยะ	6.99	4.51-10.84
เด็กไม่ล้างมือก่อนมืออาหาร	2.00	1.06-3.77
ไม่มีภาชนะครอบอาหาร	2.37	1.37-4.10

แหล่งข้อมูล : Punyaratabandhu P, et al. Risk factor for childhood diarrhea in an urban community, Bangkok, Thailand. J Med Assoc Thai 1993;76:535-541.

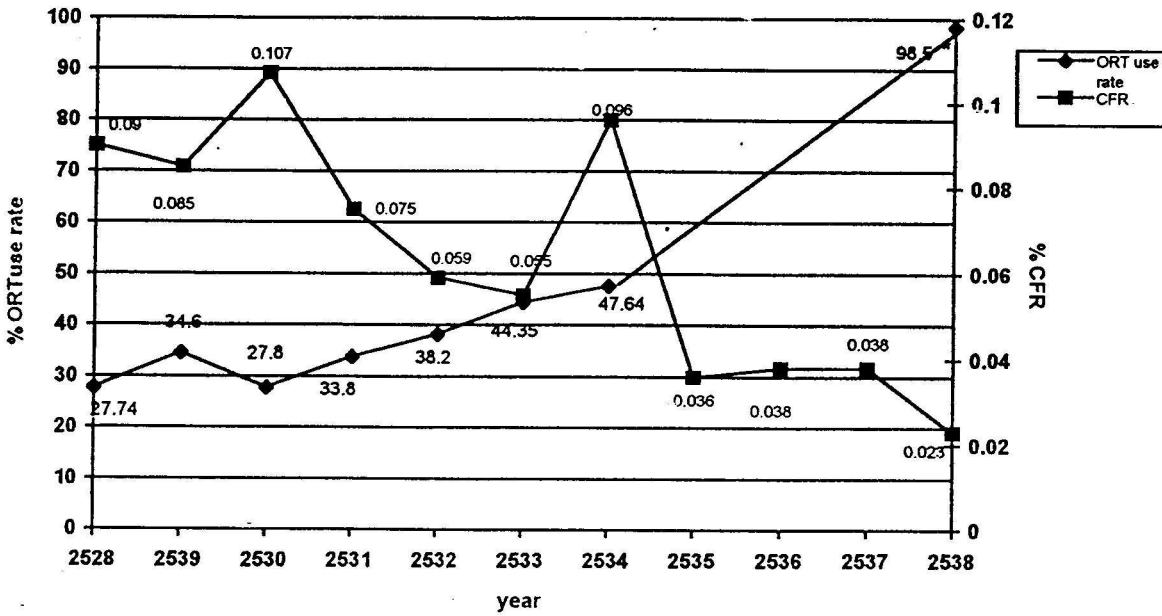
ได้มีการศึกษาถึงความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นลักษณะงานวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งมารดาเป็นกลุ่มที่ผ่านการอบรมความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงและกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมแล้วนำสองกลุ่มนี้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมและเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบตรงกันคือ ผู้เลี้ยงดูที่ผ่านการอบรมมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม และคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา, 2538; ระเด่น, 2540, สุกลักษณ์, 2540 และคณะเสาวภา, 2541)

การรักษา

ความรุนแรงและพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วง ซึ่งศึกษาโดยการสอบถามจากผู้ปกครองมี 3 การศึกษา การศึกษาที่มีข้อมูลมากที่สุดคือ ผู้ป่วย 793 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีการละลายเกลือแร่ร้อยละ 25.6 อาหารเหลวร้อยละ 33.8 สารละลายเกลือแร่ที่เตรียมขึ้นเองร้อยละ 2.8 และต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดร้อยละ 6.2 ที่เหลืออาการดีขึ้นเอง การใช้ยาพบร้อยละ 58.6 โดยเป็นยาปฏิชีวนะอย่างเดียวร้อยละ 18 ยา loperamide อย่างเดียวร้อยละ 19.3 และยาปฏิชีวนะร่วมกับ loperamide ร้อยละ 21.3 การสังเกตวิธีการเตรียมสารละลายเกลือแร่ พบว่า เตรียมถูกต้องเพียงร้อยละ 23.7 เตรียมไม่ถูกต้องร้อยละ 23.9 และเตรียมถูกต้องเพียงบางส่วนร้อยละ 52.4 (Wongsaroj, 1997) การศึกษาในหมู่บ้านมุสลิมภาคใต้พบว่า ไม่ต้องให้การรักษาร้อยละ 34 ใช้สมุนไพรร้อยละ 37 และใช้การรักษาแผนปัจจุบันร้อยละ 34 ในจำนวนของการรักษาแผนปัจจุบันไปพบแพทย์ร้อยละ 6 ไปศูนย์อนามัยร้อยละ 16 และซื้อยาตามร้านขายยาเองร้อยละ 12 อัตราการใช้สารละลายเกลือแร่ในการรักษาพบเพียงร้อยละ 11 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Chongsuwiwatwong, 1994) การศึกษาในจังหวัดชุมพรโดยเลือกหมู่บ้านที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงทั้งหมด 700 ครอบครัว พบว่า พาไปโรงพยาบาลร้อยละ 44 พาไปสถานอนามัยร้อยละ 41 อัตราการใช้สารละลายเกลือแร่พบร้อยละ 47.5 (เสาวภา, 2541) (รูปที่ 3.7)

สรุป

1. อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงพบสูงในเขตชุมชนแออัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ อุบัติการณ์พบสูงในเด็กอายุ 0-1 ปี โดยมีความถี่ของการเกิดโรค 3-6.7 ครั้ง/คน/ปี และพบสูงในช่วงฤดูร้อน
2. เชื้อสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงคือเชื้อ rotavirus รองลงมาคือเชื้อแบคทีเรีย E. coli, shigella และ salmonella
3. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้แก่ รายได้ครอบครัวต่ำ ระดับการศึกษาของพ่อ-แม่ต่ำ ซึ่งมักเกิดขึ้นร่วมไปกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และอยู่ในสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
4. อัตราตายจากโรคอุจจาระร่วงพบลดลงอย่างชัดเจน โดยอัตราตายจากโรคอุจจาระร่วงเหลือเพียง 1.03 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ซึ่งตั้งเป้าหมายอัตราตายไว้ไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน



รูปที่ 3.7 แสดงอัตราการป่วยตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อสัดส่วนการใช้สารละลายทางปาก (ORT) ของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2528-2538

แหล่งข้อมูล : การสำรวจแบบ 30 clusters sampling survey ฝ้ายโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ กองโรคติดต่อทั่วไป
 คัดจาก : เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพเด็กไทยในทศวรรษหน้า การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ 2538 ระยะสิ้นสุด โครงการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2539 หน้า 17

สุขภาพฟัน

ฟันผุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากและมักเป็นปัญหาที่ถูกละเลย โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากคิดว่าไม่สำคัญ ฟันยังเป็นเพียงฟันน้ำนม ไม่ใช่ฟันแท้ อย่างไรก็ตามในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการณรงค์การรักษาสุขภาพฟันกันมากขึ้น แต่ก็มีเพียงประชากรส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ให้ความสนใจ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีการศึกษาสูง เศรษฐฐานะดี และมักอยู่ในเขตเมือง ในพื้นที่ชนบทความสนใจสุขภาพช่องปากและฟันยังคงน้อยมาก

ความชุก

ความชุกของฟันผุแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ที่สำรวจ การศึกษาทำโดยการตรวจฟันโดยทันตแพทย์หรือทันตสาธารณสุข ความชุกของฟันผุของเด็กนักเรียนอนุบาลและในเขตเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 383 คน มีค่าเฉลี่ยของฟันผุ อุด ถอน 4.87 ซึ่งต่อคน พบมากในเด็กอายุ 3-5 ปี (พรทิพย์, 2536) การศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเขตภาคกลาง 10 แห่ง ใน 4 จังหวัด สุ่มเลือกนักเรียนในสัดส่วน 1 : 209 จำนวนนักเรียน 726 คน พบความชุกของฟันผุร้อยละ 53.4 เด็กชายมีค่าเฉลี่ยของฟันผุมากกว่าเด็กหญิง โดยค่าเฉลี่ยฟันผุในเด็กชาย 3.28 ด้านต่อคน เด็กหญิง 2.12 ด้านต่อคน (เพ็ญทิพย์, 2537) การศึกษาในเขตชนบทภาคเหนือจังหวัดเชียงใหม่ ในหมู่บ้านที่มีสถานอนามัย จำนวนประชากรศึกษาอายุ 6 เดือน - 6 ปี เพียง 26 คน ตรวจพบว่ามีฟันผุ 24 ราย หรือร้อยละ 92.3

(พัชรินทร์, 2537) การศึกษาในชุมชนแออัดห้วยขวาง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 391 คน และโรงเรียนอนุบาล จำนวน 347 คน พบความชุกของฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงถึงร้อยละ 95.14 โดยมีดัชนีฟันผุ 8.82 ซึ่งต่อคน ส่วนในโรงเรียนอนุบาลพบความชุกของภาวะฟันผุร้อยละ 58.79 และมีดัชนีฟันผุ 2.78 ซึ่งต่อคน (จรรยา, 2540)

การสำรวจทั่วประเทศโดยกองทันตสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 โดยสุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3 ปี จาก 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 17 จังหวัด จำนวนเด็ก 2,022 คน พบความชุกของฟันผุถึงร้อยละ 61.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.4 ซี่/คน ความชุกของฟันผุพบมากที่สุดในภาคกลาง คือ ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 66.8 ภาคเหนือ ร้อยละ 60.4 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 58.1 (กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2538)

การสำรวจสุขภาพของเด็กไทยในปี พ.ศ. 2539-2540 โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขในเด็กปฐมวัยทั่วประเทศ โดยสุ่มในเขตกรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวนเด็กปฐมวัยทั้งหมด 3,306 คน พบความชุกของฟันผุดังแสดงในตารางที่ 3.22 ทุกภาคพบลักษณะเหมือนกันคือ นอกเขตมีความชุกของฟันผุมากกว่าในเขตเทศบาล ภาคใต้พบว่ามีฟันผุมากที่สุด โดยเฉพาะนอกเขตเทศบาล ซึ่งพบความชุกของฟันผุสูงถึงร้อยละ 58.8 ภาคกลางส่วนในเขตเทศบาลและกรุงเทพฯ พบความชุกของฟันผุน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 27.2 (นิตยา, 2543) ซึ่งสามารถอธิบายจากประชาชนในกรุงเทพฯ และภาคกลางมีความรู้และให้ความสนใจในเรื่องของสุขภาพฟันมากกว่าภาคอื่น และมีสถานบริการในเรื่องสุขภาพฟันจำนวนมากเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ

การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ทำโดยการสัมภาษณ์หรือการใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เลี้ยงดู การกินขนมของเด็ก การแปรงฟัน การได้รับฟลูออไรด์ และการไปพบทันตแพทย์ ซึ่งทุกการศึกษาพบตรงกันว่า ฟันผุในเด็กพบมากในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูมีการศึกษาดำ อาชีพรับจ้าง และรายได้ครอบครัวต่ำ การดูคนมาปาก การกินขนมเหนียวหยุ่นติดฟัน การไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันเพียงวันละหนึ่งครั้ง การไม่ได้รับฟลูออไรด์และการไม่ไปพบทันตแพทย์ (พรทิพย์, 2536; เพ็ญทิพย์, 2537 และ จรรยา, 2540) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูซึ่งยังเห็นความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ตารางที่ 3.22 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีฟันผุ แยกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	ในเขต		นอกเขต		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	128	27.2	-	-	128	27.2
กลาง	58	27.4	153	42.1	211	36.7
เหนือ	72	33.8	250	50.9	322	44.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	108	39.3	253	51.2	361	46.9
ใต้	138	45.2	250	58.8	388	53.1
รวม	504	34.2	906	51.1	1,410	43.4

โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ

การศึกษาถึงโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน 0-3 ปี ระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2535-2537 หลังจากที่ได้เริ่มโครงการ 4 โครงการ คือ

1. การให้ทันตสุขภาพและตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการของรัฐ
2. การให้ทันตสุขภาพแก่แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในคลินิกเด็กดี
3. การแจกแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนเมื่ออายุ 18 เดือนในสถานบริการของรัฐ “โครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู”
4. การให้น้ำยาฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การศึกษามีวัตถุประสงค์คือประเมินความครอบคลุมของกิจกรรมต่างๆดังกล่าวข้างต้นและประเมิน

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในด้านการทำความสะอาดช่องปากและการแปรงฟัน การกินนมขวดที่ถูกวิธี การให้เด็กกินขนมหวาน และการจัดหาแปรงสีฟันให้เด็ก การศึกษานี้แบ่งเป็นจังหวัดที่ดำเนินโครงการกินยาน้ำฟลูออไรด์และจังหวัดที่ไม่ได้เริ่มโครงการและสุ่มจังหวัดเหล่านี้ตามภาคได้ 4 จังหวัด ในแต่ละกลุ่มซึ่งแต่ละจังหวัดกระจายตามภาคต่างๆ จากนั้นจึงสุ่มหมู่บ้านจังหวัดละ 25 หมู่บ้านโดยใช้ขนาดของประชากรแต่ละหมู่บ้านเป็นเกณฑ์ ได้ทั้งหมด 200 หมู่บ้านแล้วจึงสุ่มตัวอย่างแม่และเด็กที่อายุระหว่าง 1.5-3 ปี หมู่บ้านละ 5 คนโดยวิธีสุ่มแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อของสถานีอนามัย ศึกษาในช่วงมีนาคม-เมษายน 2538 ได้ประชากรตัวอย่างประมาณ 125 คนต่อจังหวัด และประชากรศึกษาทั้งหมดทุกจังหวัดคือ 937 คน วิธีการศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต โดยเจ้าหน้าที่กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย ได้รับการฝึกสอนการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาลักษณะของประชากรตัวอย่าง เด็กส่วนมากอายุระหว่าง 18-24 เดือนร้อยละ 41.2 ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือแม่ร้อยละ 78.4 อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 80.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 80.6 ในส่วนของผลการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ พบว่า

1. หญิงที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ได้รับการสอนทันตสุขภาพร้อยละ 60.5 ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ที่สถานบริการของรัฐร้อยละ 87.9
2. แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มารับวัคซีนที่อายุ 18 เดือน ได้รับการสอนทันตสุขภาพร้อยละ 62.5 โดยแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กพาไปรับวัคซีนที่สถานบริการของรัฐร้อยละ 95.9
3. ความครอบคลุมของการได้รับแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนูในเด็กอายุ 18 เดือน พบว่าเด็กไปรับวัคซีนจากสถานบริการของรัฐร้อยละ 90.8 แต่ได้รับแจกแปรงสีฟันร้อยละ 41.9
4. ความครอบคลุมของการได้รับน้ำยาฟลูออไรด์ จากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่ที่ได้ดำเนินการโครงการให้น้ำยาฟลูออไรด์จำนวน 471 ตัวอย่างแล้วพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับแจกยาน้ำฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 56.1 และผู้ดูแลเด็กให้เด็กกินยาน้ำฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 24.6 เท่านั้น ในส่วนของพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของเด็ก พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กเคยทำความสะอาดด้วยการเช็ดเหงือกและฟันให้เด็กร้อยละ 73.7 แต่จะทำได้บ้างครั้ง การจัดหาแปรงสีฟันให้เด็กพบประมาณร้อยละ 67 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับแจกแปรงสีฟันและร้อยละ 70 ในกลุ่มที่ได้รับแจกแปรงสีฟัน แต่พฤติกรรมในเรื่องการแปรงฟันให้ลูกพบว่าแม่ที่ได้รับแจกแปรงสีฟันจะแปรงฟันให้ลูกร้อยละ 71.8 ซึ่งมากกว่ากลุ่มแม่ที่ไม่ได้รับแจกแปรงสีฟันซึ่งพบว่าแปรงฟันให้ลูกเพียงร้อยละ 47.2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับแจกแปรงสีฟันจะได้รับการสาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีแล้วจึงนำมาปฏิบัติ ในเรื่องของการกินนมขวดพบว่าร้อยละ 29 ของเด็กทั้งหมด ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม และผู้เลี้ยงดูเพียงร้อยละ 6.9 เท่านั้น ที่ให้เด็กเลิกการกินนมขวดเมื่ออายุ 18 เดือน การกินขนมหวานต่างๆ พบได้มากกว่าร้อยละ 60 ของเด็ก

ทั้งหมดซึ่งพ่อแม่เป็นผู้ซื้อให้ทุกวัน การจัดหาแปรงสีฟันให้เด็ก (ไม่ใช่อันที่ได้รับแจก) พบร้อยละ 61.7 (เพ็ญทิพย์, 2539)

บทบาทของโรงเรียน ศูนย์ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โรงเรียนและศูนย์ดูแลเด็กมีส่วนช่วยอย่างมากในการสอนและฝึกสุขนิสัยในการทำความสะอาดช่องปาก และฟัน โครงการรณรงค์ให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารมื้อกลางวันเป็นส่วนหนึ่งที่น่าการฝึกสุขนิสัยได้เป็นอย่างดี การวิจัยถึงอิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานอนามัยและพัฒนารดาบลดต่อปัญหาทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนที่ศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยการสุ่มตัวอย่างศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนแบบเจาะจง 30 ศูนย์ โดยเป็นศูนย์ที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย 20 ศูนย์ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 10 ศูนย์ ประชากรเด็กจากศูนย์เหล่านี้มีจำนวน 1,001 คนและได้สุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนของศูนย์ต่างๆ ได้เด็กจำนวน 329 คน ผู้ปกครอง 329 คน ผู้ดูแลเด็กในศูนย์ 30 คน เจ้าหน้าที่สถานอนามัย 19 คน พัฒนารดาบลด 7 คน ใช้วิธีการสอบถามบุคคลดังกล่าว การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กโดยทันตแพทย์ และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปกครอง 12 คน ผู้ดูแลเด็ก 4 คน เจ้าหน้าที่สถานอนามัย 2 คนและพัฒนารดาบลด 1 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองส่วนมากอายุระหว่าง 21-40 ปี อาชีพทำนาทำสวนร้อยละ 45.9 ทำงานนอกบ้านร้อยละ 29.18 เป็นแม่บ้านร้อยละ 18.54 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.51 รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทร้อยละ 72.64 ผู้ปกครองเหล่านี้เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากน้อยและมักใช้ขนมเป็นรางวัลให้แก่เด็ก และไม่เข้มงวดกับการแปรงฟันของเด็ก ความชุกของภาวะฟันผุพบสูงถึงร้อยละ 83.59 และค่าเฉลี่ยของฟันผุเท่ากับ 10.96 ด้านต่อคน เด็กเหล่านี้เคยได้รับยาน้ำหรือยาเม็ดฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 5.47 ประสบการณ์เคยอุดฟันหรือถอนฟันพบร้อยละ 92.4 โดยพบอาการปวดฟันร้อยละ 36.78 ในส่วนของผู้ดูแลเด็กมีความเห็นว่าการตรวจฟันเด็กและการแปรงฟันมีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก แต่ในทางปฏิบัติผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กวัยก่อนเรียนไม่เข้มงวดในเรื่องของการแปรงฟันและควบคุมสิ่งแวดล้อมเรื่องการกินขนม และเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลเด็กมากเกินไป ในกลุ่มทางเจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีความเห็นว่าผู้ดูแลเด็กน่าจะมิบทบาทในการส่งเสริมการแปรงฟัน กลุ่มพัฒนารดาบลดมีความเห็นว่าบทบาทของตนไม่เหมาะสมเพราะไม่มีความรู้ทางทันตสาธารณสุข (จุฑามาศ, 2531)

สรุป

1. ความชุกของภาวะฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน พบได้สูงมาก แม้แต่ในเด็กกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีก็ตาม โดยพบความชุกสูงถึงร้อยละ 58 ส่วนในพื้นที่ชนบทและชุมชนแออัดพบความชุกสูงถึงร้อยละ 95 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปราศจากฟันผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุ ได้แก่ การดูขนมและหลับคาขวดนม การกินลูกอม และขนมหวาน การไม่แปรงฟัน การไม่ได้รับฟลูออไรด์ ซึ่งทั้งหมดนี้สะท้อนถึงพฤติกรรมของผู้ปกครองที่ละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของฟลูออไรด์ การได้รับยาน้ำฟลูออไรด์ยังมีน้อยมาก

สรุปสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1. การป่วยและการตาย

ความชุกของการป่วยพบสูงถึงร้อยละ 21.8 โรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคหวัด พื้นที่ที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลมากที่สุด โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้คือปอดอักเสบ

สาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กวัยนี้ คือ อุบัติเหตุและสารพิษ รองลงมาคือโรคหัวใจและปอดอักเสบ อายุที่พบอัตราตายสูงที่สุดคือ อายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งสาเหตุการตายที่สำคัญคือ ความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนโรคปอดอักเสบ อัตราตายลดลงกว่าในอดีตอย่างมาก และคาดว่าจะบรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่กำหนดให้อัตราตายจากโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางสถิติเหล่านี้ยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก ซึ่งเกิดจากการระบุนสาเหตุการตายไม่ถูกต้องตามระบบ

2. ความชุกของการเกิดอุบัติเหตุ คือร้อยละ 3.1

ซึ่งส่วนมากเป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน ที่พบบ่อยที่สุดคือ พลัดตกหกล้ม มีบาดเจ็บจนต้องเย็บ รองลงมาคือตกบ้าน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุคือ ลักษณะเด็กที่ชน อยู่ไม่นิ่ง และลักษณะบ้านที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ไม่กั้นราวบันได การเก็บของไม่เข้าที่ ตัวบ้านสูงจากพื้น เป็นต้น

3. อุบัติเหตุที่เกิดบนถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของเด็กในวัยนี้

ซึ่งสาเหตุเกิดจากความละเลยของผู้ปกครองในการระมัดระวังเรื่องความปลอดภัย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ซึ่งทั้งหมดสามารถป้องกันได้โดยการรณรงค์และการให้ความรู้ผ่านทางสื่อต่างๆ

4. ความครอบคลุมวัคซีนบีซีจี คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก โปлио หัด ไข้สมองอักเสบ อยู่ในระดับร้อยละ 90

ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่ต้องการการครอบคลุมวัคซีนสูงถึงร้อยละ 99 ประชากรกลุ่มที่มีปัญหาของการได้รับวัคซีนไม่ครบ ได้แก่ แรงงานต่างชาติ แรงงานอพยพย้ายถิ่น ชาวเขา กรรมกรก่อสร้าง ประชากรกลุ่มที่ไม่มีชื่อในทะเบียน และชุมชนแออัด ซึ่งประชากรเหล่านี้เป็นแหล่งกระจายเชื้อไปสู่ชุมชนได้ นอกจากนี้ปัญหาต่อเนื่องที่ตามมาคือ การติดตามที่ทำได้ยาก จากความไม่ร่วมมือและการย้ายถิ่นที่อยู่บ่อย

5. การควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8

คือ ไอกรน และโปลิโอ ส่วนโรคคอตีบยังมีการระบาดในบางพื้นที่ โรคหัดและโรคไข้สมองอักเสบเจี ยังมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่กำหนดเป็นเป้าหมายในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8

6. โรคติดเชื้อที่พบบ่อย คือ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วง ทั้งสองโรคนี้นับอุบัติการสูงในกลุ่มชุมชนแออัด รายได้ครอบครัวย่ำแย่ บิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำและเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งทำให้เกิดวัฏจักรของความเจ็บป่วย-ทุพโภชนาการ-ภูมิคุ้มกันต่ำ-โรคต่ำ-ความเจ็บป่วยบ่อยขึ้น นอกจากนี้การรักษาที่มากเกินไป ความจำเป็นโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัด ยังเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม แม้ว่าจะลดลงกว่าในอดีตก็ตาม แต่ก็ลดลงเฉพาะในส่วนสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนและคลินิก คาดว่ายังมีคนใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัดในอัตราที่สูง ซึ่งการใช้ยามากเกินความจำเป็นนี้เกิดขึ้นทั้งจากส่วนของแพทย์เองและส่วนของผู้ปกครองที่ซื้อยามากินเองได้จากร้านขายยาทั่วไป

7. พันธุ์ ยังพบอุบัติการณ์สูงมากโดยมีความชุกแตกต่างกันร้อยละ 53-95 โดยในเขตเทศบาลมีความชุกของพันธุ์ประมาณร้อยละ 58-65 ในขณะที่นอกเขตเทศบาลพบสูงถึงร้อยละ 95 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปราศจากพันธุ์ ร้อยละ 20

8. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในเรื่องสุขภาพทั่วไป ความรู้โรคหวัด การดูแลขณะเจ็บป่วยด้วยโรคหวัดและอุจจาระร่วง การดูแลสุขภาพฟันยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

1.1 สถิติชีพต่างๆ โดยเฉพาะการระบุสาเหตุการตาย ควรมีการรายงานให้เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งสามารถทำได้โดยการอบรมก่อนที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกไปปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การติดตามผลควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและถูกต้อง

1.2 การเกิดอุบัติเหตุบนถนนเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะการละเลยในเรื่องของการป้องกัน การละเลยการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ การให้เด็กนั่งในรถโดยไม่ใช้ที่นั่งเฉพาะสำหรับเด็ก (car seat) และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งในรถ ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถป้องกันได้โดยการใช้กฎหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติและการป้องกันอุบัติเหตุที่สามารถทำได้ การประชาสัมพันธ์โดยผ่านทางสื่อต่างๆ เป็นสิ่งที่ควรกระทำ โดยหวังผลในการลดการเสียชีวิตและลดการเกิดทุพพลภาพ

1.3 เพิ่มความครอบคลุมวัคซีนให้แก่เด็กทั่วทั้งประเทศ มีระบบติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงได้แก่ แรงงานอพยพข้ามชาติ แรงงานย้ายถิ่น กรรมกรก่อสร้าง ชุมชนแออัด และชาวเขา

1.4 ส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้แก่ประชาชนถึงการดูแลสุขภาพเด็กที่ถูกต้อง ที่สำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มชุมชนแออัด เขตชนบทที่ห่างไกล รัฐบาลควรมีนโยบายให้ทุนสนับสนุนเรื่องการให้ความรู้และมาตรฐานการเลี้ยงดูเด็ก โดยประชากรในชุมชนมีบทบาทในการประเมินผลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.5 รัฐบาลควรส่งเสริมการให้ความรู้ในโรคที่พบบ่อยและสามารถให้การดูแลรักษาเองได้ ได้แก่ โรคหวัด โรคอุจจาระร่วง พันธุ์ โดยผ่านสื่อต่างๆ และที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเข้าถึงระดับชุมชนได้ดี

1.6 รมรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพฟัน ซึ่งสามารถทำโดยผ่านทางสื่อต่างๆ นอกจากนี้ควรเน้นการดูแลฟันโดยผ่านทางโรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็กได้อีกทางหนึ่ง

1.7 รมรงค์และประชาสัมพันธ์ของการใช้ฟลูออไรด์ให้มากขึ้นกว่าที่ผ่านมา

2. ด้านการวิจัย

2.1 งานวิจัยเชิงสำรวจถึงความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ในวัยเด็กรวมทั้งงานวิจัยที่ทดลองถึงความรู้และปฏิบัติตัวของการใช้หมวกนิรภัยขณะผู้ปกครองขับขี่บนท้องถนน

2.2 ควรมีการวิจัยถึงระบาดวิทยาของโรคหวัดและอุจจาระร่วงในชุมชนและสถานรับเลี้ยงเด็ก เชื้อสาเหตุ (ทั้งไวรัสและแบคทีเรีย) ปัจจัยเสี่ยงทางสภาพแวดล้อม ความถี่ของการเกิดโรคในเด็กแต่ละขวบอายุ การใช้ยาและค่ารักษาพยาบาล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง

2.3 การวิจัยถึงระบาดวิทยาของโรคปอดอักเสบในชุมชน เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวิจัยในโรงเรียน-แพทย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่ได้รับการรักษามาแล้วหรือมีภาวะแทรกซ้อน

2.4 งานวิจัยถึงทัศนคติและเหตุผลของแพทย์ในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัด โดยสุ่มประชากรตัวอย่างเป็นแพทย์หลายสถานที่ เช่น โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลเอกชนและ คลินิกส่วนตัว

2.5 งานวิจัยถึงทัศนคติและเหตุผลของผู้ปกครองในการรักษาโรคหวัด ในกลุ่มผู้ปกครองระดับต่างๆ

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข : ไข้มองอักเสบจากเชื้อไวรัส เจอี (Japanese encephalitis) และ วัคซีนป้องกันโรค, 2530.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสร้างภูมิคุ้มกันโรค, 2540.

กรมควบคุมโรคติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, 2530.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537. มิถุนายน 2538.

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2537-2538.

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2536. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 26(31):389-403, 2538.

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวัง AFP พ.ศ. 2541. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(52):793-806, 2541.

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537-2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(18):253-267, 2541.

กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองวันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สรุปผลงาน พ.ศ. 2533-2540, 2542.

กองวันโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจวันโรคในประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2535.

กองวิณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานเรื่องการเร่งรัดงานวิณโรคใน สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : กองวิณโรค, 2536.

กาญจนา สีละสิริ, ชีรนารถ จิระไพศาลพงศ์, อานาจ ทัญญา, สุชาดา ศุภจตุรัส. การศึกษาความคงตัวของวัคซีนไข้สมองอักเสบ เจอีที่ผลิตในประเทศไทย. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 35:107-112,2536.

กานดา วัฒนภาส, และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. ใน : รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก. :70-85,2536.

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยนักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตรนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งทำในหลายประเทศ เช่น ไทย อาร์เจนตินา ฟิลิปปินส์ อูรุกวัย และปากีสถาน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทั้งการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับวัคซีนไม่ครบ การสูบบุหรี่ในบ้าน ความแออัดภายในครอบครัว การมีบุตรมากกว่า 3 คน เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี การศึกษาของพ่อ-แม่ต่ำ รายได้ครอบครัวน้อย และสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีควันไฟมาจากการทำอาหาร ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตามมาได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้นบ่อย

เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์, สมเดช ศิริศรี, ปราณีย์ วงษ์กล้าหาญ: การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในแหล่งก่อสร้าง. ในรายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 89-106,2540.

การศึกษาในมารดาที่มีอาชีพก่อสร้างในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 95 คน ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมารดาส่วนมากมีการโยกย้ายถิ่นที่อยู่บ่อย การได้รับวัคซีนป้องกันโรคจะไม่ได้ไม่ครบ วัคซีนบีซีจีได้รับมากที่สุดร้อยละ 93.5 ดับอักเสบบครบ 3 เข็มเพียงร้อยละ 41.46 คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยักครบ 3 ครั้งร้อยละ 72.36 โปлиоครบ 3 ครั้งร้อยละ 80.49 และโรคหัดร้อยละ 68.29 ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือไข้หวัด ร้อยละ 51.28 รองลงมาคือปอดบวมร้อยละ 28.21 การรักษาไข้หวัดมักให้การดูแลรักษาที่บ้านร้อยละ 45-89 โดยการเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำอุ่นและเช็ดน้ำมูก ซ้อยามากินเองร้อยละ 42.42 ประเภทาลดไข้ ยาแก้ไข้ ชาลดน้ำมูก ซึ่งแหล่งซื้อขายที่มากที่สุดคือ ร้านขายยาร้อยละ 90

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์พิสัย. รายงานการสอบสวนโรคคอตีบ. บ้านคูลุมพุก ตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย, 2540.

งามนิตย์ ราชกิจ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารดาในการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนดช่วงอายุ ขวบครึ่งถึง 2 ขวบ จังหวัดเชียงราย. วารสารโรคติดต่อ. 22(3):290-295,2539.

จรุยา อยู่เย็น. ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในเด็กก่อนวัยเรียน เปรียบเทียบระหว่าง ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนแออัด 8 แห่งกับโรงเรียนอนุบาล 3 แห่งในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร.

วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 6(1):97-105,2540.

การศึกษาในเขตชุมชนแออัดห้วยขวางในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาแบบตัดขวางในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2538 จำนวนประชากรศึกษา 738 คน เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กชุมชนแออัด 391 คน และเป็นเด็กในโรงเรียนอนุบาล 347 คน อายุเฉลี่ย 4.6 ปี โดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครองถึงการชอภินชนมหวาน การแปรงฟัน การพบทันตแพทย์ การได้รับฟลูออไรด์ เด็กได้รับการชั่ง

น้ำหนักและตรวจฟันเพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการที่เป็นปัจจัยร่วมที่พบได้ในภาวะฟันผุ การตรวจฟันพบว่าความชุกของภาวะฟันผุในเด็กเขตชุมชนแออัดพบร้อยละ 95.14 ดัชนีฟันผุ 8.82 ซึ่งต่อคน ส่วนความชุกของภาวะฟันผุในเด็กโรงเรียนอนุบาลพบร้อยละ 58.79 และดัชนีฟันผุ 2.78 ซึ่งต่อคน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุทั้งในเขตชุมชนแออัดและโรงเรียนอนุบาลได้แก่ การกินขนมหวาน การแปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน และการไม่เคยพบทันตแพทย์

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ. สาเหตุการตายใน 6 จังหวัด. 2542.

จุฑามาศ เรียบร้อย. อิทธิพลของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยและพัฒนาการต่ำบลดต่อปัญหาสถานะทันตสุขภาพของเด็กในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.

เจตน์ พงศ์พนาไพร. **ARI's management : point of view from the patients.** ใน รายงานการสัมมนา ระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 137 (บทคัดย่อ), 2540.

การศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ป่วยเป็นไข้หวัดที่มารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก กุมาร-เวชศาสตร์ วัชรพยาบาล จำนวน 100 ราย พบว่าแพทย์ส่วนมากจะซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันโดยไม่ถามถึงการรักษาที่ผ่านมาและยาที่ได้รับอยู่ก่อน การตรวจร่างกายแพทย์จะใช้ไฟฉายพร้อมกับไม้กดลิ้นในการดูคอร้อยละ 99 ใช้ stethoscope ฟังที่หน้าอกร้อยละ 24 ผู้ปกครองได้รับการบอกถึงการวินิจฉัยโรคเพียงร้อยละ 38 และผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการบอกถึงการวินิจฉัยโรคจะไม่กล้าถาม แพทย์ส่วนมากจะสั่งยาให้โดยไม่บอกว่ายี่ห้ออะไร กินยาอย่างไรหรือปฏิบัติตัวอย่างไร อาการที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด คือ อาการไข้ร้อยละ 31.5 รองลงมาคืออาการไอร้อยละ 26.4

ชาญชุตี จรรยาสัมพันธ์, ทรงธรรม ประคอง. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการในการตรวจวินิจฉัยแอนติบอดีโรคไข้สมองอักเสบเจอี เพื่อการควบคุมโรค. วารสารสุขศึกษา. 17:23-8,2537.

ชุตินา จรูญธรรม. โรคหัดในเด็กที่โรงพยาบาลสกลนคร. ขอนแก่นเวชสาร. 21:1-6,2540.

รูปนถ รัตนดิถก ณ ภูเก็ถ, ประมวณ สุนากร. ความรู้เรื่องโรคหัดและปอดบวมของผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก กรุงเทพมหานคร. ในรายงานการสัมมนา ระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 82-88,2540.

ศึกษาเชิงสำรวจในสถานรับเลี้ยงเด็กในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้สถานเลี้ยงเด็ก 107 แห่งจากทั้งหมด 439 แห่ง จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 418 คน ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2539 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของสถานรับเลี้ยงเด็ก ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 31 ปี ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ประสบการณ์การทำงานในสถานเลี้ยงเด็กโดยเฉลี่ย 3 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรที่เลี้ยงก่อนเข้าทำงานร้อยละ 55.9 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมามีผู้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูเพียงร้อยละ 12.2 ลักษณะของสถานรับเลี้ยงเด็ก สัดส่วนของผู้ดูแล : เด็กมากกว่า 1 : 5 พบร้อยละ 39.3 พื้นที่ห้องนอน 2 ตร.ม/คน ร้อยละ 60.7 และมีห้องแยกเด็กป่วยร้อยละ 44.9 ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคหัดในเรื่องของอาการ อาการแสดงและอันตรายของโรคหัดอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 66.3-98.1 ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคปอดบวมพบว่ามีความรู้ร้อยละ 22.2 แต่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคปอดบวมร้อยละ 91.9-96.9 ความรู้ในการดูแลป้องกันและรักษาโรคหัดยังมีน้อยมากร้อยละ 2.9-66.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณสมบัติผู้ดูแลเด็กและความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (RR 1.98) และการอบรมหลักสูตรก่อนเข้าทำงาน (RR 4.06)

ณัฐภณ สุทธิภัทรานนท์. ภาวะท้องร่วงในเด็กที่โรงพยาบาลแพร์. ลำปางเวชสาร. 12:57-71,2534.

ทำการศึกษา เชื้อสาเหตุโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร์ ระหว่างตุลาคม 2530 - กันยายน 2532 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,657 ราย แต่ส่งตัวอย่างตรวจเพียง 680 ตัวอย่าง (ไม่ได้บอกวิธีการเลือกส่งตัวอย่าง) โดยส่งตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเพาะเชื้อแบคทีเรีย ผลการศึกษาพบเชื้อสาเหตุ 498 ตัวอย่างหรือร้อยละ 73.96 เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *E. coli* ร้อยละ 45.18 รองลงมาคือ *Shigella* ร้อยละ 25.5, *E. histolytica* ร้อยละ 22.29.

ครุณี เคนยุกต์. การศึกษาการใช้จ่ายปฏิชีวนะในเด็กใช้หัตถ์อายุต่ำกว่า 5 ปี ของโรงพยาบาลตรัง. ในรายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 135 (บทคัดย่อ), 2540.

การศึกษากับการใช้จ่ายในการรักษาโรคหัด พบว่ามีการใช้จ่ายปฏิชีวนะประมาณร้อยละ 36 จากรายงานผู้ป่วยใช้หัตถ์จำนวน 1,605 รายที่มาตรวจในโรงพยาบาลตรังช่วงเวลา 3 เดือน ตั้งแต่กรกฎาคม-มีนาคม 2539.

ดุสิต ชูรัตน์, ชูติมา ศิริกุลชยานนท์, วันเพ็ญ ศรีตะพันธ์ และสมศรี สายบริสุทธิ์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกและเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัด แขวงคลองถนน เขตบางเขน กรุงเทพฯ. วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 10(3):61-84, 2529.

ทำการศึกษาในเขตชุมชนแออัดบางเขน กรุงเทพมหานครในช่วงการศึกษาในเขตชุมชนแออัดเขต บางเขน กรุงเทพมหานครในช่วงตุลาคม 2528 - กันยายน 2529 จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 422 คน ในชุมชนแออัด 3 แห่งที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันในเรื่องการมีน้ำประปาใช้ ส้วมถูกสุขลักษณะ และการกำจัดขยะ ในชุมชนแออัดที่มีสภาพแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดีพบอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงเพียงร้อยละ 17 ในขณะที่ชุมชนแออัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่มีอัตราการเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 63 เดือนที่พบเด็กป่วยมากที่สุดคือ มกราคม-เมษายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมการใช้น้ำคลองส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะไม่ถูกวิธี และสภาพแวดล้อมทั่วไปของชุมชน

ทรงพล ต่อณี, ประทิน จาดตาล. ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1):41-48,2540.

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยเรื่องการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ วิธีการศึกษาเชิงสำรวจเป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 250-500 คน เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู ประเมินความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดา และหาความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ ต่อการปฏิบัติ และเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว

ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล, สำเนา โกญจนาท. การประเมินผลการฉีดวัคซีน บีซีจี พ.ศ.2530. วารสารวันโรคและโรคทรวงอก. 12(1):5-14,2534.

ธนรัช ผลิตพันธ์. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคหัดโดยวิธี meta-analysis. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.

ธนรัช ผลิตพันธ์. สถานการณ์โรคหัดในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28(23): 301-311,2540.

ธนรัตน์ เสรีรัตน์. การระบาดของโรคหัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล-
กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม. 4(2):29-39;2539.

ธีรนารถ จิระไพศาลพงศ์, สุนทรี โรจนสุพจน์, เสกสรร สาโรจน์ และคณะ. คุณภาพวัคซีนไข้
สมองอักเสบเจอีที่ใช้ในภาคสนามในโครงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การ
แพทย์. 39(3):159-172,2540.

นภา จิระคุณ. สาเหตุที่ผู้ปกครองไม่พาเด็กมารับวัคซีนป้องกันโรคหัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข.
1(1):17-23,2535.

นวลจันทร์ ปราบพาล, สุภัทรา ลิ้มอุดมพร และเสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ-
เฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 37(1):13-20,2536.

การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-3 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย-
นอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในเดือนกันยายน 3532 - กรกฎาคม 2533 จำนวน 450 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ เด็กปกติ เด็ก-
ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง กลุ่มละ 150 คน ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีอายุ
ใกล้เคียงกัน คือ 9-10 เดือน ทำการศึกษาแบบ case-control study และคำนวณปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยใช้ multiple logistic regression
analysis

นันทนา ศรีสุข, สุนทรี โรจนสุพจน์, สุภาพร ภูมิอมร และคณะ. แอนติบอดีไวรัสเจอีในเด็กที่ได้รับ
วัคซีนเจอีสองครั้ง. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 39(3):133-139,2540.

นันทิกา มิตรสัมพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระ-
ร่วง. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล-
เด็ก จำนวน 277 คน โดยเลือกประชากรตัวอย่างเจาะจงด้วยอายุของเด็กและโรคอุจจาระร่วง จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก
ผู้ป่วย 10 ราย ต่อวัน ทำการสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลบุตรและการป้องกันโรค

นิคม หันตรา และบังอร ไบชิต. การศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนหัดในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัด
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารโรคติดต่อ. 22(2):144-149,2539.

นิตยา คชภักดี, นิชรา เรืองคารกานนท์ และชัยศ คุณานุสนธิ์. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย.
Child health and development : perspectives from national health examination survey 1996-7,2543.

นิตยา โชตินอก. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรค
อุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. ปรินญาณิพนธ์-
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) เอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

การศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดนครราชสีมา ในลักษณะงานวิจัยกึ่งทดลอง ในหมู่บ้านของอำเภอมะขามสอ เลือกหมู่บ้านแบบเจาะจงคือ พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่มีจำนวนประชากร 53 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่มีประชากร 54 คน ข้อมูลอายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร อัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองจะมีการสอนโดยผ่านกิจกรรมความรู้ การสนทนาประกอบภาพ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินในการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการอบรมของกลุ่มทดลอง

นิพนธ์ โตวิวัฒน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(23):337-340,2541.

การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคปอดบวม โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองในช่วงมีนาคม-สิงหาคม 2540 อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี ในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก 2 กลุ่มๆ ละ 200 คน กลุ่มทดลองได้รับการอบรม 7 วัน ในลักษณะของการบรรยาย สาธิต ถาม-ตอบ และฝึกปฏิบัติ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการอบรม ลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นหญิงทั้งหมดและไม่แตกต่างกันในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา สุขภาพทั่วไป จำนวนบุตร ผลการศึกษาพบว่าก่อนการอบรมทั้งสองกลุ่มมีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน โดยความรู้เรื่องหวัดอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ภายหลังจากอบรมกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างจากครั้งแรก ในขณะที่กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติดีขึ้นอย่างชัดเจน และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

บอโรเฮง ดีเยาะ . ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลาม ในชุมชนจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์สาขาศีษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.

บังอรรัตน์ สุขตระกูล. สถานการณ์โรคหัด พ.ศ. 2525-2534. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28(49):678-689,2535.

ประไพ เทียนศาสตร์. สรุปผลการดำเนินงานขั้นต้นโครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กโดยผ่านระบบการศึกษานอกโรงเรียน. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 152-160,2540.

โครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 4 ราชบุรี โดยจัดอบรมครูการศึกษาออกโรงเรียนในช่วงเดือนธันวาคม 2538 ศึกษาใน 18 อำเภอ อำเภอละ 1 วัน โดยสอนครูการศึกษาออกโรงเรียนครั้งละ 20 คน ใช้เวลาในการสอน 1 ชั่วโมง วิทยากร คือ แพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลอำเภอ วัตถุประสงค์ของการอบรมเพื่อให้ครูศึกษาออกโรงเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินหายใจและสามารถถ่ายทอดความรู้เหล่านี้ให้แก่นักเรียนได้ ซึ่งอาจได้ผลต่อเนื่องโดยนักเรียนถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ปกครองอีกต่อหนึ่ง ผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 211 คน ผลการทดสอบความรู้พบว่าการอบรม คะแนนความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้เข้าร่วมอบรมรู้ว่าความรู้ที่ได้เป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน แต่ไม่มั่นใจว่าสามารถถ่ายทอดความรู้แก่นักเรียนได้

ประมวญ สุนากร และมยุรา กุสุมภ์. Pneumonia and sepsis in the young infants. Preliminary report. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 77-81,2540.

ประมวญ สุนากร. โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในโรงพยาบาลเด็ก. วารสารวัณโรคและโรค
ทรวงอก. 4:181-192,2527.

ปรีชา อุปโยคิน. Focused ethnographic study of respiratory infection. ใน รายงานการสัมมนา
ระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 66-69 (บทคัดย่อ) 2536.

เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์โดยใช้วิธี focused ethnographic study ซึ่งผสมผสานการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
ศึกษาในช่วง กันยายน - ตุลาคม 2534 ในผู้ปกครองเด็กป่วยเป็นโรคหัดในภาคเหนือ จังหวัดลำปาง 618 ครอบครัว ถึงการรับรู้ต่อ
อาการโรคหัดรวมทั้งการรักษา

ผการัตน์ แก้วกล้า. ระบาดวิทยา อาการและอาการแสดงของโรคหัดระหว่างที่มีการระบาดใน
กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2537. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 35(1):67,2539.

ศุภพรหม กิตติคุณ. การระบาดของโรคหัดที่โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 33:248-
256,2537.

พงษ์พิพัฒน์ นานานุกูล. โรคหัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2537. วารสารกุมารเวชศาสตร์.
36(1):51,2540.

พรทิพย์ ภูพัฒน์กุล, ก้องเกียรติ เต็มเกษมสานต์, สุรศักดิ์ ชีระรังสิกุล และคณะ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
ภาวะทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครสวรรค์. กรุงเทพฯ : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย,
กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

รายงานวิจัยถึงภาวะทันตสุขภาพ มักศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ บทบาทของโรงเรียน
อนุบาลในการส่งเสริมการแปรงฟันและบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากและการป้องกันฟันผุ
การศึกษาทำในรูปแบบของการใช้แบบสอบถามผู้ปกครองเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพฟัน การเช็ดเหงือกและฟัน
การควบคุมคาปาก การได้รับฟลูออไรด์ การดูแลการแปรงฟัน การให้ลูกอมหรือขนม การไปพบทันตแพทย์และได้ทำการสำรวจถึง
ความชุกของโรคฟันผุในเด็กนักเรียนอนุบาลอายุ 3-6 ปี การวิจัยนี้สำรวจในเด็กอนุบาล 1 และ 2 ที่มีทั้งหมดในจังหวัดนครสวรรค์
จำนวนตัวอย่าง 383 คน โดยใช้แบบสอบถามถึงข้อมูลเด็กและครอบครัว พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้เลี้ยงดูและการสำรวจฟันผุโดย
ทันตแพทย์

พลเลิศ พันธุ์นากุล. ARI's drugs, type and value. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4 การ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 136 (บทคัดย่อ), 2540.

การศึกษาถึงการใช้อารักษาโรคหัดในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในเดือน
เมษายน 2539 จำนวน 1,000 ราย พบว่ามีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยถึงร้อยละ 78.3

พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, จีรพรหม อินทา และน้ำผึ้ง พิชัยชุมพล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากของ
เด็กเล็ก. กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคเหนือ : case study in northern village. กรุงเทพฯ : กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

การศึกษาในเขตชนบทถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กในชนบทภาคเหนือจังหวัดเชียงใหม่ ทำการสำรวจหมู่บ้านที่จะจงเลือกมาโดยมีข้อกำหนดว่ามีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในหมู่บ้านนั้น และในตำบลมีสถานีอนามัย โดยทำการสำรวจเดือนละ 2 วันเป็นเวลา 12 เดือน วิธีการสำรวจทำโดยการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์บุคคลผู้เลี้ยงดู ผลการสำรวจพบว่าในหมู่บ้านที่กำหนดมีจำนวน 165 หลังคาเรือน มีเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 6 เดือน ถึง 6 ปี จำนวนเพียง 26 คน การตรวจฟันสุขภาพ 24 ราย หรือร้อยละ 92.3

พัชโรบล นางประทาน. การรณรงค์ให้วัคซีนเพื่อกวาดล้างโรคโปลิโอในครอบครัวกรรมกรก่อสร้างเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วารสารโรคติดต่อ. 21(2):120-127,2538.

พิไลพันธ์ พุชวิฒนะ, สุปรีดา หัพพานนท์ และสุกรี สุวรรณจูชะ. การศึกษาเรื่องการติดเชื้อ respiratory syncytial virus ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 138-143,2540.

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ : กรณีศึกษาในสถานการณ์โรคคอตีบชายแดนไทย-ลาว จังหวัดน่าน มิถุนายน 2539. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(2):249-256,2540.

เพ็ญจันทร์ สายพันธ์ : โรคไข้มองอักเสบจากไวรัสแจแปนีสเอนเซฟาไลตีสนในโรงพยาบาลประจำจังหวัดสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สรรพสิทธิเวชสาร. 9:65-75,2531.

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์, บุปผา ไตรโรจน์ และพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. การประเมินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ระดับประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2535-2537. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 19(3):37-46,2539.

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์. รายงานผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับอาหารระหว่างมือที่เด็กวัยก่อนเรียนบริโภคร : ศึกษาเฉพาะในภาคกลาง. กรุงเทพฯ : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างมือ (ขนม) และการดูแลสุขภาพฟันในเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลเขตภาคกลาง 4 จังหวัด (ชัยนาท ชลบุรี ราชบุรี และกรุงเทพฯ) โดยสำรวจในโรงเรียนอนุบาล 10 แห่งใน 4 จังหวัด สุ่มตัวอย่างได้จำนวนนักเรียน 726 คน เป็นนักเรียนจากโรงเรียนเอกชน 636 คน และนักเรียนโรงเรียนอนุบาล 90 คน การศึกษาแยกเป็น 2 วิธี คือใช้วิธีตอบแบบสอบถามในเรื่องของข้อมูลพื้นฐาน โดยผู้เลี้ยงดู การกินขนม การแปรงฟัน การตรวจสุขภาพฟัน การพบทันตแพทย์ การได้รับฟลูออไรด์ อีกวิธีคือ การสำรวจความชุกของฟันผุโดยทันตแพทย์ จากนั้นจึงนำทั้งสองวิธีมาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการเกิดโรคฟันผุ

เพ็ญศรี โควสุวรรณ, สมิตร์ สุตรา, อรุณ จิรวัดน์กุล, และคณะ. อาการและการตรวจอุจจาระในการวินิจฉัยแยกโรคอุจจาระร่วงในเด็ก. เสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 9 เรื่อง promotion of ORT and health behavior. มหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข, 21-29 มีนาคม 2533.

การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาในเด็กแรกเกิด - 3 ปี ช่วง 1 มกราคม 2531-31 กรกฎาคม 2532 จำนวนตัวอย่าง 296 ตัวอย่าง พบว่า เชื้อสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ Rotavirus (ร้อยละ 28.7), Shigella (ร้อยละ 12.9) เชื้อแบคทีเรียอื่นๆ เช่น E. coli, Salmonella, Campylobacter, Aeromonas, Plesiomonas (ร้อยละ 21.3) และไม่พบเชื้อสาเหตุ (ร้อยละ 37.1)

เพ็ญศรี อินทรลาวัณย์ และศิริราช พัวพันวัฒนะ : การให้วัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบเจอี ในจังหวัด เชียงราย. วารสารกรมการแพทย์. 14(5):337-342,2532.

มัทรี นครน้อย. ประสบการณ์การควบคุมโรคคอตีบในอำเภอพระพุทธบาท สระบุรี. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 6(2):342-352,2540.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โครงการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี. 2539-2540, 2541.

เยาวภา พงษ์สุวรรณ. สถานการณ์โรคโปลิโอจากการตรวจวินิจฉัยโรคห้องปฏิบัติการปี พ.ศ. 2536. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 25(34):477-487,2537.

ระเด่น หัสดี. การเฝ้าระวังและพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ของมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28 (3):417-431, 2540.

ศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กในจังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเช่นกัน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 60 ตัวอย่าง ได้รับการสอนในเรื่องการเฝ้าระวังและการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 28 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 60 คน การพัฒนาพฤติกรรมทำใน 4 ด้านคือ ในการสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนกระบวนการแก้ปัญหา การสนับสนุนด้านความรู้ข่าวสาร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และสารละลายเกลือแร่ ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นมารดาอายุ 21-30 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรม รายได้ 2,000- 3,000 บาทต่อเดือน น้ำที่ใช้ในการบริโภคคือ น้ำฝน ทุกคนรอบครัวมีส่วนร่วมใช้ของในบ้าน การกำจัดขยะทำโดยการเผาหรือฝัง การรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

รัตโนทัย พลับรู้การ, สมจิตต์ ชีรมโนภาพ, สุจิตรา นิมมานนิตย์. ความพิการในเด็กหลังเป็นไข้ สมองอักเสบจากแจแปนิสไวรัส : การติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 5 ปี. วารสารกรมการแพทย์. 16(3):125-132,2534.

รายงานสภาวะเด็กและเยาวชนไทยปี 2537. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2537.

ลัดดา ลิขิตยงวรา, อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล และเพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์. สถานการณ์โรคหัด พ.ศ. 2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(7):89-91,2541.

วัชรวิ สาริบุตร. ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและนิเทศงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (การศึกษาครั้งที่ 2). ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 113-130,2536.

การศึกษาถึงประสิทธิผลการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 102 คน จากอำเภอเสนา และอำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 51 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการอบรม 2 วัน โดยมีคู่มืออบรมคู่มือสุขภาพ ทำแบบทดสอบเรื่องความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา ทักษะในการตรวจผู้ป่วยและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการนิเทศงานทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการนิเทศงาน ผลการศึกษาพบว่าหลังจากฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสองกลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้น ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ทักษะในการตรวจผู้ป่วยยังคงเท่าเดิม วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยลดลงกว่าหลังการอบรม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ความรู้และความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันทนี อิศระไพจิตร. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาเวชศาสตร์ชุมชน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

การศึกษาในเขตเมืองจังหวัดสุโขทัย ช่วงตุลาคม - ธันวาคม 2537 โดยใช้แบบบันทึกเพื่อหาอุบัติการณ์ และแบบสอบถามถึงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวนประชากรตัวอย่างทั้งหมดในเขตเมือง 406 ครอบครัว จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี 441 คน ในช่วง 3 เดือนของการศึกษาพบอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงร้อยละ 15.2 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงสุดในเดือนตุลาคม ความถี่ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงโดยรวมคือ 1.19 ครั้ง/คน และพบอุบัติการณ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มากกว่าเด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี

วิรัช นิรารุทธ์, สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท, จันทร์พีญ ทานเคหาสน์. อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงไวรัสโรตาในเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 3(4): 321-327, 2537.

การศึกษาอุบัติการณ์ของเชื้อ rotavirus ในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ช่วงเวลามิถุนายน 2536 ถึง พฤษภาคม 2537 ทุกราย จำนวน 143 คน ส่งตรวจเฉพาะ rotavirus โดยส่งตรวจที่สถาบันวิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบอุบัติการณ์ของ rotavirus ได้สูงถึงร้อยละ 31.5

วิไลวรรณ กุลกลการ และรุจิรา ชุ่มแก้ว. การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กของโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร. 15:108-119, 2537.

การศึกษาในโรงพยาบาลลำปางในเด็กป่วยเรื่องอุจจาระร่วงอายุ 0-15 ปี ช่วงกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2536 จำนวนผู้ป่วย 304 ราย ซึ่ง 267 ราย (ร้อยละ 87.8) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การหาเชื้อสาเหตุทำโดยการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการเพาะเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น การตรวจหา rotavirus ยังไม่สามารถทำได้ ผลการเพาะเชื้อพบว่าไม่พบเชื้อสาเหตุร้อยละ 62.5 เชื้อ Shigella sp. พบร้อยละ 20.7 รองลงมาคือ E. coli ร้อยละ 14.5 และ Salmonella ร้อยละ 2.3

ศิริวรรณ พูลทวี, ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในเด็กอายุ 0-14 ปี พ.ศ. 2538. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(17):241-251,2541.

โครงการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โดยกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำในโรงพยาบาลของรัฐในแต่ละภาค 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีและโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ผลการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บตลอดปี พ.ศ. 2538 ในโรงพยาบาล 4 แห่ง (ตัดโรงพยาบาลราชวิถีออก เนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กจำนวนน้อยมาก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเด็กถูกนำส่งโรงพยาบาลเด็ก ซึ่งตั้งอยู่บริเวณใกล้

เคียงกัน) มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 10,266 ราย หรือเป็นร้อยละ 15.8-21.0 ของผู้บาดเจ็บทุกกลุ่มอายุ ผู้บาดเจ็บเป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 1.3 : 1 ถึง 4 : 1 อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นในบ้านร้อยละ 40.1-48.4 สาเหตุของการบาดเจ็บที่มากที่สุดจะเหมือนกันในทั้ง 4 โรงพยาบาล คืออุบัติเหตุจากการขนส่งร้อยละ 28.7-36.7 รองลงมาคือพลัดตกหกล้มร้อยละ 18.3-27.6 กลุ่มอายุที่ได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่งมากที่สุดคืออายุ 12-14 ปี ร้อยละ 25.8-36.1 ในจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีผู้เสียชีวิต 112 ราย ซึ่งสาเหตุของอุบัติเหตุคืออุบัติเหตุบนถนนและทางหลวงร้อยละ 50.0-73.3 รองลงมาคือจมน้ำร้อยละ 10.0-29.6 การสวมหมวกนิรภัยในเด็กขณะขี่จักรยานยนต์ในสถานพหุพบน้อยมากเพียงร้อยละ 0-1.5 เท่านั้น และในกลุ่มผู้ตายทั้ง 4 โรงพยาบาลไม่มีการสวมหมวกนิรภัยเลย

ศุกโชค ตรงกมลชัย. โรคหัดที่โรงพยาบาลบ้านโป่งในปี 2537. วารสารกุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า. 3:21-25,2539.

ศุกนิช ตั้งสินมั่นคง, ทวีพร บุญกิจเจริญ และวีณา ต้นไสว. การสาธิตนิเทศงาน ARIC ในระดับสถานีนอนามัย. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 144-151,2540.

การนิเทศงาน ARIC ระดับสถานีนอนามัยโดยศูนย์ฉีดยาโรคเขต 12 ครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ ชะลา ปัตตานี นราธิวาส และสงขลา ซึ่งมีสถานีนอนามัย 19 แห่ง โดยนิเทศงานด้าน standard care management ทุก 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วยเชิงวิชาการหรือปฏิบัติการบริหารจัดการและการประเมินผลในเรื่องความพร้อมของการมีและใช้แผนภูมิมาตรการ ARIC อย่างถูกต้อง พบร้อยละ 63.16 ความพร้อมของการมีและใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมร้อยละ 42.11 ความพร้อมของการมีและใช้ยาแก้ไอขับเสมหะเด็กเล็กอย่างเหมาะสมร้อยละ 73.68 ความพร้อมของการให้สื่อสุขภาพ ARIC ร้อยละ 36.84 การบันทึกเวชระเบียนอย่างถูกต้องร้อยละ 31.88 และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอย่างถูกต้องร้อยละ 100

ศุกลักษณ์ รัตนะ. การใช้การสนทนากลุ่มในการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่บิดาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคของจระเข้ของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) เอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

การศึกษาในภาคใต้โดยศึกษาถึงพฤติกรรมของบิดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในการส่งเสริมพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคของจระเข้โดยเลือกศึกษาที่อำเภอศรีสาคร ซึ่งเป็นอำเภอที่มีอุบัติการณ์ของโรคของจระเข้สูงที่สุดในจังหวัดนราธิวาส เลือกศึกษาใน 2 ตำบลที่สะดวกต่อการทำวิจัยและสุ่มแบบง่ายจนได้หลังคาเรือน แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน กลุ่มทดลองใช้วิธีสนทนากลุ่มในการให้ความรู้เรื่องโรคของจระเข้ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการสนทนากลุ่ม บิดาทั้งสองกลุ่มมีความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการแนะนำ และการให้แรงสนับสนุนแก่มารดาไม่แตกต่างกัน การประเมินซ้ำหลังการใช้วิธีการสนทนากลุ่มเฉพาะในกลุ่มทดลอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการแนะนำ และการให้แรงสนับสนุนแก่มารดา ในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการสนทนากลุ่ม และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคของจระเข้ดีขึ้น

สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กระทรวงสาธารณสุข

สมศักดิ์ นิลพันธ์, สมโพธิ บวรสิน. การประเมินผลความครอบคลุมงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 5(4):221-226,2533.

สมศักดิ์ นกุลอุดมพานิชย์, สุดาพร กุมาร และวิยะดา ดิลกวัฒนา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กวัยก่อนเรียนของจังหวัดสุโขทัย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน. 30(2):37-42, 2542.

การศึกษาถึงพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดสุโขทัยใน 9 อำเภอ มีจำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด 23,757 คน ทำการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับชั้น (stratified random sampling) ได้จำนวนตัวอย่างที่นำมาศึกษา 514 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นมารดาอายุ 25-35 ปี อาชีพหลักคือเกษตรกร และรายได้ครอบครัว 1,000-3,000 บาท/เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในเกณฑ์โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.7 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอยู่ในเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 64.1 การรับรู้ผลดีการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 86.6 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 67.7

สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์, ทิพาพร อัสสรณะสมบัติ, บุษบง โกฏวิเชียร. ความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติของแม่ในเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARIC). ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 51-65,2536.

สวรรยา จันจูดานนท์. การศึกษาระบาดวิทยาของโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อน ภาคใต้ ประเทศไทย พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(22):321-335,2541.

สังวาลย์ เจริญรบ, ครุณี โพธิ์ศรี. ความรู้ การปฏิบัติตัวเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2538. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 161-169,2540.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ, 2539.

สำเนา โกญจนาท. โครงการฉีดวัคซีนป็นีซีซีในประเทศไทย. วารสารวัดโรคและโรคแทรกซ้อน. 2:75-78,2524.

สุชัญญา มานิตย์ศิริกุล, นิมมวล พรายน้า และเบญจมาศ อุรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยโรคหัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดชัยภูมิ ปี 2537. ศรีนครินทร์เวชสาร. 11: 39-45,2539.

สุทธิ อธิปัญญาคม, กานดา วัฒนภาส, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความถี่และช่วงเวลาของการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็ก. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 86-90,2536.

การศึกษาในชุมชนแออัดที่แฟลตดินแดง กรุงเทพฯ ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยติดตามเด็กทั้งหมด 674 ราย ในปี พ.ศ. 2528-2530 เป็นเวลา 2 ปี เก็บข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ลักษณะที่อยู่อาศัย สภาพความเป็นอยู่ภายในบ้าน การติดตามในปีแรกได้ 469 คน และปีที่สอง 591 คน ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนพบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยต่ำกว่า 2 ปี บิดามีการศึกษาน้อย อยู่ในบ้านที่มีสมาชิกครอบครัวมากกว่า 7 คน

และในบ้านที่มีความแออัด ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องต่อการเดินโรคระบบหายใจส่วนล่างได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา น้อย รายได้ครอบครัวน้อย การสูบบุหรี่ในครอบครัว และการตรวจพบเชื้อ *H. influenza*

สุนทรีย์ โรจนสุพจน์, สุมาลี เนื่องพลี, สุดารัตน์ เรืองธุรกิจ และคณะ. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้สมองอักเสบเจอีในประเทศไทย พ.ศ. 2526-2535. *นวัตกรรมการแพทย์*. 14(1-3):58-65,2538.

สุพัตรา เทียมปฐม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของเด็กวัยก่อนเรียน เขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ทำการวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของเด็กวัยก่อนเรียน ในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยทำการสุ่มอย่างง่ายในพื้นที่ 8 ตำบล ได้จำนวนเด็ก 320 ราย (จากจำนวนทั้งหมด 1,109 ราย) เป็นเด็กชาย 135 ราย และเด็กหญิง 185 ราย ทำการสัมภาษณ์มารดาหรือผู้เลี้ยงดูถึงการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของเด็กอายุ < 5 ปี ย้อนหลัง 2 ปี โดยเก็บข้อมูลด้านบุคคลและสังคมของเด็ก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งกีดขวางที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่บ้าน ชนิดและจำนวนของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่าการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะ 2 ปี พบร้อยละ 55.3 ชนิดของอุบัติเหตุเป็นการพลัดตกหกล้มร้อยละ 83.6 การตกน้ำจมน้ำ และมีสิ่งแปลกปลอมร้อยละ 43.5 (ซึ่งในจำนวนนี้สิ่งแปลกปลอมเข้าตาพบมากที่สุดร้อยละ 45.5 รองลงมาคือคอกบ่อ สระ คู ร้อยละ 18.2 และสิ่งแปลกปลอมในจุกร้อยละ 16.7) การบาดเจ็บจากของเครื่องมือเครื่องจักรร้อยละ 41.2 อุบัติเหตุจากสัตว์เลี้ยงร้อยละ 27.7 และบาดเจ็บจากวัตถุร้อนร้อยละ 18.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านกับปัจจัยต่างๆพบว่า การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก (ชน อยู่ไม่นิ่ง) ลักษณะอาชีพของมารดาที่ใช้แรงงาน ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ และลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุได้แก่ เพศของเด็ก โรคประจำตัว จำนวนพี่น้อง อาชีพบิดา รายได้ครอบครัว และผู้เลี้ยงดูเด็ก

สุนมา ซ่อไสว. ปัจจัยที่ทำให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัดไม่ครบ. *วชิรเวชสาร*. 37(31):147-165,2536.

สุรศักดิ์ ยังไฟโรจน์. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย (20 ปีภายหลังโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 28(42):585-596,2540.

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, สุกรี สุวรรณจู่ชะ และธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายและพยาธิสภาพของโรคปอดบวมอักเสบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี. ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 165-172,2536.

การศึกษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีซึ่งทำโดยวิธี prospective study ตั้งแต่กราคม 2529 - ธันวาคม 2530 โดยศึกษาผู้ป่วยปอดบวมทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีแบบแผนและขั้นตอนการรักษารวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยทุกราย จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดที่มาตรวจคลินิกผู้ป่วยนอก คือ 23,588 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด community acquired pneumonia 1,003 รายหรือร้อยละ 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวม ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคปอดบวมได้แก่ เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ และน้ำหนักแรกเกิด จำนวนผู้ป่วยปอดบวมที่รับตัวไว้ในโรงพยาบาล 267 ราย หรือร้อยละ 23 ของผู้ป่วยปอดบวมทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 40 ราย หรือร้อยละ 15 และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 9 ราย (ร้อยละ 3.4) การคำนวณปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยปอดบวมโดยวิธี univariate analysis (ไม่ใช่ multiple regression analysis เพราะจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีน้อยเกินไป) ได้แก่ ความผิดปกติของระบบหัวใจ (odds ratio หรือ OR 12.1) ภาวะทุพโภชนาการ (OR 9.9) ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด

ปอดบวมชนิดรุนแรงโดยใช้วิธี multivariate analysis ได้แก่ ความผิดปกติของหัวใจ (OR 4.04) ตับโต (OR 4.13) และภาวะเขียว (OR 5.02)

เสาวภา พันธุ์งาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชุมพร. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. 29(4):621-631, 2541.

การศึกษาโดยการสำรวจเจาะจงหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดชุมพร ทั้งหมด 700 ตัวอย่างใน 7 อำเภอ ช่วงเวลา ธันวาคม 2539 - มกราคม 2540 ใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรม ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่คือมารดาอายุระหว่าง 26-30 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรวม รายได้ 15,000 - 30,000 บาทต่อปี มีส่วนใช้เองในครอบครัวร้อยละ 95.5 การกำจัดขยะทำโดยการฝังหรือเผาร้อยละ 54.7 ใส่งถังที่มีฝาปิดมิดชิดร้อยละ 33.7 น้ำดื่มเป็นน้ำฝนร้อยละ 63.4 น้ำบ่อร้อยละ 23.5 การบริโภคน้ำมักไม่ต้มน้ำร้อยละ 69.6 ซึ่งมักเป็นในกลุ่มผู้ใช้น้ำฝน อัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 55.7 การปฏิบัติของผู้ดูแลในกรณีที่เกิดป่วยคือ พาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลร้อยละ 44 พาไปสถานอนามัยร้อยละ 41 อัตราการใช้สารละลายเกลือแร่ในขณะอุจจาระร่วงร้อยละ 47.5

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุม สุขภาพเด็กไทยใน ทศวรรษหน้า การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายถึงทศวรรษ 2538. ระยะสิ้นสุดโครงการ, 2539.

อดุลย์ วิริยเวชกุล, นิพนธ์ พวงวรินทร์ และสายสุนีย์ วन्दรงค์สุวรรณ. Japanese B encephalitis-clinical aspects of 96 cases. สารศิริราช. 36(6):353-360,2527.

อมรศรี ชุมทรัพย์ และสมศักดิ์ โล่ห์เลขา. ภูมิคุ้มกันต้านทานในเด็กที่ได้รับวัคซีน : อายุที่เหมาะสมในการฉีดวัคซีนกระตุ้น. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 35(4):259-263,2539.

อรุณรัตน์ อรุณนุมาศ. ภาวะการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็ก 0-4 ปี และพฤติกรรมอนามัยของมารดาในหมู่บ้านที่บรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.

การศึกษาที่อำเภอปัว จังหวัดน่าน ศึกษาพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรอายุ 0-4 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ระหว่างมารดาที่อยู่ในหมู่บ้านที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเปรียบเทียบกับมารดาที่อยู่ในหมู่บ้านที่ไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ทำการคัดเลือกหมู่บ้านที่บรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยวิธี multi-stage sampling จาก 7 หมู่บ้านที่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าจำนวน 423 คน และ 7 หมู่บ้านที่ไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 530 คน ผลการสุ่มได้ประชากรตัวอย่าง 109 คนในแต่ละกลุ่มศึกษา อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในหมู่บ้านที่บรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าคือ ร้อยละ 29.4 และ 37.6 ตามลำดับ

อ้อมจิต ว่องวานิช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

การศึกษานในโรงพยาบาลเด็กในช่วงเวลา 1 พฤษภาคม - 30 ธันวาคม 2533 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กสุขภาพดี 200 คน กลุ่มอาการไม่รุนแรงเป็นเด็กป่วยด้วยเรื่องไข้หวัดที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 200 คน และกลุ่มที่มีอาการรุนแรงเป็นเด็กที่ต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาลจำนวน 100 คน ทั้งสามกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน

อัจฉรา ชีร์วัฒนกุล. **Factor related to "pneumonia mortality" among under 5 years children.** ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. 91-96, 2536.

การศึกษาในโรงพยาบาลเด็กถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะปอดบวมรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยรวบรวมผู้ป่วยปอดบวม เฉพาะ community acquired pneumonia ที่เสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2534 ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 200 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยปอดบวมในช่วงเวลาเดียวกันที่รอดชีวิตจำนวน 600 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ multivariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม ได้แก่เด็กอายุ 2-6 เดือน (odds ratio 1.75) ถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตกรุงเทพฯ (OR 2.39) ภาวะทุพโภชนาการ (OR 1.94) มีความพิการของหัวใจแต่กำเนิด (OR 3.78) และมีความผิดปกติของระบบประสาท (OR 3.78) ปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด การเป็นปอดบวมซ้ำ

อัมพร หิรัญโชติ. ใช้สมองอักเสบจาก Japanese encephalitis virus ในโรงพยาบาลนครปฐม. **วารสารแพทยเขต 7.** 9:9-12,2533.

อาจารย์ อังคะฉนิช และวัชรีย์ สาริบุตร. พฤติกรรมการกินยาก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. **วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก.** 17(1):31-38,2539.

การศึกษาถึงพฤติกรรมการกินยาก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยศึกษาในโรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี พิษณุโลก และสงขลา จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,783 ราย ในช่วงปีพ.ศ. 2535-2536 โดยศึกษาจากบันทึกรายงานผู้ป่วยถึงการได้รับยาก่อนมารับการรักษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 37.5 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ทำโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ซักประวัติถึงการรักษาที่ผ่านมาทุกราย ข้อมูลในส่วนนี้อาจขาดหายไปเนื่องจากขาดการบันทึกในเวชระเบียน

อารี นุณณะตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเด็ก. **ปริญญาานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล,** 2533.

Bamrungtrakul T, Sunakorn P, Sareebutara W, et al. Surveillance of antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* in Thailand. **J Med Assoc Thai.** 77:572-579,1994.

Chongsuvivatwong V, Mo-suwan L, Chompikul J, et al. Effects of piped water supply on the incidence of diarrheal diseases in children southern Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 25:628-632,1994.

การศึกษาในหมู่บ้านมุสลิมภาคใต้ 7 หมู่บ้าน เลือกตัวอย่างครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ลักษณะหมู่บ้านมุสลิมที่ศึกษา มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 41 พ่อ-แม่จบการศึกษาระดับประถมร้อยละ 71 มีไฟฟ้าเข้าถึงแต่ละบ้านร้อยละ 95 ส่วนการใช้น้ำจะแตกต่างกันในแต่ละบ้าน เนื่องจากภาคใต้มีฝนตกชุก ส่วนมากใช้น้ำฝนและน้ำบาดาล การศึกษานี้เริ่มมกราคม 2533 มีประชากรตัวอย่าง 178 คน และขณะสิ้นสุดการศึกษาเมื่อ ธันวาคม 2533 มีประชากรตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น 263 คน การศึกษานี้จึงศึกษาเป็นคน/สัปดาห์ โดยมีจำนวนทั้งหมด 9,060 คน/สัปดาห์ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเท่ากับ 3.19 ครั้ง/คน/ปี พบมากในเด็กอายุ 0-3 เดือน (6.77 ครั้ง/คน/ปี) อุบัติการณ์พบสูงสุดในเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ อายุของเด็ก ความ

แตกต่างของหมู่บ้าน ฤดูกาล การไม่ใช้น้ำดื่มในการบริโภค การไม่ได้รับนมแม่ การป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ สุขลักษณะของ ส้วม และการไม่มีน้ำประปาใช้ในครัวเรือน ในเรื่องพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วง ส่วนมากไม่ต้องรักษา ร้อยละ 34 ใช้สมุนไพร ร้อยละ 37 และรับการรักษาแบบสมัยปัจจุบัน ร้อยละ 34 มีการใช้น้ำเกลือแร่เพียง ร้อยละ 11 และไปพบแพทย์และศูนย์อนามัยเพียง ร้อยละ 6 และ 16 ตามลำดับ ส่วน ร้อยละ 12 ซื้อยาตามร้านขายยาเอง

Chongsuvivatwong V, Mo-suwan L, Tayakkanonta K et al. Impacts of training of village health volunteer in reduction of morbidity from acute respiratory infection in childhood in southern Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 27:333-338,1996.

การศึกษาในภาคใต้อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เลือก 30 หมู่บ้าน และสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 หมู่บ้าน หมู่บ้านกลุ่มแรกเป็นกลุ่มทดลองโดยมีการฝึกอบรมโรคเกี่ยวกับระบบหายใจเป็นเวลา 2 วัน โดยวัตถุประสงค์ของการอบรมเพื่อค้นหาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันระบบหายใจที่รุนแรงและให้การดูแลเบื้องต้นหรือส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาล หมู่บ้านกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ผ่านการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งสองกลุ่มมีหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 19 สัปดาห์ ในกลุ่มหมู่บ้านที่อาสาสมัครได้รับการอบรมมีจำนวนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 664 คน และระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครหมู่บ้าน 101 วัน/คน และคิดเป็นจำนวนวันทั้งหมด 67,038 วันต่อเด็กทั้งหมด ในกลุ่มควบคุมมีจำนวนเด็กในความดูแล 649 คน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการดูแล 104.2 วัน และจำนวนวันทั้งหมด 67,948 วันต่อเด็กทั้งหมด ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่ามัธยฐานของจำนวนวันที่เด็กป่วยในกลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.884 ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กในกลุ่มทดลองเวลาไม่สบายมักถูกพาไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชนมากกว่าจะมารับการรักษาที่สถานอนามัย (odds ratio 4.71, 2.01 และ 1.43 ตามลำดับ ผลจากการศึกษานี้สรุปได้ว่าการฝึกอบรมอาสาสมัครหมู่บ้าน ไม่ลดอัตราการเจ็บป่วยของเด็กในชุมชน และยังมีการข้ามขั้นตอนการรักษาโดยไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าที่สถานอนามัย

Chunsuttiwat S. Japanese encephalitis in Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 20(4):593-7,1989.

Jaruchinda S. A case report of Japanese encephalitis in Thailand. **J Med Assoc Thai** 48:34-36,1965.

Moolasart P, Sangsujja J, Eampokalap B et al. Nontyphoidal salmonella diarrhea in Thai children : a study at Bamrasnaradura Hospital, Nonthaburi, Thailand. **J Med Assoc Thai.** 80:613-618,1997.

การศึกษาในโรงพยาบาลปราศรัยระหว่างเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2537 - 30 มิถุนายน 2539 ในเด็กโรคอุจจาระร่วงอายุ 0-12 ปี โดยเลือกศึกษาเฉพาะเชื้อสาเหตุ nontyphoidal Salmonella จำนวน 394 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ถึง ร้อยละ 87 และอายุ 2 -5 ปี ร้อยละ 7.9 ซึ่งนับว่าเป็นสาเหตุที่พบได้ไม่น้อยในเด็กอุจจาระร่วงกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี

Poneprasert B. Japanese encephalitis in children in northern Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 20(4):599-603,1989.

Prempee P, Chitpitaklert S and Silarug N. : Diphtheria outbreak-Saraburi province, Thailand, 1994. **MMWR** 45:271-273,1996.

Punyaratabandhu P, Sangchai R, Vathanophas K et al. Risk factors for childhood diarrhea in an urban community, Bangkok, Thailand. **J Med Assoc Thai.** 76:535-41,1993.

การศึกษาในชุมชนแออัดดินแดง กรุงเทพฯ ในช่วงสิงหาคม 2531 ถึงกรกฎาคม 2532 โดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตพฤติกรรม สภาพชุมชนอยู่ในเกณฑ์ดีโดยทุกครอบครัวมีส่วนร่วมใช้เอง น้ำประปา ไฟฟ้าและแก๊สหุงต้ม จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีในชุมชนนี้คือ 452 คน เนื่องจากมีการย้ายเข้าออกบ่อย การศึกษานี้จึงคำนวณเป็นคน-สัปดาห์ โดยมีจำนวนทั้งหมดคือ 21,582 คน-สัปดาห์ ร้อยละ 83 มีพ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดู จำนวนคนที่อาศัยในครอบครัวโดยเฉลี่ย 7 คน/ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าความถี่ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงโดยเฉลี่ยในทุกอายุ คือ 0.9 ครั้ง/คน/ปี โดยมีความถี่สูงสุดในเด็กอายุ 6-11 เดือน คือ 2.4 ครั้ง/คน/ปี รองลงมาคือเด็กอายุ 0-5 เดือน มีความถี่ 2 ครั้ง/คน/ปี อายุ 12-24 เดือน ความถี่ 1.3 ครั้ง/คน/ปี และต่ำสุดในเด็กอายุ 2-5 ปีเพียง 0.4 ครั้ง/คน/ปี ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง คำนวณโดยวิธี relative risk (RR) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มารดาไม่ได้ประกอบอาชีพ (RR 1.31) การศึกษาของพ่อและแม่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา (RR 1.41) การไปอยู่สถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงกลางวัน (RR 2.43) การไม่ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ (RR 1.61) การกำจัดขยะไม่ถูกวิธี (RR 1.58) การทำความสะอาดขวดนมโดยไม่ใช้น้ำร้อน (RR 1.65) และการไม่มีภาชนะปิดครอบอาหาร (RR 1.63)

Puthavathana P, Habanananda S, Raksakait K, et al. Respiratory syncytial virus : incidence by age, sex and seasonality, and subgroup prevalence during 1989 to 1991, Bangkok, Thailand. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 26(3):514-520,1995.

Rojanasuphot S, Charoensook O, Srijaggrawalwong A et al. Japanese encephalitis antibody prevalence survey in northern Thailand. **Mosquito - Borne Dis Bull.** 9(4):111-118,1992(b).

Rojanasuphot S, Charoensook O, Ungchusak K et al. A field trial of inactivated mouse brain Japanese encephalitis vaccines produced in Thailand. **Mosquito-Borne Disease Bull.** 8(1):11-16,1991.

Rojanasuphot S, Na-Chiang Mai P, Srijaggrawalwong A et al. Implementation of simultaneous Japanese encephalitis vaccination in the expanded programme on immunization of infants. **Mosquito-Borne Dis Bull.** 9(3):86-92,1992(a).

Sangkawibha N, Ahandrik S, Rojanasuphot S et al. Epidemiology of Japanese encephalitis in Thailand, 1969-1983. **วารสารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.** 28(3):279-290,1986.

Sangkawibha N, Rojanasuphot S and Chunsuttiwat S. Epidemiology of Japanese encephalitis and vaccination programme in Thailand. **Mosquito-Borne Dis Bull.** 9(1):1-8,1992.

Suwanjutha S, Ruangkanhasetr S, Chantarajanasiri T et al. Risk factors associated with morbidity and mortality of pneumonia in Thai children under 5 years. **Southeast Asian J Trop Med Public Health.** 25(1):60-66,1994.

Suwatano O. Acute diarrhea in under five-year-old children admitted to King Mongkut Prachomkao Hospital, Phetchaburi Province. **J Med Assoc Thai.** 80:26-33,1997.

การศึกษาเชื้อสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ตั้งแต่ พฤษภาคม 2538 - เมษายน 2539 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 105 รายที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยเก็บอุจจาระส่งตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพาะเชื้อแบคทีเรีย และทำ latex agglutination เพื่อตรวจหาเชื้อ rotavirus ผลการศึกษาพบเชื้อก่อโรคสูงถึงร้อยละ 61 โดยพบสาเหตุจากเชื้อ rotavirus มากที่สุดคือ ร้อยละ 17.2 รองลงมาคือ E. coli (ร้อยละ 14.1) และ Campylobacter (ร้อยละ 14.1), Shigella (ร้อยละ 12.5) E. histolytica ร้อยละ 7.8 และเชื้อหลายชนิด (mixed organism) ร้อยละ 31.3

Wongsaraj T, Thavornnuth J and Charanasri U. Study on the management of diarrhea in young children at community level in Thailand. **J Med Assoc Thai.** 80:178-182,1997.

การศึกษาในเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยศึกษาใน 4 ภาค คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ สุ่มเลือกจังหวัดตามภาคได้ 12 จังหวัด การสำรวจระดับชุมชนใช้วิธี cluster sampling technique จังหวัดละ 30 หมู่บ้าน และสำรวจทุกครัวเรือนในหมู่บ้านนั้นโดยการสัมภาษณ์ จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 15,466 ครอบครัวย พบว่ามีเด็กอายุ 0-5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 793 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.13 และอุบัติการณ์ 1.3 ครั้ง/คน/ปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงต่อแสนคนของประชากรวัยเดียวกันเท่ากับ 58.2 การรักษาผู้ป่วยโดยใช้สารละลายเกลือแร่ร้อยละ 25.6 อาหารเหลวร้อยละ 33.8 สารละลายเกลือแร่เตรียมขึ้นเองร้อยละ 2.8 และดื่มน้ำทางหลอดเลือดเพียงร้อยละ 6.2 การใช้ยาในการรักษาโรคอุจจาระร่วงพบร้อยละ 58.6 โดยเป็นยาปฏิชีวนะอย่างเดียวร้อยละ 18 ยา loperamide ร้อยละ 19.3 และยาปฏิชีวนะร่วมกับ loperamide ร้อยละ 21.3 ในส่วนของการเตรียมสารละลายเกลือแร่ พบว่าเตรียมได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 23.7

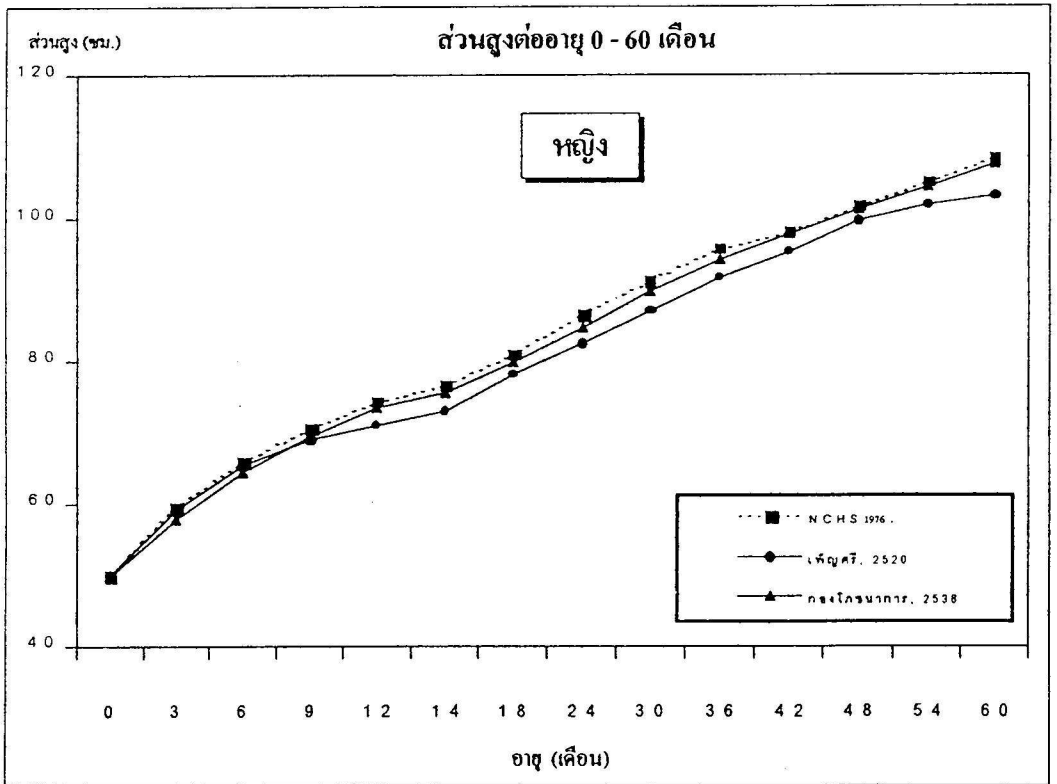
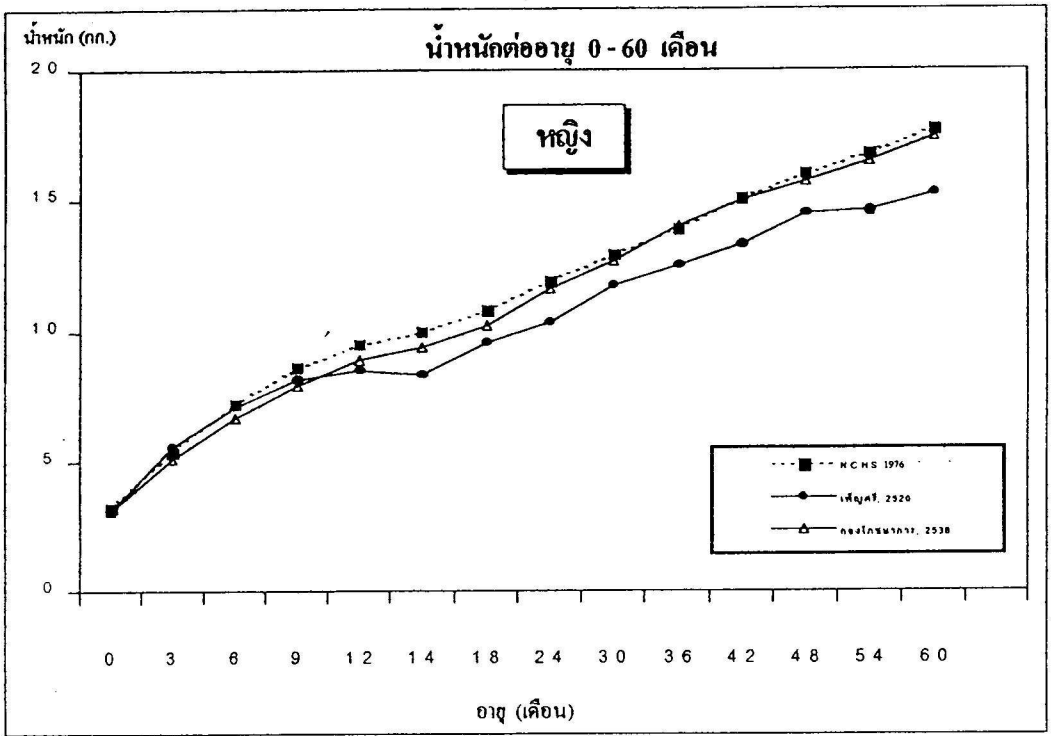
บทที่ 4

การเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

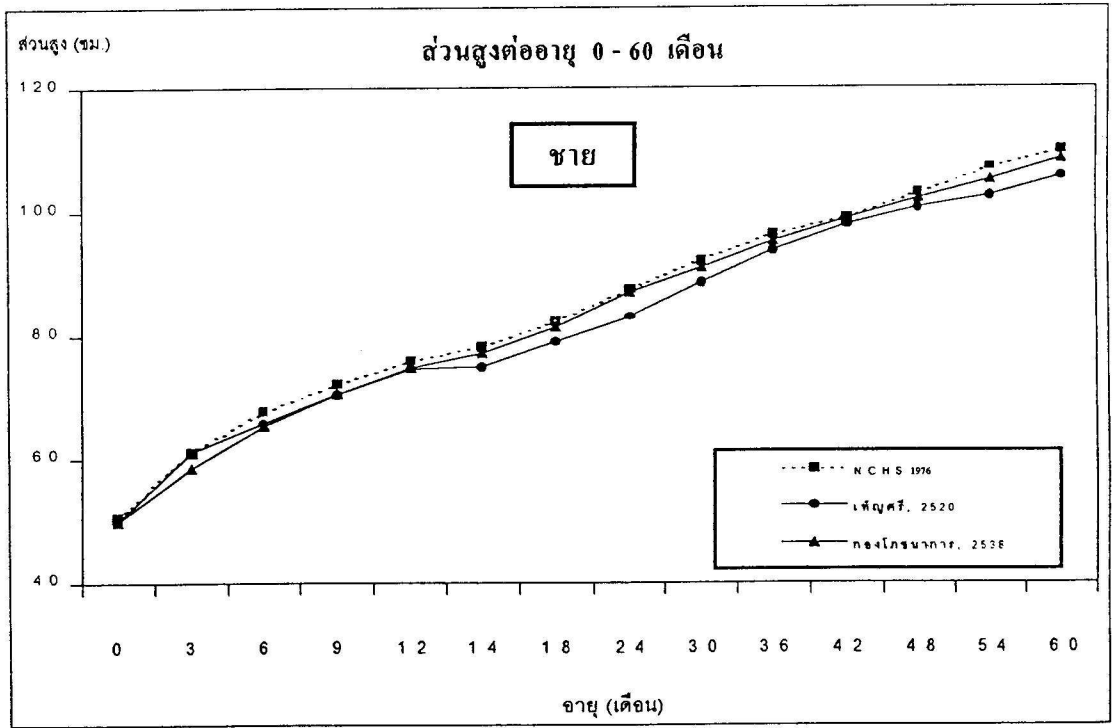
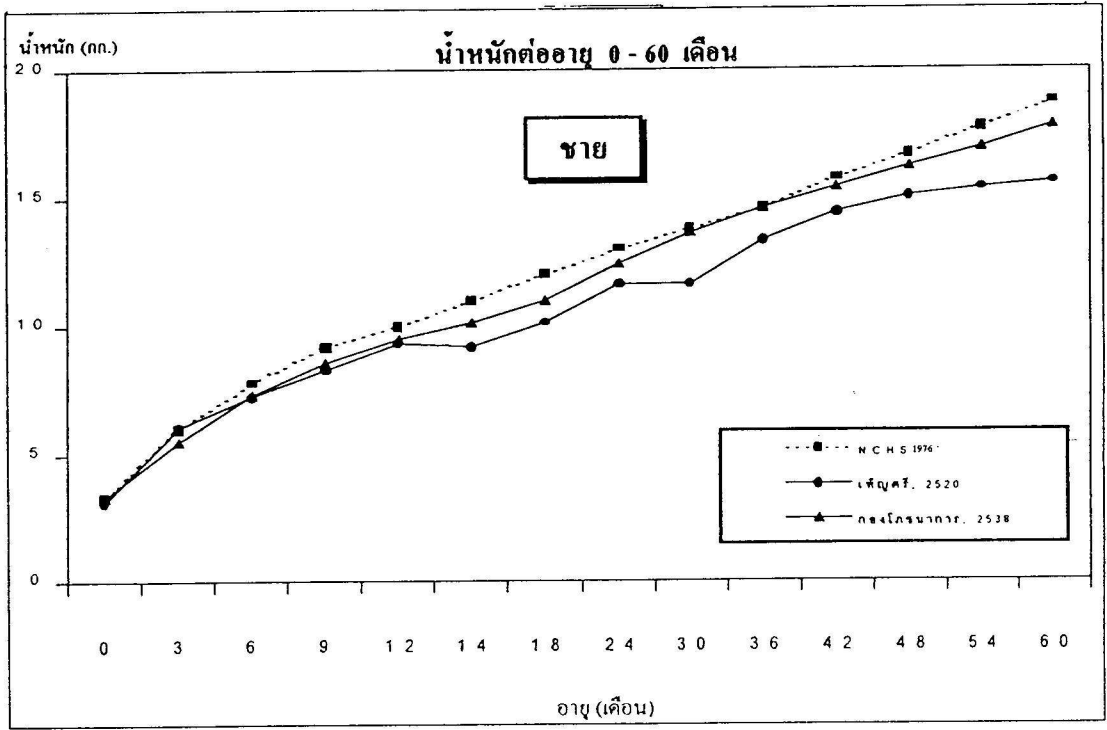
ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นดัชนีที่บ่งชี้การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ประเทศที่สภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น สภาพความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น เด็กจะมีภาวะโภชนาการดีขึ้น มีส่วนสูงเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มของเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนมากขึ้น ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เด็กชั้นประถมของอังกฤษและสกอตแลนด์มีส่วนสูงเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 1-3 ซม. (Huges และคณะ, 1997) Freedman และคณะ (1997) พบเช่นกันว่าเด็กอเมริกันอายุ 5-14 ปี มีส่วนสูงเพิ่มขึ้น 1.6 ซม. ในช่วงเวลาเดียวกัน ยิ่งเด็กยากจนในเขตเมืองชั้นในและชนกลุ่มน้อยในประเทศอังกฤษจะยิ่งเห็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจชัดเจน คือมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นมากกว่า โดยพบว่าสูงขึ้น 1.5 ซม. ในช่วงเวลา 10 ปี (Chinn และคณะ, 1998) บทนี้จะวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของภาวะการเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา

การเติบโตของเด็กปฐมวัยใน 2 ทศวรรษ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีการจัดทำกราฟการเติบโตของเด็กปฐมวัยเป็นระยะ ในปี พ.ศ. 2516 เพ็ญศรี และคณะ (Khanjanasthiti et al, 1973) ได้ศึกษาการเติบโตของเด็กอายุแรกเกิด - 6 ปี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีที่ศูนย์บริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงเรียนอนุบาล 6 แห่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเด็กที่มาจากครอบครัวชั้นกลางและวิชาชีพ (professional) จำนวน 2,520 คน และในปี พ.ศ. 2520 จัดทำเป็นกราฟการเติบโตของเด็กอายุแรกเกิด - 6 ปี (Khanjanasthiti, 1977) ต่อมาในปี พ.ศ. 2519 บุรณะ และคณะ ได้ตีพิมพ์ส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กไทยอายุแรกเกิดถึง 19 ปี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กทั้งในเขตเมืองและชนบทของภาคกลาง (ชลบุรี สระบุรี ราชบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (นครราชสีมา ขอนแก่น) ภาคเหนือ (เชียงใหม่ นครสวรรค์) ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช สงขลา) และกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจรวมเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการด้วย ในปี พ.ศ. 2528-2529 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำกราฟน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทย โดยใช้ข้อมูลที่สุ่มจากเด็กทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อใช้ประโยชน์ในงานเฝ้าระวังทางโภชนาการและประเมินผลโครงการ ในปี พ.ศ. 2538 กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้จัดทำมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่นๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน - 19 ปี โดยใช้ข้อมูลที่คัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสได้เติบโตเต็มศักยภาพ เพื่อให้เป็นมาตรฐานกลางของประเทศไทย ในการนำเสนอภาพแนวโน้มการเติบโตของเด็กปฐมวัยไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากการศึกษาของเพ็ญศรี (Khanjanasthiti, 1977) และของกองโภชนาการ (2538) ซึ่งเป็นเด็กกลุ่มที่ได้เติบโตเต็มศักยภาพ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (NCHS) เมื่อปี ค.ศ. 1976 ดังรูปที่ 4.1 และรูปที่ 4.2



รูปที่ 4.1 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 50 ของน้ำหนัก ส่วนสูง ของเด็กหญิงอายุแรกเกิด - 5 ปี ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา เทียบกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (NCHS)



รูปที่ 4.2 เปอร์เซนต์ไคล์ที่ 50 ของน้ำหนัก ส่วนสูง ของเด็กชายอายุแรกเกิด - 5 ปี ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (NCHS)

การศึกษาการเติบโตของเด็กไทย 2 โครงการที่นำมาเปรียบเทียบในรูปที่ 4.1 และ 4.2 นั้นห่างกัน 23 ปี เป็นการศึกษาในเด็กปกติที่น่าจะได้รับการเลี้ยงดูจนสามารถเติบโตได้เต็มตามศักยภาพ เมื่อเปรียบเทียบกราฟของ เพ็ญศรี (Khanjanasthiti, 1977 ซึ่งได้จากการ smooth curve ของข้อมูลปี 1973) กับของกองโภชนาการ (2538) พบว่าในช่วง 23 ปี เด็กไทยมีน้ำหนักและความยาวที่แรกเกิดเกือบเท่าเดิม มีเฉพาะเด็กชายที่มีน้ำหนักแรกเกิดเพิ่มขึ้น 130 กรัม การเติบโตในช่วง 6 เดือนแรก กราฟของกองโภชนาการต่ำกว่าของเพ็ญศรีและคณะ โดยน้ำหนักต่ำกว่าเท่ากับ 0.4-0.5 กก. และความยาวต่ำกว่า เท่ากับ 0.5-2.5 ซม. แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1-6 เดือนที่นำมาทำกราฟอ้างอิงของกองโภชนาการในปี 2538 นี้ยังไม่ใช่กลุ่มที่เติบโตได้ตามศักยภาพทั้งหมด นอกจากนี้ข้อมูลของกองโภชนาการสำหรับช่วงอายุนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาล โดยไม่มีการควบคุมมาตรฐานอุปกรณ์และวิธีเก็บข้อมูล ในขณะที่ของเพ็ญศรีและคณะใช้ทีมเก็บข้อมูลชุดเดียว ซึ่งได้รับการฝึกการเก็บข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับเด็กกลุ่มอายุมากกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี กราฟของกองโภชนาการสูงกว่าของเพ็ญศรีและคณะ ที่อายุ 5 ขวบ เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.3 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 3 ซม. เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่ม 2.2 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 2.9 ซม.

เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเติบโตที่แนะนำให้ใช้โดยองค์การอนามัยโลก (NCHS) เด็กชายไทยในปี พ.ศ. 2538 มีน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับของ NCHS มีความยาวต่ำกว่าของ NCHS 0.5 ซม. เด็กหญิงไทยมีความยาวแรกเกิดเท่ากับของ NCHS แต่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าของ NCHS 0.1 กก. ในขวบปีแรก เด็กไทยมีน้ำหนักต่ำกว่าของ NCHS 0.5 - 0.6 กก. แต่มีส่วนสูงต่ำกว่าของ NCHS 0.9-2.5 ซม. ซึ่งน่าจะมีเหตุผลมาจากเด็กไทยกลุ่มตัวอย่างนี้ยังไม่ใช่กลุ่มที่ได้โตเต็มศักยภาพอย่างแท้จริง ดังจะเห็นได้จากกราฟของเพ็ญศรีและคณะ ที่เทียบเท่ากับของ NCHS ในช่วง 6 เดือนแรก และมีบางจุดอายุที่สูงกว่าของ NCHS ด้วยซ้ำ หลังจากอายุ 1 ขวบ เด็กหญิงไทยมีน้ำหนักใกล้เคียงกับเด็ก NCHS มาก โดยมีน้ำหนักน้อยกว่าของ NCHS เพียง 0.3 กก. แต่ยังมีส่วนสูงน้อยกว่าของ NCHS อยู่ 0.2-1.8 ซม. แล้วแต่จุดอายุ เด็กชายไทยยังมีน้ำหนักต่ำกว่าของ NCHS มากกว่าของเด็กหญิง คือต่ำกว่าของ NCHS 0.2-1 กก. และยังมีส่วนสูงต่ำกว่าของ NCHS อยู่ 0.1-1.9 ซม.

การที่พบว่า กราฟการเติบโตของเด็กไทยเริ่มเบนต่ำกว่าของกราฟ NCHS ส่วนหนึ่งอาจมาจากได้รับอาหารเสริมทั้งปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการต่ำกว่าเด็กกลุ่ม NCHS รวมทั้งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยที่สูงกว่า ดังที่ Dewey และคณะ (1992) พบว่า ในการติดตามจากแรกเกิดจนถึง 18 เดือน ทารกที่ได้รับนมแม่ในประเทศที่พัฒนาแล้วและได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีมีความยาวเท่าเทียมกับกราฟ NCHS ส่วนน้ำหนักจะเท่ากับ NCHS จนถึงอายุ 8-10 เดือน (ซึ่งอาจอธิบายว่ากราฟของ NCHS รวบรวมจากเด็กทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสมเป็นส่วนใหญ่ ไม่เหมาะสมกับทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่เป็นหลัก) อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลการเติบโตรวมจากประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป ทั้งทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่และที่เลี้ยงด้วยนมผสม พบว่ามีรูปแบบคล้ายกันคือ ในช่วง 3 เดือนแรก จะโตเร็วกว่าของ NCHS จนถึง 6 เดือนจะเริ่มตกลง ทำให้มีข้อสังเกตว่ากราฟของ NCHS ในช่วงทารก (12 เดือนแรก) อาจไม่สะท้อนการเติบโตของทารกทั่วไปได้ถูกต้อง ซึ่งอาจมาจากลักษณะเฉพาะของเด็กกลุ่มที่รวบรวมข้อมูลมาทำกราฟหรือเป็นผลจากวิธีการทำกราฟไม่เหมาะสม (Victoria et al, 1998)

โดยสรุปในช่วง 23 ปี เด็กปฐมวัยไทยมีแนวโน้มของการเติบโตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งด้านสุขภาพโดยรวมที่พัฒนาขึ้นมากในช่วงเวลาดังกล่าว

ปริมาณสารอาหารที่ได้รับ

ผลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538 (กรมอนามัย, 2542) แสดงว่า เด็กไทยก่อนวัยเรียนได้รับสารอาหารส่วนใหญ่พอเพียงกับปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน (เทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทยจัดทำโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2532) สารอาหารที่ได้รับต่ำกว่าร้อยละ 80 ของข้อกำหนดมีเพียงชนิดเดียวคือ แคลเซียม (ตารางที่ 4.1) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าปริมาณสารอาหารต่างๆ ที่บริโภคไม่แตกต่างกัน ยกเว้นแคลเซียมที่เด็กก่อนวัยเรียนในเขตเมืองได้รับสูงกว่า โดยปริมาณเฉลี่ยที่เด็กในเขตเมืองได้รับเท่ากับ 620.3 มก. (ร้อยละ 77.5 ของข้อกำหนดสารอาหารฯ) ในขณะที่เด็กในเขตชนบทได้รับ 493.5 มก. (ร้อยละ 61.7 ของข้อกำหนดสารอาหารฯ) แต่การจะอนุมานจากผลการศึกษาที่ว่า เด็กปฐมวัยไทยได้รับสารอาหารต่างๆ เพียงพอ และไม่น่าจะมีปัญหาขาดสารอาหารนั้น ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของการสำรวจการบริโภคอาหารที่ใช้การบันทึกปริมาณอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ซึ่งอาจไม่สะท้อนการบริโภคที่เป็นจริงและเป็นประจำได้ทั้งหมด หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ใหญ่พอ ทั้งนี้เป็นข้อจำกัดที่เป็นปกติของการสำรวจเช่นนี้ อีกประการหนึ่ง การสำรวจนี้แม้จะรวบรวมข้อมูลได้จากเด็ก 674 คน แต่ก็อาจมีเด็กค้อยโอกาส ได้แก่ เด็กยากจน เด็กที่อยู่ห่างไกล เป็นสัดส่วนที่น้อย การศึกษาเด็กกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ (จันทรเมืง และคณะ, 2536) พบว่า ร้อยละ 82-88 ได้รับพลังงานต่ำกว่า ร้อยละ 60 ของปริมาณที่ควรได้รับ (ใช้การสัมภาษณ์ และเทียบค่ากับข้อกำหนดสารอาหารฯ 2532) เกือบทั้งหมดได้รับอาหารไขมันต่ำกว่าร้อยละ 60 ของที่กำหนด และร้อยละ 60 ได้รับสารอาหารโปรตีนต่ำกว่าร้อยละ 80 ของที่กำหนด ทำให้สถานการณ์ของปัญหาขาดสารอาหารในเด็กปฐมวัย แม้จะดีขึ้นมากในภาพรวมแล้ว แต่ก็ยังพบปัญหานี้ได้ในบางพื้นที่และบางกลุ่มอายุ ดังจะกล่าวโดยละเอียดต่อไป

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เด็กปฐมวัยได้รับพลังงานจากอาหารมากขึ้น และบริโภคอาหารไขมันเป็นสัดส่วนที่มากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4.2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจการเติบโตของเด็กที่พบว่าเด็กไทยมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น และผลการสำรวจภาวะโภชนาการที่พบว่ามีความทุพโภชนาการลดน้อยลง มีภาวะโภชนาการเกินและเด็กอ้วนมากขึ้น

ตารางที่ 4.1 ปริมาณสารอาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนได้รับเฉลี่ยต่อคน ต่อวัน จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538

สารอาหาร	ปริมาณที่ได้รับ			ร้อยละของปริมาณ ที่ควรได้รับ*
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	มัธยฐาน	
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	1218.8	531.8	1121.5	98.2
โปรตีน (กรัม)	43.3	23.4	38.8	245.3
% ของพลังงานรวม	14.4	5.8	13.0	
โปรตีนสัตว์ (กรัม)	31.0	21.6	27.1	
% ของโปรตีนรวม	71.6			
ไขมัน (กรัม)	43.5	29.2	37.6	
% ของพลังงานรวม	30.8	12.0	31.0	
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	165.4	79.0	152.4	
% ของพลังงานรวม	54.5	12.3	54.5	
แคลเซียม (มก)	518.3	579.7	349.5	64.8
ฟอสฟอรัส (มก)	715.0	461.6	622.6	89.4
เหล็ก (มก)	9.5	8.8	7.1	94.5
วิตามิน เอ (อาร์อี)	555.7	747.0	375.0	141.9
ไรอะมิน (มก)	0.7	0.4	0.6	90.4
ไรโบฟลาวิน (มก)	0.9	0.9	0.7	113.3
ไนอาซิน (มก)	8.2	5.9	6.7	88.1
วิตามิน ซี (มก)	84.5	203.8	34.3	187.7

* เปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2532 จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.2 ปริมาณสารอาหารที่เด็กก่อนวัยเรียนได้รับเฉลี่ยต่อคน จากการศึกษาในช่วงพ.ศ. 2516-2538

	พื้นที่	อายุ (ปี)	จำนวน	พลังงาน		ร้อยละของพลังงานจาก		
				กิโล-แคลอรี	ร้อยละของปริมาณที่ควรได้รับ	โปรตีน	คาร์โบไฮเดรต	ไขมัน
สาคร และคณะ, 2516	อุบล	2-6	43	1053	81	11	84	4
2518			25	1022	85	12	79	10
สวนิต และคณะ, 2524	สงขลา	2-6	44	1027	66	15	68	17
มัชฌานา และคณะ, 2525 ¹	โครงการนางรอง	1-3	78	858	72	11	67	22
			55	909	59	11	68	21
กองโภชนาการ, 2538	ทั่วประเทศ	1-5	674 ²	1219	98.2	14	55	31

¹ อ้างถึงใน Kachondham et al, 1992 ² ในเขตเมือง 132 คน เขตชนบท 542 คน

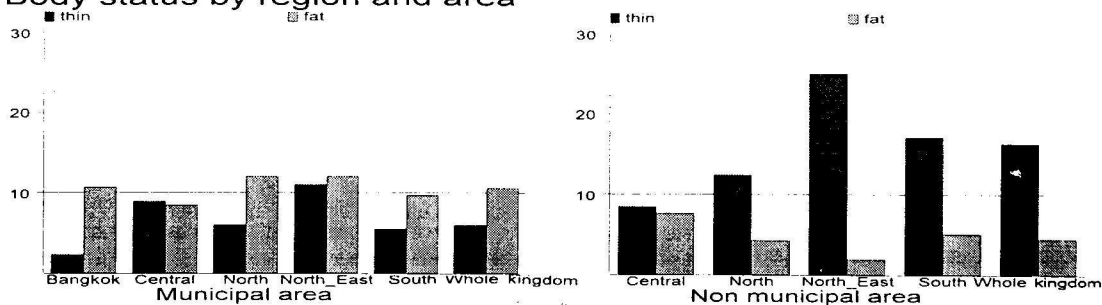
ภาวะโภชนาการ

การสำรวจภาวะโภชนาการได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี การสำรวจส่วนมากทำโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า ภาวะทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-4 ปี เป็นปัญหาสำคัญมากที่สุดและมีความรุนแรงสูง ในอดีต 20 กว่าปีก่อน การเฝ้าระวังในเรื่องทุพโภชนาการยังมีประสิทธิภาพไม่ดีพอ เด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงจะรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่ออาการดีขึ้นก็จะกลับบ้าน และเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม เด็กก็มีภาวะทุพโภชนาการอีกและจะกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลใหม่ เป็นเช่นนี้วนเวียนกันไป ในปี พ.ศ. 2511 โครงการเฝ้าระวังทางโภชนาการในชุมชนได้เริ่มดำเนินขึ้นโดยนายแพทย์อมร นนทสูต ได้ติดตามภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยการชั่งน้ำหนักตัวและเทียบกับมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กอเมริกัน (Boston standard) ต่อมาในปี พ.ศ. 2518 กองโภชนาการ กรมอนามัย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เริ่มจัดทำมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยจัดสร้างเป็นเส้นกราฟ เพื่อนำมาใช้เป็นมาตรฐานของเด็กไทยในการประเมินภาวะโภชนาการ ในปี พ.ศ. 2528-2529 กองโภชนาการได้สำรวจและจัดทำกราฟมาตรฐานของการเจริญเติบโตของเด็กไทยอีกครั้งโดยยึดแบบของ Gomez classification ซึ่งได้ใช้เป็นมาตรฐานของน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยมาจนถึงปัจจุบันนี้ ขณะนี้กองโภชนาการกำลังจัดทำมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่นๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน - 19 ปี ซึ่งเก็บข้อมูลเมื่อ พ.ศ. 2538 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงต่อไป

ระบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2525 ได้ทำการชั่งน้ำหนักเด็กกลุ่มเป้าหมายจากทุกหมู่บ้านทั่วประเทศทุก 3 เดือน โดยใช้กลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านนั้นๆ จะได้รับการมอบหมายให้ทำการนัดและชั่งน้ำหนักเด็กภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัยตำบล มีการจัดทำแบบฟอร์มรายงานและระบบการส่งรายงานจากหมู่บ้านจนถึงกองโภชนาการในส่วนกลางเพื่อติดตามสถานการณ์และการวางแผนในระดับประเทศ

การศึกษาภาวะโภชนาการมีอยู่มากทั้งในระดับประเทศและการศึกษาเฉพาะพื้นที่ การสำรวจภาวะโภชนาการระดับประเทศมี 3 โครงการ โครงการแรกเป็นการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 2534-2535 โดยการชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 2,125 ราย พบภาวะทุพโภชนาการระดับ 1, 2 และ 3 เท่ากับร้อยละ 19.4, 2.9 และ 2.3 พบภาวะทุพโภชนาการในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย และพบบ่อยในกลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขต (จันทร์เพ็ญ, 2539) โครงการที่สองทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2536 โดยกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำการสำรวจแบบตัดขวางทุกจังหวัด สุ่มตามขั้นตอนได้ทั้งสิ้น 235 หมู่บ้าน จำนวนประชากร อายุ 0-5 ปี ทั้งหมดจำนวน 11,773 คน ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้วนำมาเทียบกับมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 เมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักต่ออายุ ความสูงต่ออายุ และน้ำหนักต่อความสูง เป็นเกณฑ์ในการประเมิน พบความชุกของภาวะทุพโภชนาการโดยรวมร้อยละ 33.9, 21.5 และ 6.2 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดเป็นภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 คือ เมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักต่ออายุ พบความชุกของระดับ 1 ร้อยละ 30.09 ระดับ 2 ร้อยละ 3.84 และระดับ 3 ร้อยละ 0.12 ภาคที่มีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือและภาคใต้ ส่วนภาคกลางพบความชุกของภาวะทุพโภชนาการน้อยที่สุด พบเด็กอ้วนทั่วประเทศร้อยละ 3.6 โรคอ้วนพบมากที่สุดในภาคกลางร้อยละ 4.8 โดยเฉพาะในเขตอุตสาหกรรม รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 4.3 ช่วงอายุที่พบภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดคืออายุ 3-4 ปี และพบน้อยที่สุดในช่วงอายุ 0-1 ปี (วณิชชา, 2539) โครงการที่สาม เป็นการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539 (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนฯ, 2539) ทำการสุ่มหลายขั้นตอนให้ครอบคลุมทุกภาคและเขตการปกครอง สุ่มสำรวจเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี จำนวน 3,306 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-5 ปี (เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีเพียงร้อยละ 1.3) เมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักต่ออายุเทียบกับมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 พบว่า ความชุกของภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับร้อยละ 18.3, 2.0 และ 0.1 ตามลำดับ เมื่อใช้ดัชนีส่วนสูงต่ออายุ ความชุกของภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ ร้อยละ 9.4, 1.7 และ 0.7 ตามลำดับ และเมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักต่อส่วนสูง พบว่า เป็นเด็กผอมร้อยละ 14.6 และเป็นเด็กอ้วนร้อยละ 12.4 (นิตยา และคณะ, 2543) ผู้ทบทวนได้วิเคราะห์ภาวะโภชนาการของเด็กโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายเมื่อปี พ.ศ. 2539 นี้ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนฯ, 2539) โดยรวมเฉพาะเด็กอายุ 1-5 ปี จำนวน 3,298 คน ใช้มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของกองโภชนาการ กรมอนามัยที่จัดทำขึ้นล่าสุดในปี พ.ศ. 2538 ใช้น้ำหนักต่ออายุเป็นดัชนี ให้ค่าที่ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 3 ถือว่าผอม ส่วนค่าที่สูงกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 97 ถือว่าอ้วน ผลการวิเคราะห์พบว่ามีเด็กผอมร้อยละ 11.6 เด็กอ้วนร้อยละ 7.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีเด็กผอมมากที่สุดคือร้อยละ 20 และมีเด็กอ้วนต่ำที่สุดร้อยละ 5.6 ในขณะที่ภาคกลางเป็นภาคที่มีเด็กผอมน้อยที่สุด ร้อยละ 8.7 และมีเด็กอ้วนมากที่สุดร้อยละ 8 โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครพบเด็กผอมประมาณร้อยละ 3 เท่านั้น และมีเด็กอ้วนสูงถึงร้อยละ 10.7 เมื่อแยกเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่านอกเขตเทศบาลมีเด็กผอมมากกว่าในเขตเทศบาลอย่างชัดเจนในทุกภาค (รูปที่ 4.3)

% Body status by region and area



รูปที่ 4.8 ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยแยกตามรายภาคตามดัชนีน้ำหนักต่ออายุ (วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539)

การสำรวจภาวะโภชนาการระดับประเทศทั้ง 3 ครั้ง ดำเนินการในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ซึ่งกำหนดเป้าหมาย “ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ไม่เกินร้อยละ 1” การสำรวจทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งให้เห็นแนวโน้มว่า ภาวะขาดสารอาหารรุนแรงลดน้อยลงมากเหลือเพียงร้อยละ 0.1 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของแผนฯ 7 เนื่องจากอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 รวมกันแล้วยังเกินร้อยละ 1 แนวโน้มอีกประการหนึ่งให้เห็นชัดเจน คือ พบเด็กอ้วนมากขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2539 และแม้จะใช้เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงที่จัดทำล่าสุดในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งจัดทำจากฐานของเด็กที่เติบโตได้เต็มศักยภาพ ก็ยังพบว่ามีเด็กอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.3 การที่วิมุข (2539) พบว่ามีความชุกของเด็กอ้วน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงเป็นอันดับสองของประเทศ เป็นไปได้ว่าเป็นกลุ่มอ้วนเตี้ย เนื่องจากในการศึกษาเดียวกัน พบเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเตี้ยกว่าอายุ คือ มีภาวะทุพโภชนาการเมื่อใช้ดัชนีส่วนสูงต่ออายุสูงถึงร้อยละ 26.3

การศึกษาภาวะโภชนาการที่เป็นการศึกษาในระดับจังหวัด ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้ผลเช่นเดียวกันกับการสำรวจระดับประเทศ คือ เด็กปฐมวัยในกรุงเทพมหานครที่แม่จะอยู่ในชุมชนแออัดมีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็กที่อยู่ในจังหวัดอื่น การศึกษาทั้งหมดใช้มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของกองโภชนาการ กรมอนามัย ปี 2530 เป็นเกณฑ์ตัดสิน เด็กปฐมวัยในชนบทมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ร้อยละ 34 - 40.5 ระดับ 2 ร้อยละ 3.5-17 (ทัศนีย์, 2541; นันทิยา, 2540) เด็กในเขตเทศบาลของจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 และ 2 เท่ากับร้อยละ 34.5 และ 7.5 (นันทิยา, 2540) ในขณะที่เด็กในชุมชนแออัดคลองเตยพบภาวะทุพโภชนาการระดับ 1, 2 และ 3 เท่ากับร้อยละ 26, 4.5 และ 0.9 ตามลำดับ (Jongpipatvanich, 1992)

เด็กด้อยโอกาสมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเด็กทั่วไป จากการศึกษาเด็กลูกแรงงานย้ายถิ่นในเขตอุตสาหกรรมเมืองแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 255 คน โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 ยูคี (2536) พบว่าร้อยละ 32 มีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1 ร้อยละ 3 มีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 2 เด็กชาวเขากี่เช่นกัน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) สำรวจเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 2,581 คน พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1 ร้อยละ 30.3 ระดับที่ 2 ร้อยละ 8.4 และระดับที่ 3 ร้อยละ 2.2 การสำรวจเฉพาะชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ร้อยละ 25.4 และระดับ 2 ร้อยละ 3.1 (ไชยณรงค์, 2539)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ทุกการศึกษาพบตรงกันว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้แก่ ระดับการศึกษาของพ่อ-แม่ต่ำ รายได้ครอบครัวต่ำ น้ำหนักแรกเกิดน้อย ความพิการแต่กำเนิด การมีจำนวนบุตรมากกว่า 2 คน การเลี้ยงบุตรด้วยนมชั้นหวาน การไม่เคยได้รับวัคซีน เด็กเพศหญิง ประวัติการเจ็บป่วยบ่อย สิ่งแวดล้อมแออัดและไม่ถูกสุขลักษณะ (วิจิตร, 2534; พูนชัย, 2535; ปรีดา, 2539; วณิชชา, 2539; Jongpipatvanich, 1992) ซึ่งทั้งหมดสะท้อนให้เห็นถึงการเกิดทุพโภชนาการในครอบครัวที่ยากจน การศึกษาต่ำ ทำให้ขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง การเลี้ยงดูจึงเป็นไปในลักษณะการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษและตามความเชื่อต่างๆ ที่ถ่ายทอดกันมา

ภาวะทุพโภชนาการพบความชุกมากขึ้นในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี และพบน้อยในช่วงอายุ 0-1 ปี ลักษณะเช่นนี้พบได้ในทุกภาค สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อธิบายจากเด็กอายุ 0-1 ปี ได้รับนมเป็นอาหารหลักและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภาคที่มีอัตราการให้นมแม่มากที่สุดและเป็นระยะเวลาที่นานที่สุด ซึ่งนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนและความชุกของทุพโภชนาการเริ่มพบมากขึ้นในเด็กอายุ 1-2 ปี ซึ่งเป็นวัยที่หย่านมแล้วได้รับอาหารหลักเป็นข้าว 3 มื้อ ซึ่งขึ้นกับบริโภคนิสัยและลักษณะอาหารในแต่ละท้องถิ่น

การศึกษาถึงเจตคติ ความรู้ และการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยการสุ่มหลายขั้นตอนได้จำนวนประชากรศึกษา 460 คน จาก 27 หมู่บ้าน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง และการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง การปฏิบัติของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับโภชนาการของเด็ก (ทัศนีย์, 2541)

การศึกษาถึงบริโภคนิสัยกับภาวะโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์กัน การศึกษาใน 5 จังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ และชัยภูมิ โดยสอบถามถึงการเลือกบริโภคอาหาร ชนิดและปริมาณ วิธีการปฏิบัติ และความเชื่อเรื่องของการแสดง พบว่าบริโภคนิสัยของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตเทศบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมากเพียงร้อยละ 58.5 และนอกเขตเทศบาลเพียงร้อยละ 39.5 การดื่มนมทุกวันในเขตเทศบาลมีเพียงร้อยละ 51 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 30 และยังมีความเชื่อของการงดของแสดงในขณะที่เจ็บป่วย (นันทิยา, 2532)

การแก้ไขปัญหาค่าทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการสามารถแก้ไขได้โดยการให้อาหารเสริมพลังงาน ซึ่งมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีภาวะทุพโภชนาการสูง (บรรจง, 2534; สุวิมล, 2534) การจัดตั้งกรรมการในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในชุมชนกันเอง มีการให้ความรู้แก่ชุมชนโดยการสาธิต การทำอาหารเสริม การจำหน่ายนม ไข่ ในราคาถูก การให้โภชนศึกษาและการจัดประกวดสุขภาพ ความร่วมมือเหล่านี้ทำให้ความชุกของภาวะทุพโภชนาการลดลงได้ (ปรีดา, 2540)

ในการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทเป็นอย่างมากในการป้องกันโดยการช่วยเหลือในเรื่องการให้คำแนะนำการให้อาหาร และการเลี้ยงดูเด็ก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานและการติดตาม (จินตนา, 2534) อย่างไรก็ตาม ปัญหาของภาวะทุพโภชนาการรวมทั้งอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ก็มีมากมาย ทั้งในเรื่องปัญหาของตัวเองเด็กเอง มีโรคประจำตัว เป็นเด็กกินยาก ปัญหาครอบครัวโดยเฉพาะความยากจน ขาดความรู้ ขาดความร่วมมือ โดยให้ความสำคัญเรื่องรายได้ครอบครัวมากกว่าเรื่องของภาวะโภชนาการของเด็ก ปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ

ทำงานในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก การย้ายที่อยู่บ่อยทำให้ยากต่อการติดตาม ปริมาณงานที่ต้องทำมีมาก งบประมาณไม่พอ เจ้าหน้าที่เองไม่เข้าใจระบบการติดตามและไม่เห็นความสำคัญ นโยบายและแผนงานไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง การประสานงานมีน้อย แนวปฏิบัติไม่ครอบคลุม (พัชรณี, 2535) นอกจากนี้ อัตราการครอบคลุมเด็กของการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการโดยเจ้าหน้าที่ต่ำกว่าที่รายงานจริง เมื่อสุ่มสำรวจพบว่า สามารถครอบคลุมซังน้ำหนักเด็กได้ร้อยละ 74.3 ในขณะที่จากรายงาน ภ 102/1 รายงานว่าครอบคลุมได้ถึงร้อยละ 90.4 การสุ่มสำรวจยังพบจำนวนเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 สูงกว่าระบบรายงานถึง 3 เท่า (วนิษา, 2539)

สรุป

ไม่ว่าจะใช้วิธีการจำแนกภาวะโภชนาการโดยวิธีของ Gomez หรือใช้ค่าเปอร์เซนไทล์เป็นเกณฑ์ตัดสินภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของปัญหาทุพโภชนาการมากที่สุด รายงานภาวะทุพโภชนาการที่มีแนวโน้มพบน้อยลง แม้ว่าในรายงานเกือบทั้งหมดใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักและส่วนสูงที่จัดทำมา 10 ปีแล้วแต่ก็สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงล่าสุดที่จัดทำในปี พ.ศ. 2538 แสดงถึงแนวโน้มในภาพรวมของประเทศที่เด็กปฐมวัยไทยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น และส่วนหนึ่งโดยเฉพาะในเขตเมือง เริ่มพบปัญหาโรคอ้วนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาขาดสารอาหารยังพบได้ในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ได้แก่ เด็กยากจน เด็กลูกกรรมกรที่ต้องย้ายถิ่นตามพ่อแม่ และเด็กชาวเขาเป็นต้น ซึ่งควรมีการแก้ปัญหาที่จัดการกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

การใช้กราฟการเติบโตที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นของกองโภชนาการหรือของ NCHS ในการประเมินภาวะโภชนาการอาจทำให้สรุปผลคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากกราฟเหล่านี้ได้จากทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสมเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาการเติบโตของทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์และเติบโตดี มีอัตราการเติบโตทั้งน้ำหนักและความยาวเหมือนกับทารกที่ได้รับนมผสมในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นจะมีอัตราการเติบโตที่ต่ำกว่า (Dewey KG, 1998) การใช้กราฟมาตรฐานการเติบโตของ NCHS ประเมินภาวะโภชนาการของทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่จึงไม่เหมาะสม กราฟการเติบโตของกองโภชนาการชุดใหม่ (2538) ก็จัดอยู่ในข่ายเดียวกัน องค์การอนามัยโลกกำลังจัดทำกราฟมาตรฐานการเติบโตของทารก 12 เดือนแรกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ สำหรับเกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการควรใช้กราฟเปอร์เซนไทล์ที่ 50 ± 2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับสากลได้ นอกจากนี้ระบบเฝ้าระวังปัญหาทุพโภชนาการควรปรับใช้การสุ่มสำรวจเป็นระยะ ซึ่งได้ค่าที่เชื่อถือได้ดีกว่าการรายงาน ทำให้สามารถประเมินผลโครงการต่างๆ ของรัฐและวางแผนได้ถูกต้อง

ปัญหาทุพโภชนาการเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญคือ ความยากจน ขาดความรู้เรื่องโภชนาการรวมทั้งทัศนคติและความเชื่อต่างๆ ทั้งหมดนี้เกี่ยวโยงต่อเนื่องกัน โดยเฉพาะประชากรในชนบท การขาดความรู้ มีผลต่อการประกอบอาชีพ การที่ครอบครัวมีรายได้น้อย และขาดแรงจูงใจที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ทำให้เด็กขาดโอกาสของการเรียน ขาดโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่มีรายได้เพิ่มขึ้น ความยากจนและความไม่รู้จึงยังเกิดขึ้นซ้ำซากเป็นวัฏจักร เมื่อขาดความรู้ ถึงแม้จะมีเจตคติดีเพียงไรก็ยังขาดแรงจูงใจ รวมทั้งขาดประสบการณ์ในหลายๆ ด้าน การแก้ไขทั้งในเรื่องการส่งเสริมรายได้ และการส่งเสริมการเรียนรู้จะเป็นหนทางหนึ่งของการแก้ไขปัญหาซึ่งควรทำอย่างรีบด่วน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนซึ่งต้องอาศัยเวลาในการเปลี่ยนแปลงชุมชนให้ดีขึ้น ประชากรในชุมชนมีบทบาทอย่างมากในเรื่องของความคืบหน้าของการดำเนินงาน รัฐบาลควรเป็นแกนหลักในเรื่องของการ

ส่งเสริมและการให้งบประมาณ ส่วนการดำเนินการน่าจะเป็นของชุมชนที่จะต้องช่วยกันแก้ไขและดูแลซึ่งกันและกัน โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ

ภาวะขาดวิตามิน เอ

วิตามิน เอ มีหน้าที่สำคัญต่อระบบการมองเห็น การเจริญเติบโตของร่างกายและเซลล์เยื่อต่างๆ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันโรค เด็กที่ขาดวิตามิน เอ จะมีอาการผิดปกติของตา และตาบอดในที่สุด มีการเติบโตของร่างกายผิดปกติ และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารได้ง่าย

ในปี พ.ศ. 2503 ได้มีการสำรวจอาหารและโภชนาการในประเทศไทยเป็นครั้งแรก โดย Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense (ICNND, 1962) ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรไทยได้รับวิตามิน เอ จากอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ และพบเด็กทารกและก่อนวัยเรียนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะขาดวิตามิน เอ การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงมีอาการทางตาจากการขาดวิตามิน เอ ร่วมด้วย และประมาณร้อยละ 10 มีภาวะ keratomalacia (Smith et al, 1975) จึงได้มีการกำหนดปัญหาขาดวิตามิน เอ ไว้ในแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2519-2529 มีการสำรวจอาการทางคลินิกของภาวะขาดวิตามิน เอ ในชุมชนหลายแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์มารดา พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 1-1.7 มีอาการตาบอดกลางคืน ร้อยละ 0.3 มีเกสิดกระดี่ที่ตา (Bitot's spot) เมื่อสำรวจซ้ำในปี พ.ศ.2530 ในพื้นที่เดียวกัน พบว่าภาวะขาดวิตามิน เอ ลดลงเหลือร้อยละ 1.3 (Dhanamitta et al, 1987) การสำรวจภาวะโภชนาการโดยการตรวจร่างกายของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ.2538 ก็ยืนยันว่า ไม่พบอาการแสดงของการขาดวิตามิน เอ จากการตรวจร่างกายในเด็กอายุ 0-6 ปีเลย (กรมอนามัย, 2542)

เมื่อศึกษาโดยวิธีตรวจทางชีวเคมี วัดความเข้มข้นของระดับวิตามิน เอ ในซีรัม ซึ่งเป็นการตรวจวินิจฉัยภาวะการขาดวิตามินในร่างกายก่อนจะแสดงออกทางตา พบอัตราการขาดวิตามิน เอ สูงกว่าการตรวจอาการทางคลินิกหลายเท่า การศึกษาที่จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ.2528 ตรวจเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 537 คน พบว่าร้อยละ 12.7 มีระดับวิตามิน เอ ในซีรัมต่ำ (Bloem, 1988) ในปี พ.ศ.2533 กองโภชนาการ ได้ทำการสำรวจเด็กก่อนวัยเรียน (2-6 ปี) ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 996 ราย (แสงโสม และคณะ, 2536; Wanaratana et al, 1997) พบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของเด็กเหล่านี้มีภาวะขาดวิตามิน เอ โดยไม่มีการแสดงทางคลินิก (Subclinical vitamin A deficiency) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ภาวะขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สํารวจ
ปี พ.ศ. 2533

	ช่วงฤดูร้อน (ก.พ.-มี.ค.)	ช่วงฤดูฝน (ก.ย.-ต.ค.)
อาการทางคลินิก		
ตาบอดกลางคืน (%)	3.1	2.2
ภาวะขาดวิตามิน เอ จากการตรวจทางคลินิก	1	0.6
การตรวจทางชีวเคมี		
ระดับซีรั่มเรตินอล (มกก/คค.)	28.9 ± 9.9	36.9 ± 14.9
ระดับซีรั่มเรตินอล ^(ก)		
< 20 มกก/คค. (%)	14.2	5.6
< 10 มกก/คค. (%)	0.6	0.6
RDR ^(ข) > 20% (%)	20(14-43) ^(ง)	
การตรวจ CIC ^(ค)		
ภาวะขาดวิตามิน เอ (%)	18(8-25) ^(ง)	

(ก) ระดับซีรั่มเรตินอล - น้อยกว่า 20 มกก/คค. = ต่ำ, น้อยกว่า 10 มกก/คค. = ขาด

(ข) RDR = Relative dose response เป็นการประเมินระดับวิตามิน เอ ที่สะสมในตับ ค่าที่สูงกว่า 20% แสดงว่ามีภาวะ marginal vitamin A deficiency

(ค) CIC = Conjunctival impression cytology เป็นการตรวจความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุตาขาวที่เป็นผลจากการขาดวิตามิน เอ

(ง) มี 1 พื้นที่คือจังหวัดพิษณุโลก ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ RDR และ CIC

นอกจากพบปัญหาขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ.2533 มีรายงานผู้ป่วยเด็กอายุ 3-15 เดือน จากโรงพยาบาลยะลา ที่มีอาการขาดวิตามิน เอ อย่างรุนแรง จำนวน 31 คน กองโภชนาการ กรมอนามัย (2538) จึงได้มีการสำรวจหาอัตราความชุกของปัญหานี้ใน 5 จังหวัดภาคใต้ ตอนล่าง (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี สตูล และสงขลา) พบว่า มีเด็กที่มีอาการทางตารุนแรง มีกระจกตาขุ่นเหลว (keratomalacia) 2 ราย ร้อยละ 11 มีระดับซีรั่มเรตินอลต่ำกว่า 20 มกก/คค. ร้อยละ 56 มีระดับวิตามิน เอ สะสมอยู่ในตับต่ำ และร้อยละ 8 มีความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุตาขาว ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามิน เอ ได้แก่ ความยากจน โรคท้องร่วง และโรกระบบทางเดินหายใจส่วนต้นและภาวะทุพโภชนาการชนิด stunting พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงเรียงตามลำดับคือ ปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล หลังจากกองโภชนาการดำเนินการให้วิตามิน เอ เสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน 5 จังหวัดดังกล่าว จากรายงานการเฝ้าระวังการขาดวิตามิน เอ ของกองโภชนาการในปี พ.ศ.2538 ในพื้นที่ดังกล่าว

ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่แสดงอาการทางตา และสามารถให้ยาวิตามิน เอ ครอบคลุมเด็กได้มากกว่าร้อยละ 90 (สำนักนโยบายและแผนฯ, 2539)

ตารางที่ 4.4 การสำรวจภาวะขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

	ร้อยละ
อาการตาบอดกลางคืน	0.4-1.1
การตรวจทางคลินิก	
แผลเป็นที่กระจกตา	0.87
กระจกตาอ่อนนุ่ม	0.43
การตรวจทางชีวเคมี ^(ก)	
ระดับซีรั่มเรตินอล < 20 มกค/คค	11
ระดับซีรั่มเรตินอล < 10 มกค/คค.	0.5
ระดับวิตามิน เอ สะสมในระดับต่ำ ^(ข)	55.9
การตรวจทางเซลล์วิทยา	
ผิดปกติและน่าจะผิดปกติ	8

(ก) ตรวจซีรั่มเรตินอล 373 คน

(ข) ตรวจวัดโดยวิธี modified relative dose response จำนวน 51 คน

สรุปได้ว่า ในปัจจุบันไม่พบปัญหาขาดวิตามิน เอ อย่างรุนแรงในประเทศไทย แต่เด็กก่อนวัยเรียนบางกลุ่ม ได้แก่ เด็กที่อยู่ห่างไกล เด็กจากครอบครัวที่ยากจน เป็นต้น ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดวิตามิน เอ เนื่องจากตรวจพบว่าไม่มีวิตามิน เอ สะสมอยู่ในระดับน้อย มีภาวะขาดวิตามิน เอ ชนิดไม่แสดงอาการ จึงยังต้องดำเนินการโครงการโภชนาการสำหรับกลุ่มเสี่ยงนี้เพื่อป้องกันไม่ให้มีการขาดวิตามิน เอ อย่างรุนแรงเกิดขึ้น

ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก

เหล็กเป็นธาตุที่สำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง การขาดเหล็กจนโลหิตจางทำให้เด็กมีการเติบโตช้า มีภูมิคุ้มกันต่ำ เชื้อโรคติดเชื้อ พัฒนาการ และการเรียนรู้ด้อยกว่าเด็กไม่มีโลหิตจาง ภาวะโลหิตจางในประเทศไทยมีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดเหล็กเนื่องจากบริโภคไม่พอเพียงกับความต้องการ การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538 (กรมอนามัย, 2542) แสดงว่า เด็กไทยก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี ได้รับเหล็กจากอาหารเฉลี่ย 9.5 (± 8.8) มก.ต่อวัน เท่ากับร้อยละ 94.5 ของปริมาณที่ควรได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2532 โดยเด็กจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับต่ำสุดเท่ากับร้อยละ 86.7 ของปริมาณที่ควรได้รับ ซึ่งหากปรับค่าด้วยปริมาณเหล็กที่ร่างกายสามารถนำไปใช้ได้ (bioavailability) แล้ว ปริมาณเหล็กที่ได้รับจริงอาจน้อยกว่านี้

การสำรวจความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กกลุ่มก่อนวัยเรียนทำครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2534 โดยการสุ่มสำรวจเด็ก 0-6 ปี ทุกเขต เขตละ 1 จังหวัด รวม 9 จังหวัด จำนวน 1,195 คน พบว่า ร้อยละ 15 มีภาวะโลหิตจาง โดยมีความชุกตามรายภาคเรียงลำดับดังนี้ ภาคใต้ ร้อยละ 21.7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 14.2 ภาคเหนือ ร้อยละ 13.9 ภาคกลาง ร้อยละ 12.9 และภาคตะวันออก ร้อยละ 11.9 (กลุ่มงานควบคุมและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ, 2539)

การสำรวจภาวะโภชนาการของประชากรไทย ในปี พ.ศ.2538 (กรมอนามัย, 2542) ทำการตรวจเลือดเด็กก่อนวัยเรียนได้ 3,377 คน (จาก 5,136 คน) พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางโดยใช้ค่าฮีมาโตคริตเป็นเกณฑ์ (องค์การอนามัยโลก กำหนดที่ร้อยละ 33) เท่ากับ ร้อยละ 15.7 ใกล้เคียงกับการสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2534 แต่เมื่อใช้ค่าฮีโมโกลบินเป็นดัชนีชี้วัด และใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (11 กรัม/ดล.) ได้ความชุกเท่ากับร้อยละ 25.2 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงสุด เท่ากับร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 4.5) สอดคล้องกับผลการสำรวจการบริโภคอาหารที่พบว่าได้รับธาตุเหล็กจากอาหารต่ำกว่าภาคอื่น

ตารางที่ 4.5 ความชุกของภาวะโลหิตจางของเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538

	ความชุกของภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ)	
	ใช้เกณฑ์ฮีโมโกลบิน	ใช้เกณฑ์ฮีมาโตคริต
รวม	25.2	15.7
ภาคกลาง	19.6	13.6
ภาคเหนือ	20.0	10.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29.2	17.2
ภาคใต้	25.9	19.5

นอกจากนี้ การศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2542 พบว่าทารกอายุ 4-6 เดือน มีภาวะโลหิตจางสูงมากถึงร้อยละ 73.1 แม้เมื่อตัดกลุ่มที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินซึ่งพบร้อยละ 40 แล้ว ทารกที่โลหิตจางยังสูงมาก ทั้งที่ทารกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93) ได้นมมารดา เป็นเพราะได้รับเหล็กจากอาหารเสริมน้อย ทำให้ได้รับธาตุเหล็กเพียงครึ่งเดียวของที่ต้องการ (0.4 มก./วัน) (Maw, 1999) การศึกษาวิจัยทารกที่โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลายรายงานชี้ว่า ทารกเหล่านี้มีคะแนนพัฒนาการ วัดโดยใช้ Bayley Scales of Infant Development ต่ำกว่าทารกที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 6-14 จุด (Walter et al, 1983; Lozoff et al, 1988; Walter et al, 1989) การที่หนึ่งในสี่ของเด็กก่อนวัยเรียนไทยยังมีภาวะโลหิตจางสูง และมีปัญหาในอายุน้อย เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน เพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการที่อาจไม่สามารถกลับคืนมาดังเดิม แม้ว่าจะได้รับการบำบัดจนหายดีแล้ว (Lozoff et al, 1991)

การแก้ไขภาวะโลหิตจางสามารถกระทำได้โดยการให้เหล็กรักษาโดยตรง การเสริมเหล็กในอาหาร การให้โภชนศึกษาเพื่อปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร อย่างไรก็ตามในพื้นที่ที่มีความชุกของโลหิตจางสูง แนะนำให้รักษาด้วยเหล็ก ซึ่งเป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาได้เร็วที่สุด การศึกษาจากประเทศอินโดนีเซีย โดยให้เหล็กขนาด 3 มก./กก./วัน

เป็นเวลา 4 เดือน แก่เด็กอายุ 12-18 เดือน สามารถเพิ่มฮีโมโกลบินได้ 3.37 ก./ดล. (Idjradinata and Pollitt, 1993) เนื่องจาก compliance ของการให้เหล็กทุกวันต่ำ และการดูดซึมเหล็กจากโพรงลำไส้ขึ้นอยู่กับภาวะเหล็กที่สะสมในเซลล์บุผนังลำไส้ จึงมีผู้ศึกษาการให้เหล็กแบบ intermittent ในผู้ใหญ่ พบว่าได้ผลในการแก้ไขและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กไม่ต่างจากการได้เหล็กทุกวัน Maw (1999) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการให้เหล็ก 10 มก. ทุกวันกับให้เหล็ก 15 มก. สัปดาห์ละครั้งแก่ทารกอายุ 4-6 เดือน ที่ จ.อุบลราชธานี พบว่ากลุ่มได้เหล็กสัปดาห์ละครั้งมีระดับฮีโมโกลบินที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มได้เหล็กทุกวันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขนาดของเหล็กที่ให้ในกลุ่มสัปดาห์ละครั้งยังต่ำไป (เป็นข้อจำกัดของชนิดของ medicinal iron สำหรับทารกที่ไม่สามารถให้สูงกว่านี้ในแต่ละครั้งได้ เพราะทารกจะไม่ยอมรับยา) อาจต้องให้เป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่ฮีโมโกลบินผิดปกติก็ตอบสนองดีต่อการให้เหล็กเช่นกัน อย่างไรก็ตาม มีข้อน่าสนใจว่าการเติบโตของกลุ่มที่ได้เหล็กทุกวันต่ำกว่ากลุ่มได้เหล็กสัปดาห์ละครั้งอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะทารกเหล่านี้มักขาดสารอาหารหลายชนิดเมื่อเสริมสารอาหารเพียงอย่างเดียวอาจรบกวนสารอาหารชนิดอื่น ทำให้มีผลเสียต่อการเติบโตโดยรวมได้ ในกรณีของเหล็กอาจรบกวนการดูดซึมของสังกะสีเป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาการเสริมสารอาหารจึงต้องพิจารณาโดยรอบคอบและอาจต้องพิจารณาเสริมสารอาหารที่สำคัญให้ครบถ้วน มิใช่เสริมเพียงชนิดเดียว

ภาวะขาดสารไอโอดีน

เมื่อร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่พอกับความต้องการของร่างกาย จะมีผลต่อการสร้าง thyroxine ทำให้เกิดการเสียสมดุลในการควบคุมการทำงานของต่อมธัยรอยด์ ทำให้มีความเจริญทางสมอง สติปัญญา และร่างกายช้า เกิดคอพอก และปัญญาอ่อน หากมีการขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงตั้งแต่เป็นทารกอยู่ในครรภ์จะก่อให้เกิดความพิการทางประสาทอย่างถาวร ที่เรียกว่า endemic cretinism หรือโรคเอ๋ ผู้ป่วยจะมีสติปัญญาต่ำ เป็นใบ้ รูปร่างเตี้ยแคระแกรน ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติจนบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ปัญหาขาดสารไอโอดีนจึงมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง

ปัญหาขาดสารไอโอดีนพบในชุมชนที่อยู่ห่างไกลแหล่งอาหารที่มีไอโอดีนสูง (อาหารทะเล) พบปัญหานี้มากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ การสำรวจส่วนใหญ่เน้นที่กลุ่มเด็กวัยเรียน มีการสำรวจในกลุ่มเด็กปฐมวัยน้อยมากเพียง 2 รายงาน รายงานแรกเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่เสี่ยงโดยจันทร์เมื่อด และคณะ (2536) ทำการศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2-6 ปี) ชาวเขาและชาวพื้นราบ ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยการตรวจทางคลินิกค่าขนาดของต่อมธัยรอยด์ ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ พบว่าร้อยละ 19 (37 คน จากทั้งหมด 196 คน) มีภาวะคอพอก ร้อยละ 20-80 มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 50 ไมโครกรัม/ลิตร โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเด็กชาวเขาและชาวพื้นราบ อีกรายงานเป็นการสำรวจในปี พ.ศ.2538 (กรมอนามัย, 2542) โดยการตรวจร่างกายเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 4,067 คน พบว่า ร้อยละ 1.97 มีภาวะคอพอก โดยพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.99 (เกรด 1 A ร้อยละ 2.39 เกรด 1 B ร้อยละ 0.6) และภาคใต้ ร้อยละ 4.14 (เป็นเกรด 1 A ทั้งหมด) ไม่พบเลยที่ภาคกลางและภาคเหนือ

การวินิจฉัยภาวะขาดสารไอโอดีนโดยการตรวจค่าคอไอนั้นต้องอาศัยความชำนาญมาก โดยเฉพาะถ้าขนาดของต่อมธัยรอยด์มีขนาดโตไม่มาก เช่น ขนาดเกรด 1 จะมีความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้ตรวจได้สูงถึงร้อยละ 30 จึงมีผู้แนะนำให้วิธีวัดปริมาณของต่อมธัยรอยด์โดยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งมีความแม่นยำ และทำได้ง่ายมาใช้แทน

(รัชตะ, 2539) ดังนั้น จึงควรมีการตรวจด้วยวิธีที่แม่นยำสูง เพื่อยืนยันผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2538 ข้างต้น ที่พบความชุกของคอปอกในเด็กปฐมวัยสูงสุดที่ภาคใต้ และไม่พบเลยที่ภาคเหนือ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของจันทร์เม็ดยะ และคณะ (2536) ซึ่งได้ตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะร่วมด้วย บ่งชี้ว่า เด็กปฐมวัยบริโภคไอโอดีนไม่เพียงพอ และเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมาก การให้ไอโอดีนเสริมแก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ไม่สามารถคุ้มครองเด็กจนถึงก่อนวัยเรียน และการส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนแก่ครัวเรือนไม่สามารถป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในเด็กวัยนี้ได้ อีกทั้งแผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2538-2544 ที่ใช้การลดอัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5 เป็นเป้าหมาย โดยเน้นการเสริมไอโอดีนในน้ำดื่ม และการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นหลัก ให้ยาเม็ดไอโอดีนเฉพาะในพื้นที่ทุรกันดาร อาจไม่ครอบคลุมเด็กกลุ่มปฐมวัย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการเฝ้าระวังและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นช่วงที่เซลล์สมองมีการแบ่งตัวสูง และมีการเพิ่มของไซประสาทเพื่อเชื่อมต่อเซลล์สมองสูงสุด เพื่อป้องกันผลเสียต่อการพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ อันเป็นฐานรากที่สำคัญสำหรับความสามารถในการเรียนของวัยต่อไป หากจะรอจนถึงวัยเรียน ก็จะไม่สามารถแก้ไขกลับคืนตามศักยภาพเดิมได้

เกลือเสริมไอโอดีนได้ถูกเลือกให้เป็นมาตรการหลักในการแก้ปัญหาขาดสารไอโอดีน การศึกษาที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน อุดรดิตต์และตาก พบว่า วิธีนี้เป็นที่ยอมรับมากกว่าการเสริมสารไอโอดีนในน้ำดื่มและยาเม็ดไอโอดีน (Wanarat et al, 1993) อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ก็ยังมีจุดอ่อน เนื่องจาก การปรุงอาหารของคนไทยใช้แหล่งของความเค็มอื่นด้วย เช่น น้ำปลา อีกทั้งความร้อนจากการหุงต้มยังทำให้ไอโอดีนระเหยไปบางส่วน จึงมีข้อเสนอให้ผลักดันให้มี universal salt iodization คือ เกลือที่คนบริโภค เกลือสำหรับปศุสัตว์และอุตสาหกรรมอาหารต้องเป็นเกลือไอโอดีนทั้งหมด พร้อมทั้งจัดตั้งโรงงานผลิตเกลือไอโอดีนขนาดใหญ่ที่มีกำลังผลิตสูงเพียง 2-3 แห่ง เพื่อให้มีการควบคุมคุณภาพได้และมีเกลือเพียงพอสำหรับการใช้ทุกประเภทดังกล่าว (รัชตะ, 2539)

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านวิจัย

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เด็กปฐมวัยไทยที่ได้รับการเลี้ยงดูให้เติบโตได้ตามศักยภาพ มีแนวโน้มการเจริญเติบโตดีขึ้น ใกล้เคียงกับการเติบโตของเด็กในประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัญหาทุพโภชนาการจากการขาดพลังงานและโปรตีนมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบความแตกต่างระหว่างภาค โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาโภชนาการที่สำคัญมากและควรได้รับการแก้ไขเร่งด่วน คือปัญหาโลหิตจางจากการขาดเหล็ก ที่พบสูงตั้งแต่ในวัยทารก เนื่องจากการที่โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ยังปฐมวัย อาจมีผลเสียอย่างถาวรต่อการพัฒนาการ สติปัญญาและการเรียนรู้ในวัยต่อมาได้ พบแนวโน้มบริโภคอาหารไขมันเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาที่จะพบมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มเด็กในเขตเมืองที่มีกำลังบริโภคสูง การที่เด็กปฐมวัยยังได้รับแคลเซียมจากอาหารต่ำ ชี้ว่าโรคกระดูกพรุนจะยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีแคลเซียมสะสมในกระดูกไม่เพียงพอในวัยเด็ก จากการทบทวนรายงานการศึกษาและการวิจัยต่าง ๆ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- ควรปรับนโยบายด้านโภชนาการจากการทำโครงการแบบเดียวกันทุกเขตทุกพื้นที่ เป็นการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ โดยให้ผู้รับผิดชอบมีอิสระในการจัดทำแผนของตนเอง ซึ่งจะทำให้การใช้ทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพ แก้ไขและป้องกันปัญหาได้ถูกต้อง

- ด้วยความรวดเร็วของข้อมูลข่าวสารที่ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ควรมีระบบเตือนภัยถึงปัญหาโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นจากข้อมูล/โฆษณาที่ผ่านทางสื่อเหล่านี้ เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องกับผู้บริโภค เป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา

- ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ควรสนับสนุนการทำวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบของการเสริมธาตุเหล็กและธาตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (trace element) สำหรับทารก ที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง

- จัดทำโครงการแก้ปัญหาขาดไอโอดีนในเด็กปฐมวัยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง อาจต้องพิจารณาให้ไอโอดีนเสริมแก่เด็กกลุ่มเสี่ยงโดยตรง

- จัดทำกราฟมาตรฐานการเติบโตของประชากรไทย อายุ 0-19 ปี ที่สามารถใช้ในการเฝ้าระวังทั้งปัญหาขาดอาหารและปัญหาโรคอ้วน รวมทั้งจัดทำกราฟที่สามารถนำไปใช้ในทางคลินิก เพื่อให้เป็นกราฟการเติบโตของเด็กไทยที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ

- นโยบายด้านโภชนาการควรทำในเชิงรุก โดยคาดการณ์จากแนวโน้มแบบแผนบริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนไป โรคทางโภชนาการที่น่าจะเป็นปัญหาในทศวรรษหน้า คือปัญหาโรคอ้วน แม้ในปัจจุบันการศึกษาต่างๆ จะชี้ว่าเป็นปัญหาของเด็กโตและผู้ใหญ่ แต่ด้วยรูปแบบการบริโภคในปัจจุบันจะพบปัญหานี้สูงขึ้นในเด็กปฐมวัย โดยเริ่มจากเขตเมืองก่อน

- ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อให้มีความหนาแน่นของกระดูกเต็มที่ ป้องกันภาวะกระดูกพรุนเมื่อสูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านวิจัย

- ศึกษาการวางระบบการเตือนภัยปัญหาอาหารและโภชนาการของประเทศ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย

- ศึกษารูปแบบการเสริมธาตุเหล็ก พร้อม trace element อื่นในการแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย

- วิจัยรูปแบบการเฝ้าระวังและการแก้ปัญหาขาดไอโอดีนในเด็กปฐมวัย

- ศึกษารูปแบบการป้องกันปัญหาโรคอ้วนในเด็กปฐมวัย

- พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับเด็กปฐมวัย จากผลผลิตในประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการบริโภคของคนไทยในอนาคต และใช้เป็น vehicle เพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการที่สำคัญ อันได้แก่ ปัญหาขาดพลังงาน ปัญหาโลหิตจางจากการขาดเหล็ก ปัญหาขาดไอโอดีน ปัญหาการขาดวิตามิน เอ โดยคำนึงถึงการป้องกันปัญหาโรคอ้วนด้วย

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย.

ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมลูก

การสุ่มตัวอย่าง : ใช้วิธี stratified multistage cluster sampling จากระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

ระดับตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชนอาคาร และระดับครัวเรือน โดยเน้นบ้านที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี

กลุ่มตัวอย่าง : 10 จังหวัด จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคอื่นภาคละ 2 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) จังหวัดละ 392 ครัวเรือน จากเขตชนบท 312 ครัวเรือน เขตเมือง 80 ครัวเรือนทั้งสิ้น 4,074 ครัวเรือน 20,879 คน เป็นเด็ก 0-5 ปี 5,136 คน

ระยะเวลาที่สำรวจ พฤษภาคม-มิถุนายน 2538

เครื่องมือวิจัย

1. การตรวจทางคลินิก
2. การบริโภคอาหารในระดับครอบครัว ใช้วิธีชั่งอาหารที่บริโภคใน 1 วัน
3. การบริโภคอาหารในระดับบุคคล ใช้วิธีการบันทึกอาหารที่บริโภค 1 วัน
4. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
5. การสำรวจทางชีวเคมี เจาะเลือดตรวจหาฮีโมโกลบิน ซีมาโตคริต โปรตีนและอัลบูมินในซีรัม

กระทรวงสาธารณสุข. แผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2538-2544.

กลุ่มงานควบคุมและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อมูลภาวะ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ปี 2531-2538, พฤศจิกายน 2539. ในเอกสารไม่ได้ระบุว่าใช้ค่าฮีมาโตคริตหรือค่าฮีโมโกลบินในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง

กองโภชนาการ กรมอนามัย. การสำรวจภาวะขาดวิตามิน เอ ในเด็กก่อนวัยเรียนใน 5 จังหวัดภาคใต้

ตอนล่าง ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลาและสตูล, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.

ประชากร : เด็กก่อนวัยเรียน (2-6 ปี) ใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มเลือกจากอำเภอที่มีรายงานเด็กขาดวิตามิน เอ และอำเภอที่มีรายงานภาวะขาดอาหารสูง หลังจากนั้นสุ่มเลือกอำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 20 หมู่บ้าน เป็นเด็กทั้งหมด 460 คน

เครื่องมือวิจัย

1. ตรวจร่างกายทั่วไป
2. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
3. สัมภาษณ์มารดาหรือผู้เลี้ยงดู เกี่ยวกับการให้อาหาร อาการทางตา และอาการเจ็บป่วย
4. ตรวจทางชีวเคมี หาระดับเรตินอล ระดับวิตามิน เอ ในตับ โดยวิธี modified relative dose response
5. ตรวจทางเซลล์วิทยา (CIC)

กองโภชนาการ กรมอนามัย. มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดโภชนาการอื่นๆ ของประชาชน

ไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี, 2538.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 2534 - 2535. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2539.

ประชากรที่ศึกษา : ประชากรเด็กอายุ < 5 ปีทั้งสิ้น 2,125 ราย ในครอบครัวของ 27 จังหวัด จำนวน 5,881 ครอบครัว
เครื่องมือวิจัย : การวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนัก

ผลการศึกษา : ใช้น้ำหนักต่ออายุของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเกณฑ์ พบว่าความชุกของภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 19.4, ภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 2.9 และ ภาวะขาดสารอาหารระดับ 3 ร้อยละ 2.3 เมื่อแยกในเขตเทศบาลพบว่าภาวะทุพโภชนาการในเด็กชายร้อยละ 20.9 เด็กหญิงร้อยละ 21.6 ส่วนนอกเขตเทศบาลพบภาวะทุพโภชนาการในเด็กชายร้อยละ 24.8 เด็กหญิงร้อยละ 29.7

จันทร์เมื่อด สุวรรณราช, ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, รัชมี แก้วชิต และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะโภชนาการ สภาวะไอโอดีน และการติดเชื้อพยาธิในลำไส้ของเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลศรีดอนมูล ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, 2536.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กชายเขาเผ่าอ้อก้อ และเด็กชายพื้นราบ อายุ 2-6 ปี ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ในรายงานการวิจัยมีได้
ระเบียบวิธีกรสุ่มตัวอย่างและจำนวนตัวอย่าง
เครื่องมือวิจัย

1. ตรวจขนาดของต่อมธัยรอยด์ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (จำนวนตัวอย่างที่ระบุในตาราง = 196 คน)
2. ตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ โดยวิธี colorimetric method (จำนวนตัวอย่างที่ระบุในตาราง = เด็กชายเขา 57 คน และเด็กพื้นราบ 571 คน)

จินตนา จันทร์ธาราม. ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวางและ 48 นาควัชรอุทิศ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

ประชากรที่ศึกษา : อาสาสมัครสาธารณสุข

การสุ่มตัวอย่าง : โดยเลือกศึกษาในพื้นที่ศูนย์ 47 (คลองขวาง) ซึ่งมีอัตราการเกิดทุพโภชนาการมากกว่า เขต 48 (นาควัชรอุทิศ) อาสาสมัครในเขตคลองขวางจำนวน 60 คน และนาควัชรอุทิศ 75 คน

เครื่องมือวิจัย : โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขการปฏิบัติงานในด้านความรู้ เจตคติ ลักษณะความเป็นผู้นำชุมชน การควบคุมเทศบาล การเก็บข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์ในช่วง 15 มกราคม - 10 มีนาคม 2535

ผลการศึกษา : ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติงานพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขคลองขวางมีคะแนนต่ำกว่านาควัชรอุทิศ ลักษณะความเป็นผู้นำชุมชนแตกต่างกันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนคลองขวางไม่ชอบฟังความคิดเห็นผู้อื่นและชอบวางแผนคนเดียวมากกว่าเขตนาควัชรอุทิศ การปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างในการให้ความช่วยเหลือด้านคำแนะนำการให้อาหารและการเลี้ยงดูเด็ก โดยในเขตคลองขวางมีการปฏิบัติน้อยกว่าเขตนาควัชรอุทิศ

ไชยณรงค์ บิตุรัตน์, ชลศรี เแดงเปี่ยม และชมนาด พจนามาตร์. แบบแผนการบริโภคที่มีผลต่อน้ำหนักเด็กเขาเผ่ากะเหรี่ยง 0-1 ปี ตำบลแม่เมาะ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. เชียงใหม่เวชสาร 35(3):53-58, 2539.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กเขาเผ่ากะเหรี่ยงอายุ 0-5 ปี ในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การสุ่มตัวอย่าง : โดยสุ่มอย่างง่ายได้ประชากรศึกษา 130 คน

เครื่องมือวิจัย :

1. การสอบถามและการสังเกต
2. การประเมินโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และเทียบกับเกณฑ์น้ำหนักต่ออายุของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข 2530

ผลการศึกษา : พบว่า เด็กอายุ 0-1 ปี มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 25.4 และระดับ 2 ร้อยละ 3.1 จากแบบสัมภาษณ์ และการสังเกตการบริโภค พบว่าถูกต้องตามเกณฑ์ได้สารอาหารครบทุกชนิดเพียงร้อยละ 60.8 แบบแผนการบริโภคมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ จิรถาวรอนันต์. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดสมุทรสงคราม. ปรินญาณิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.

ประชากรที่ศึกษา : มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม

การสุ่มตัวอย่าง : เลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอนได้ตัวอย่างจาก 27 หมู่บ้านทั้งหมด 460 คน

เครื่องมือวิจัย : การชั่งน้ำหนักเด็ก และแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกณฑ์ในการวินิจฉัยใช้น้ำหนักต่ออายุของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530

ผลการศึกษา : พบภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 34.44 ระดับ 2 ร้อยละ 3.47 ความรู้เรื่องโภชนาการของมารดาอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง และการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ระดับความรู้ของมารดาไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ส่วนเจตคติและการปฏิบัติของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุของมารดา จำนวนบุตรและขนาดของครอบครัวไม่มีผลต่อระดับโภชนาการ ในขณะที่ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและประสบการณ์การเป็นโรคอุจจาระร่วงมีผลต่อระดับโภชนาการ

นันทิยา เกิดวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยกับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. เขตการศึกษา 11. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนเขตการศึกษา 11 (5 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ชัยภูมิ)

วิธีการศึกษา : โดยวิธีสุ่มหลายขั้นตอนได้จำนวนนักเรียน 400 คน จาก 40 โรงเรียน (จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 142,912 คน จาก 450 โรงเรียน)

เครื่องมือวิจัย : ทำการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กโดยการชั่งน้ำหนักและใช้เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักต่ออายุของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข 2530

ผลการศึกษา : พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน เลือกอาหารที่มีประโยชน์ร้อยละ 85.97 ทั้งในเขตและนอกเขตไม่แตกต่างกัน แต่ชนิดและปริมาณอาหาร พบว่าในเขตเทศบาลมีจำนวนเด็กที่ดื่มนมทุกวันร้อยละ 51 ในขณะที่เด็กนอกเขตเทศบาลดื่มนมทุกวันเพียงร้อยละ 30 ปริมาณผักของเด็กในเขตเมืองได้มากกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนอาหารชนิดอื่นๆ เช่นเนื้อสัตว์ ผลไม้ ปริมาณมีอาหารและความอ้วนมีจำนวนไม่แตกต่างกันระหว่างในเขตและนอกเขต การปฏิบัติในภาพรวมของบริโภคนิสัยและความเชื่อของแสงไม่แตกต่างกันระหว่างในเขตและนอกเขต เด็กในเขตเทศบาลมีบริโภคนิสัยอยู่ในเกณฑ์ดีมากร้อยละ 58.5 นอกเขตร้อยละ 39.5 การประเมินภาวะโภชนาการพบว่าเด็กในเขตเทศบาลมีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 34.5 ระดับ 2 ร้อยละ 7.5 ส่วนเด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 40.5 ระดับ 2 ร้อยละ 17.0 การตรวจร่างกายพบลักษณะภาวะขาดสารอาหารเช่น ผอมบาง สีจาง ในเขตพบร้อยละ 15.5 ส่วนนอกเขตพบสูงถึงร้อยละ 35.5

บรรจง ไวยทยเมธา. ประสิทธิผลการใช้บัตรโภชนาการ ในการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารอาหารโปรตีน และพลังงานในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารโภชนาการสาร. 25:44-47, 2534.

การแก้ไขปัญหาลาโภชนาการได้มีความพยายามในรูปแบบต่างๆ การศึกษาในภาคใต้ที่จังหวัดนราธิวาส ในเขตอำเภอเมือง โดยศึกษาในเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 จำนวน 209 คน และใช้คู่มือคัดกรองอาหารซึ่งมีมูลค่า 3 บาทต่อใบโดยนำไป แลกที่ร้านอาหาร เด็กได้รับคู่มือทุกเดือนเดือนละ 30 ใบ และมีเจ้าหน้าที่ติดตามซั้่งน้ำหนักเด็กทุกเดือนเพื่อประเมินสภาวะโภชนาการ หลังจากเริ่มโครงการไปแล้ว 2 เดือน จำนวนเด็กขาดสารอาหารระดับ 2, 3 ลดลงจาก 209 คน เหลือเพียง 106 คน ที่ 4 เดือนเหลือ เพียง 59 คน และเมื่อครบ 1 ปี เหลือเพียง 7 คน หรือเพียงร้อยละ 3

ปรีดา คีสุวรรณ, กาญจนา เอกปัทมา และสุวิทย์ สมบัติ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ทุโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดแพร่ ปี 2538. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 19(3):94-102, 2539.

ประชากรที่ศึกษา : ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดแพร่

การสุ่มตัวอย่าง : การสุ่มแบบเจาะจงเฉพาะเด็กทุโภชนาการ 199 ราย กับเด็กที่มีโภชนาการปกติ 199 ราย

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบในเรื่องผู้เลี้ยงดูและเศรษฐกิจครอบครัวโดยวิธี chi-square และ odds ratio พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ทุโภชนาการที่มีปัจจัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุมากกว่า 1 ปี เด็กเพศหญิง จำนวนบุตรมากกว่า 2 คน รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน อาชีพเกษตรกรกรรม น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัม การได้รับวัคซีนไม่ครบ และการฝากครรภ์ของมารดาที่ สถานีนอมน้ำ

ปรีดา คีสุวรรณ. รูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาลาโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของจังหวัดแพร่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6:122-129, 2540.

การศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาลาโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดแพร่ โดยเลือกอำเภอที่มีภาวะทุโภชนาการมากกว่าร้อยละ 10 แล้วจึงทำการสุ่มพื้นที่หมู่บ้านโดยวิธี stratified random sampling การสำรวจภาวะทุโภชนาการโดยอาศัยเกณฑ์น้ำหนักต่ออายุของกองโภชนาการ พบอยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 23.25 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุโภชนาการได้แก่ รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 3,000 กรัม เพศหญิง การได้รับวัคซีนไม่ครบ จำนวนบุตรมากกว่า 2 คน การสัมผัสกับผู้เลี้ยงดู พบว่าปัญหาของทุโภชนาการการเกิดจากผู้เลี้ยงดูไม่เห็นความสำคัญของภาวะขาดสารอาหาร ไม่รู้ประโยชน์และคุณค่าของสารอาหารแต่ละชนิด พฤติกรรมการบริโภคลักษณะกินจุจิก อาหารสำเร็จรูปจากการโฆษณา โทรทัศน์ ความเชื่อเรื่องของแสลง พ่อแม่ฝากผู้เลี้ยงดู และพฤติกรรมการปรุงอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ งานวิจัยนี้ยังได้ศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินการแก้ไขภาวะทุโภชนาการ โดยมีกิจกรรมซึ่งดำเนินงานโดยชุมชนดังนี้

1. ตั้งกรรมการในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
2. สาธิตการทำอาหารเสริม
3. จำหน่ายนม ไข่ ในราคาถูก
4. โภชนศึกษาโดยชุมชนเอง โดยพัฒนางานในด้านสุขศึกษา การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการจัดประกวดสุขภาพ

การติดตามผลการดำเนินงานใน 6 เดือนต่อมา พบว่า ความชุกของภาวะโภชนาการระดับ 1 ลดลงจากร้อยละ 23.25 เหลือเพียงร้อยละ 15.33

พัทธนี วินิจจะกุล และวิมิชา กิจวรพัฒน์. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามทาง โภชนาการโดยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานระดับต่างๆ. วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 15(3):41-61,2535.

การศึกษาโดยสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุขถึงอุปสรรคในการ ดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการโดยเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานระดับต่างๆ โดยศึกษาในช่วงตุลาคม 2534 โดยใช้แบบสอบถามสุ่มหลายขั้นตอนได้จำนวนตัวอย่าง 324 คนเป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานระดับจังหวัด 54 คน ระดับอำเภอ 54 คน และระดับตำบล 216 คน และได้รับแบบสอบถามคืน 295 คิดเป็นร้อยละ 91 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 30 ปี และทำ

หน้าที่ในการเฝ้าติดตามภาวะโภชนาการมาแล้วมากกว่า 5 ปี ปัญหาของทพโภชนาการและอุปสรรคในการปฏิบัติงานสามารถสรุปได้ 7 ประการ ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับตัวเด็ก ได้แก่ เด็กกลัวเครื่องชั่ง เด็กกินยาก เลือกรมาก ไม่ยอมกินทั้งๆ ที่แม่พยายามป้อนกินแล้วก็ยัง น้ำหนักไม่ขึ้น มีโรคประจำตัว มีการคิดเชื่อบ่อย
2. ปัญหาครอบครัว ได้แก่ พ่อ-แม่ให้ความสนใจเรื่องรายได้มากกว่า ความรู้ น้อย พ่อ-แม่ไม่สนใจหรือไม่ให้ความสำคัญ เรื่องการเจริญเติบโต และมีความเชื่อผิดๆ
3. การทำงานในพื้นที่ ได้แก่ ครอบครัวยากจน บ้านอยู่ไกล สมุดสุขภาพหาย ขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น ไม่รู้วันเกิด ที่แน่นอน ย้ายที่อยู่บ่อย
4. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ได้แก่ ไม่เข้าใจระบบ growth monitoring programme ขาดความกระตือรือร้น งานมาก ทำไม่ไหว และไม่ได้ค่าตอบแทน
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย พาหนะไม่พอ และเจ้าหน้าที่ขาดความคิดรวบยอด
6. ปัจจัยจากส่วนกลาง ได้แก่ นโยบายและแผนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง การประสานงานมีน้อย ประสิทธิภาพในการ แก้ไขปัญหาไม่ชัดเจน และแนวปฏิบัติไม่ครอบคลุม
7. งบประมาณไม่เพียงพอ

พูนชัย ไตรภูธร. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2535. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ประชากรที่ศึกษา : ประชากรเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด 139,039 คน ในเขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา

การสุ่มตัวอย่าง : ทำการสุ่มโดยวิธี Multi -stage cluster random sampling โดยแบ่งอำเภอเป็น 3 กลุ่ม ตามความชุกของภาวะทพโภชนาการ ได้ประชากรศึกษาทั้งหมดคือ 1,220 คน

เครื่องมือวิจัย : ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพ ชั่งน้ำหนักเด็กและประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้น้ำหนักต่ออายุตามกราฟมาตรฐานกองโภชนาการ พ.ศ. 2530

ผลการศึกษา : พบความชุกของภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 27.8 ภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 3.9 ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม การเจ็บป่วยบ่อย เด็กเพศหญิง การได้รับวัคซีนไม่ครบอายุ 2-3 ปี อาชีพเกษตรกร การศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า อายุมารดามากกว่า 35 ปี จำนวนบุตรมากกว่า 2 คน

ยุวดี ลีถักนาวิระ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตเด็กก่อนวัยเรียน ในแรงงานย้ายถิ่น เขตอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

รัชตะ รัชตะนาวิณ. แนวคิดในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2:104-119, 2539.

วนิษา กิจวรพัฒน์, อนุวรรณ เขาวนัลลิตกุล, แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ. โครงการสุ่มสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 19(2):55-66, 2539.

ประชากรที่ศึกษา : ประชากรอายุ 0-5 ปี ในทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2536

การสุ่มตัวอย่าง : โดยทำการสุ่มจังหวัดละ 1-2 อำเภอ อำเภอละ 1-2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ทั้งหมด 235 หมู่บ้าน จากการสุ่มทั้งหมด 11,773 คน

เครื่องมือวิจัย : ทำการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงเปรียบเทียบกับกราฟของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 หาความชุกของภาวะขาดสารอาหารในแต่ละภาค แต่ละพื้นที่ (เช่น เขตเมือง ชนบท สวนยางพารา ประมง อุตสาหกรรม ชุมชนแออัด) เมื่อใช้เกณฑ์น้ำหนักต่ออายุในการประเมิน

ผลการศึกษา : พบว่าภาวะขาดสารอาหารทุกระดับโดยรวมของทุกภาค คือร้อยละ 33.9 โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 43.5 รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 36.2 และภาคใต้ร้อยละ 36.1 ภาคที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุดคือ ภาคกลางร้อยละ 21.8 อายุที่พบภาวะขาดสารอาหารได้มากที่สุดคือ อายุมากกว่า 2 ปี พบร้อยละ 45 และพบน้อยที่สุดที่อายุ 0-1 ปี คือเพียงร้อยละ 9.1 พื้นที่ที่พบภาวะขาดสารอาหารมากที่สุดคือ เขตอพยพ ร้อยละ 40.7 รองลงมาคือเขตพื้นที่สูงร้อยละ 40.6 พื้นที่ที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุดคือ เขตอุตสาหกรรมร้อยละ 23.7 เมื่อใช้เกณฑ์ส่วนสูงต่ออายุในการประเมินภาวะขาดสารอาหาร พบความชุกโดยรวมของภาวะขาดสารอาหารลดลงเหลือร้อยละ 21.5 โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 26.3 รองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 25.2 และภาคเหนือร้อยละ 21.0 เมื่อใช้น้ำหนักต่อ ส่วนสูงในการประเมินพบว่าภาวะขาดสารอาหารพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 9.8 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 6.5 ภาคที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุด กลับเป็นภาคเหนือร้อยละ 3.4 และภาคใต้ ร้อยละ 4.8 การใช้น้ำหนักต่อส่วนสูงในการประเมินยังพบว่าภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนพบมากที่สุดใภาคกลางร้อยละ 4.8 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 4.3 พบน้อยที่สุดที่ภาคเหนือเพียงร้อยละ 1 อายุที่พบโรคอ้วนมากที่สุดคืออายุ 0-1 ปี ร้อยละ 6.2 รองลงมาคืออายุ 4-5 ปี ร้อยละ 3.6 พื้นที่ที่พบภาวะอ้วนมากที่สุดคือเขตอุตสาหกรรมร้อยละ 5.3 การวิจัยนี้ยังเปรียบเทียบ การประเมินภาวะโภชนาการตามมาตรฐานของ NCHS ซึ่งใช้เกณฑ์ตัดสินน้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุ และน้ำหนักต่อส่วนสูงที่ <-2 SD เป็นภาวะผิดปกติ ฉะนั้นความชุกของภาวะขาดสารอาหารเมื่อใช้น้ำหนักต่ออายุโดยรวมจึงเหลือร้อยละ 18.6 ใช้ส่วนสูงต่ออายุ ร้อยละ 16.0 และใช้น้ำหนักต่อส่วนสูงร้อยละ 5.9 ภาคที่พบว่าภาวะขาดสารอาหารมากที่สุดยังคงเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.8 และรองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 19.9 และภาคเหนือร้อยละ 18.4 ที่พบน้อยที่สุดคือภาคกลางร้อยละ 9.1 การวิจัยนี้ยังได้ ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเฉพาะผู้เลี้ยงดูเด็กที่ขาดสารอาหารจำนวน 626 คน พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่น้ำหนักแรกเกิดน้อย ประวัติการเจ็บป่วยบ่อย ประวัติการกินอาหารน้อยกับ นมชั้นหวานแทนนมแม่ ครอบครัวยากจนมีที่ทำกินน้อยและมีหนี้สิน สภาพ ครอบครัวยแออัด สิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะและน้ำประปาไม่เพียงพอ

วิจิตร มโนสิทธิศักดิ์, รุจิรา สุริยวานกุล, พรชัย อนันต์ภักตราชัย และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อ ภาวะทุพโภชนาการของเด็ก อายุ 0-4 ปี ในเขตเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม 14(12): 29-47, 2534.

ประชากรที่ศึกษา : สํารวจทุกครัวเรือนที่มีเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-4 ปี จำนวน 1,203 ราช ที่เขตเทศบาลเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือวิจัย : เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยทำการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กถึงข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวและการเลี้ยงดูเด็ก และทำ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงโดยกุมารแพทย์ในช่วง 1-31 ธันวาคม 2532 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ logistic regression (odds ratio)

ผลการศึกษา : พบว่าความชุกของภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 11.4 ระดับ 2 ร้อยละ 1.15 และไม่พบภาวะขาดสารอาหาร ระดับ 3 เลย ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดสารอาหารที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การมีบุตรมากกว่า 2 คน การศึกษาของพ่อต่ำกว่า มัธยม 3 การศึกษาของแม่ต่ำกว่ามัธยม เด็กเพศหญิง การเลี้ยงดูโดยใช้นมชั้นหวาน การไม่เคยได้รับวัคซีน BCG และไม่มีผลเป็น BCG และการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม

สวนิต อ่องรุ่งเรือง, กรรณิกา วิทย์สุภากร, ไหมสาเราะ ปินมะหะหมัด และคณะ. ภาวะโภชนาการใน เด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนชนบทไทยภาคใต้. โภชนาการสาร 15:5-14, 2524.

สำนักงานโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย การสำรวจสุขภาพ- ประชาชนไทย ปี 2539-2540.

ประชากรที่ศึกษา: ประชาชนไทย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มอายุ 6-12 ปี กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

การสุ่มตัวอย่าง : เป็นแบบ stratified three-stage sampling โดยแบ่งประชากรเป็น 5 strater ตามภูมิศาสตร์ คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 2 เลือก 8 จังหวัดจากในแต่ละ stratum สำหรับกรุงเทพมหานคร เลือก 8 เขตการปกครอง

ขั้นตอนที่ 3 แต่ละจังหวัดแบ่งเป็นในเขต และนอกเขตเทศบาล แล้วเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน

สำหรับกลุ่มอายุ 0-5 ปี มีจำนวนตัวอย่าง 3,306 คน

วิธีการศึกษา : ใช้แบบสอบถาม ตรวจร่างกายและวัด anthropometry และวัดพัฒนาการ

สาคร ธนमितต์ และคณะ, (2516, 2518) อ้างถึงใน อารี วัลยะเสวี และคณะ. โรคโภชนาการ เล่มที่ 1, 2520. หน้า 294-296.

ทำการสำรวจ 2 ครั้ง ที่ จ. อุบลราชธานี ในปี 2516 จำนวน 43 คน ในปี 2518 จำนวน 25 คน โดยวิธีซึ่งอาหารที่บริโภคแต่ละวันติดต่อกัน 3 วัน

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ 2538 ระยะสิ้นสุดโครงการ, 2539.

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทยบนพื้นที่สูง ปี พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

สุวิมล โคววิวิชัย. การศึกษาอาหารเสริมพลังงานแก่เด็กก่อนวัยเรียน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

การศึกษาในเขตภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอฮอดและสันป่าคอง เป็นที่มีอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการสูง โดยศึกษาถึงผลของการให้อาหารเสริมพลังงานแก่เด็กที่เลือกมาศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน ประชากรศึกษาได้มาจากการสุ่มอย่างมีระบบ จำนวน 266 คนซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มโดย 2 กลุ่มเป็นกลุ่มศึกษาให้อาหารชนิดต่างกัน กลุ่มที่ 1 ให้อาหารจำพวกขนมหวาน ซึ่งมีพลังงาน 172-185 แคลอรีและโปรตีน 2.3-2.8 กรัม กลุ่มที่ 2 ให้อาหารจำพวกเสริมไขมัน ซึ่งมีพลังงาน 176-182 แคลอรีและโปรตีน 3.9-4.2 กรัม กลุ่มที่ 3 และ 4 เป็นกลุ่มควบคุมสำหรับกลุ่มที่ 1 และ 2 การติดตามเด็กเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งมีเด็กส่วนหนึ่งไม่ได้ร่วมโครงการจนครบจากการย้ายที่อยู่ ได้อาหารไม่ครบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 70 ของเวลาทั้งหมด) และออกจากการศึกษา เมื่อครบ 6 เดือนจึงมีเด็กเหลือในโครงการเพียง 144 คน เท่านั้น โดยเป็นเด็กกลุ่มที่ 1 จำนวน 34 คน กลุ่มที่สอง 37 คน และกลุ่มควบคุมของ กลุ่ม 1 และ 2 จำนวน 38 และ 35 คนตามลำดับ การประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มที่ได้ขนมหวานเสริมพลังงานมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ก่อนเริ่มโครงการโดยเฉลี่ย 52.6 ± 36.3 กรัม/กก. ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น $23.8 + 24.8$ กรัม/กก. จำนวนเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 และ 2 ยังคงเท่าเดิม ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนเด็กทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39 เพิ่มเป็น 45 ในกลุ่มที่ได้อาหารเสริมไขมันมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น $79.4 + 24.4$ กรัม/กก. ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น $64.8 + 41.4$ กรัม/กก. จำนวนเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ลดจากร้อยละ 46 เหลือร้อยละ 22 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนเด็ก ทุพโภชนาการเท่าเดิม คือร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 57

เสาวณีย์ ศรีศิริกุล, และสมบุญ จัยวัฒน์. ภาวะขาดสารอาหารและพัฒนาการซ้ำในเด็กวัย 5 ปีแรก ในตำบลโคกช้าง อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รามาธิบดีเวชสาร 16:345-352, 2536.

การศึกษาในเขตชนบทภาคกลางที่ตำบลโคกช้าง อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี ในช่วง มกราคม - กุมภาพันธ์ 2535 พบว่าประชากรเป้าหมายเพียง 43 คน เท่านั้น ภาวะขาดสารอาหารใช้เกณฑ์น้ำหนักต่ออายุจากกราฟของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 23.3

Bloem MW. **Vitamin A deficiency, anemia and infectious disease in northeast Thailand.** A thesis of TNO-CIVO Toxicology and Nutrition Institute, Zeist, The Netherlands, 1988.

Chavlitamrong B, Vathakanon R. Height and Weight of Bangkok Children. **J Med Assoc Thai** 61 (spl. 2):1-28, 1978.

Chinn S, Hughes JM and Rona RJ. Trends in growth and obesity in ethnic groups in Britain. **Arch Dis Child** 78:513-517, 1998.

Dewey KG. Growth patterns of breastfed infants and the current status of growth charts for infants. **J Hum Lact** 14:89-92, 1998.

Dewey KG, Peerson JM, Heinging MJ, et al. Growth patterns of breast-fed infants in affluent (United States) and poor (Peru) communities : implications for timing of complementary feeding. **Am J Clin Nutr** 56:1012-1018, 1992.

Dhanamitta S, Viriyapanich T and Kachonpadunkitti Y. **Vitamin A deficiency in Thailand.** In : Yasumota K, Itokawa Y, Koishi H, Sanuo Y. (eds). Proceedings of the fifth Asian Congress of Nutrition. Tokyo:Center for Academic Publications, pp 198-201, 1987.

Freedman DS, Srinivasan SR, Valdez RA et al. Secular increases in relative weight and adiposity among children over two decades: the Bogalusa Heart Study. **Pediatrics.** 99:420-426, 1997.

Hughes JM, Li L, Chinn S et al. Trends in growth in England and Scotland, 1972 to 1994. **Arch Dis Child** 76:182-189, 1997.

Idjradinata P and Pollitt E. Reversal of developmental delays in iron-deficient anaemic infants treated with iron. **Lancet** 341:1-4, 1993.

Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense. **The Kingdom of Thailand, Nutrition Survey (October-December 1960).** Department of Defense, Washington D.C., 1962

Jongpipatvanich S, Poomsuwan P and Phittayanon P. Prevalence and risk factors of protein energy malnutrition (PEM) in preschool children of Klong- Toey slum, Bangkok, Thailand. **J Med Assoc Thai** 75:37-44, 1992.

ประชากรที่ศึกษา : การวิจัยถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนเขตชุมชนแออัดคลองเตย โดยศึกษาในปี พ.ศ. 2527 จากการสำรวจ 1,305 ครอบครัว พบว่ามีเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-5 ปี จำนวน 558 คน

เครื่องมือวิจัย : การสำรวจโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ตัวเด็กและการตรวจร่างกายเด็กทุกคน

ผลการศึกษา : ความชุกของภาวะทุพโภชนาการโดยใช้น้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุและน้ำหนักต่อความสูงเทียบกับกราฟของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 พบว่าเมื่อใช้น้ำหนักต่ออายุ อุบัติการของทุพโภชนาการระดับ 1,2 และ 3 คือร้อยละ 26.0, 4.5 และ 0.9 ตามลำดับ เมื่อใช้ส่วนสูงต่ออายุมีอุบัติการของทุพโภชนาการระดับ 1, 2 และ 3 เท่ากับ ร้อยละ 15.2, 3.9 และ 1.9 ตามลำดับ และเมื่อใช้น้ำหนักต่อส่วนสูงพบร้อยละ 5.3, 1.2 และ 0.6 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการได้แก่ รายได้ครอบครัวน้อย การอ่านออกเขียนได้น้อยของมารดา น้ำหนักต่อส่วนสูงของมารดาที่ต่ำ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นมารดาเอง (ย่า ยาย จะเลี้ยงดูได้ดีกว่า) น้ำหนักแรกเกิดที่น้อย ความพิการแต่กำเนิดและการหย่านมที่อายุมากกว่า เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้พบภาวะทุพโภชนาการได้มากขึ้น

Kachondham Y, Winichagoon and Tontisirin K. **Nutrition and health in Thailand : Trends and actions.** Institute of Nutrition, Mahidol University, 1992.

Khanjanasthiti P, Supachaturas P, Mekanandha P et al. Growth of infants and preschool children. **J Med Assoc Thai** 56:88, 1973.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กจากครอบครัวชั้นกลางและ professional ในกรุงเทพฯ

การสุ่มตัวอย่าง : เด็กที่มาตรวจที่ well child clinic ของศูนย์แม่และเด็กของกรุงเทพมหานคร, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลวชิราวุธดี และเด็กที่โรงเรียนอนุบาล 6 แห่งในกรุงเทพฯ จำนวน 2,520 คน จำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มอายุ 13-119 คน

วิธีการศึกษา : ทีมเก็บข้อมูลมีทีมเดียว ซึ่งได้รับการอบรมด้วยมาตรฐานเดียวกัน ทำการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง รอบวงแขนซ้าย

Khanjanasthiti P. The anthropometric nutritional classification in Thai infants and preschool children. **J Med Assoc Thai** 60 (suppl 1):1-20, 1977.

เป็นการนำข้อมูลการเติบโตของทารกและเด็ก 0-6 ปี จากการศึกษาของ Khanjanasthiti et al (1973) มาทำกราฟมาตรฐานการเติบโตโดยการคำนวณทางสถิติ.

Lozoff B, Brittenham GM, Wolf AW, et al. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. **Pediatrics** 79:981-995, 1987. (Erratum, Pediatrics 1988;81:683)

Lozoff B, Jimenez E and Wolf AW. Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency. **N Engl J Med** 325:687-694, 1991.

Maw NN. **Effect of daily versus intermittent iron supplementation on iron status of Thai infants.** Master of Science's Thesis Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1999.

ศึกษาเด็กอายุ 4-6 เดือน ใน 9 ตำบลของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 145 คน มี 14 คน (ร้อยละ) ที่ระดับฮีโมโกลบินต่ำมาก ต่ำกว่า 8 กรัม/ดล. มีเด็กจำนวน 85 คน ที่ตรงกับเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา ได้ random ให้เหล็กวันละ 10 มก. 41 คน และให้เหล็ก 15 มก.ต่อสัปดาห์ 44 คน ศึกษาตาม 18 สัปดาห์ ความชุกของโลหิตจางก่อนการศึกษาเท่ากับร้อยละ 66 ร้อยละ 40 มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน หลังการรักษา 18 สัปดาห์ ความชุกของโลหิตจางในทั้ง 2 กลุ่มลดลงเหลือร้อยละ 4.9 และ 18.2 ตามลำดับ ระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น 2.31 ± 1.4 ก./ดล. และ 1.39 ± 1.32 ก./ดล. ตามลำดับ ($P = 0.003$) กลุ่มที่เป็น hemoglobin trait ตอบสนองต่อการให้เหล็กร้อยละ 86.7 และ 68.1 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้เหล็กทุกวัน 18 สัปดาห์ มี height-for-age Z score ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเหล็กสัปดาห์ละครั้งอย่างมีนัยสำคัญ (-0.86 ± 0.81 vs. -0.37 ± 0.83 , $P = 0.007$)

Smith FR, Suskind R, Thanangkul O et al. Plasma vitamin A, retinol binding protein and prealbumin concentration in protein and calorie malnutrition. III Response to varying dietary treatments. **Am J Clin Nutr** 28:732-8, 1975.

Victora CG, Morris SS, Barros FC, et al. The NCHS reference and the growth of breast-and bottle-fed infants. **J Nutr** 128:1134-1138, 1998.

Walter T, de Andraca I, Chadud P et al. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. **Pediatrics** 84:7-17, 1989.

Walter T, Kovalskys J and Stekel A. Effect of mild iron deficiency on infant mental development scores. **J Pediatr** 102:519-522, 1983.

Wanarat L, Paisalachapong Y, Sinawat S, et al. **Study on compliance of the population towards iodine supplementation measure for control of iodine deficiency disorders.** (Report of assessment). 1993.

ทำการศึกษาที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน อุดรดิตถ์ ตาก โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ และผู้ปฏิบัติงานในตำบลและหมู่บ้าน เป็นสสอ 17 คน, ครูใหญ่ 25 คน, เด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 488 คน, อสม./ผสส. 98 คน และแม่บ้าน 478 คน พบว่า

- ระดับบริหาร - กระทู้หรือรันในการจะแก้ปัญหา ขาดสารไอโอดีนให้เป็น top priority เห็นว่าควรร่วมมือกัน เห็นตรงกันว่าเกลือไอโอดีนเป็นวิธีที่ดีที่สุด
- ระดับปฏิบัติ - สสอ. ร้อยละ 84 เห็นตรงกันว่า ชาวบ้านชอบใช้เกลือไอโอดีนมากกว่าน้ำผสมไอโอดีน ชาวบ้าน < ร้อยละ 20 ที่ใส่ไอโอดีนในน้ำอย่างสม่ำเสมอ แต่มีเกลือขายในหมู่บ้านแค่ร้อยละ 57
- ครูร้อยละ 98 บอกว่าโรงเรียนใช้น้ำดื่มผสมไอโอดีน ร้อยละ 84 ใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหารกลางวันให้นักเรียน
- นักเรียน ร้อยละ 74.5 บอกว่า ดื่มน้ำผสมไอโอดีนจนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 74 ใช้เกลือไอโอดีนตลอดจนถึงปัจจุบัน
- อสม./ผสส. ร้อยละ 94 บอกว่าชาวบ้านใช้เกลือไอโอดีน ร้อยละ 83 คิดว่าเกลือไอโอดีน เป็นวิธีที่ดีที่สุด
- แม่บ้าน ร้อยละ 25.7 ใช้น้ำผสมไอโอดีนจนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 69 ใช้เกลือไอโอดีนจนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 86 ใช้ทุกวัน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ใช้ร่วมกับน้ำปลา ร้อยละ 72 ของแม่บ้านบอกว่า วิธีเกลือไอโอดีนดีที่สุด

บทที่ 5

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ในช่วง 6 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงที่สมองเด็กเจริญเติบโตรวดเร็ว สมองของเด็กจะมีน้ำหนักเป็นร้อยละ 90 ของสมองผู้ใหญ่เมื่อเด็กอายุได้ 6 ปี (นิตยา, 2521) ดังนั้น หากเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เอื้อต่อการกระตุ้นพัฒนาการรอบด้านที่ถูกต้องและเหมาะสมในช่วงนี้ มีผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ถูกยับยั้งหรือหยุดชะงัก ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าได้ การประเมินพัฒนาการ เป็นวิธีที่จะทราบถึงสถานภาพของระดับพัฒนาของเด็กปฐมวัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผน แก้ไข และส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ทันที่

การประเมินพัฒนาการเด็ก

การประเมินพัฒนาการของเด็ก เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการประเมินสุขภาพของเด็ก การประเมินสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกตพฤติกรรม การใช้เครื่องมือทดสอบ การสอบถามจากบิดามารดา เป็นต้น สำหรับการประเมินที่ใช้เครื่องมืออื่น ต้องคัดเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมกับเด็กที่จะนำไปทดสอบ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ ง่ายต่อการนำไปใช้ มีความเที่ยง ความตรงสูง สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัด และผลที่ได้ถูกต้อง (Strangler, Huber and Ruth, 1980) นอกจากนี้ยังต้องถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือต่างๆ ด้วย

เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย คือ DDST (Denver Developmental Screening Test) ซึ่งสร้างโดยนายแพทย์แฟรงเกนเบิร์ก (Frankenburg) และคณะ ในปีพ.ศ. 2510 ในประเทศไทยได้มีการแปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทยโดยพลสุขวารกรณ์ และวัชรารณ์ ในปี พ.ศ. 2532 หลังจากนั้นในปี 2533 นายแพทย์แฟรงเกนเบิร์กและคณะได้ปรับปรุง DDST แล้วใช้ชื่อใหม่ว่า Denver II แต่เนื่องจากพัฒนาการของเด็กส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของประเทศที่เด็กอยู่ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2530 อุดม และคณะ จึงสร้างแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยขึ้น เพื่อความถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการประเมินพัฒนาการเด็กไทย นั่นคือ TDST (Thai Children Development Screening Test)

DDST เป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ขวบ ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. พัฒนาการทางการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal-social development) เป็นการประเมินการปรับตัวของเด็กเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดูแลช่วยเหลือตนเอง
2. พัฒนาการทางการใช้กล้ามเนื้อเล็ก (fine motor-adaptive development) เป็นการประเมินการใช้มือหยิบจับสิ่งของชิ้นเล็กๆ การประสานงานระหว่างการใช้มือและตา
3. พัฒนาการทางการใช้ภาษา (language development) เป็นการประเมินการได้ยิน การใช้ภาษา และความเข้าใจภาษา
4. พัฒนาการทางการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ (gross motor development) เป็นการประเมินการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ในการเคลื่อนไหว เช่น การนั่ง การเดิน การกระโดด

แบบทดสอบ DDST ประกอบด้วยข้อทดสอบพัฒนาการของเด็กใน 4 ด้านพัฒนาการ รวมทั้งหมด 105 ข้อ เรียงกันไปตามความสามารถของเด็กตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี แต่ละข้อทดสอบอยู่ในแท่งสี่เหลี่ยมแสดงถึงอายุ

ซึ่งร้อยละ 25 50 75 และ 90 ของเด็กปกติที่สามารถทำข้อทดสอบนี้ได้ แบบทดสอบนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้
ง่ายสามารถค้นหาความคิดปกติของพัฒนาการได้เร็วและครอบคลุม มีความเที่ยงและความตรงสูง

จุดอ่อนของ DDST คือ การขาดความไวในการค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการช้าทางการพูด และเด็กที่มี
พัฒนาการช้าในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และเด็กที่มาจากพื้นฐานวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (Wong,
1993)

การให้คะแนนของ DDST การให้คะแนนขึ้นอยู่กับจำนวนข้อทดสอบที่เด็กมีพัฒนาการช้า โดยพัฒนา
การช้า หมายถึง การที่เด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบซึ่งร้อยละ 90 ของเด็กปกติที่มีอายุเดียวกันสามารถทำได้

การแปลผลทดสอบ ภายหลังให้คะแนนแต่ละข้อทดสอบแล้ว นำคะแนนที่ได้มาแปลผลในภาพรวม โดย
แบ่งระดับพัฒนาการออกเป็น 3 ระดับ คือ พัฒนาการปกติ อาจผิดปกติ และผิดปกติ

Denver II เป็นแบบทดสอบพัฒนาการที่ปรับปรุงมาจาก DDST แตกต่างจากแบบทดสอบ DDST ใน
เรื่องข้อทดสอบในแบบทดสอบ แบบทดสอบ และการแปลผลการทดสอบ ดังนี้คือ

ข้อทดสอบในแบบทดสอบ จำนวนข้อทดสอบเพิ่มจากเดิม 105 ข้อ เป็น 125 ข้อ ส่วนมากเป็นการเพิ่ม
ข้อทดสอบในด้านพัฒนาการทางการใช้ภาษาจาก 21 ข้อ เป็น 39 ข้อ ปรับปรุงข้อทดสอบเดิมที่ยากต่อการประเมิน
และ/หรือการแปลผล เปลี่ยนข้อทดสอบที่ให้มาราคาเป็นผู้รายงานมาเป็นผู้ทดสอบสังเกตเอง

แบบทดสอบ แบบทดสอบของ Denver II แตกต่างจากแบบทดสอบของ DDST ในเรื่องรูปแบบ และ
หน่วยวัดอายุ จัดรูปแบบโดยจัดเรียงข้อทดสอบในแนวนอนเป็นขั้นบันได ตามลำดับอายุที่เด็กทำได้ในแต่ละข้อ
ตามมาตรฐานใหม่ ส่วนหน่วยอายุเริ่มเป็นเดือน ตั้งแต่ 0-24 เดือน แต่ละช่วงมีค่าเท่ากับ 1 เดือน จากนั้นเปลี่ยน
หน่วยเป็น 3-6 ปี แต่ละช่วงมีค่าเท่ากับ 3 เดือน

การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการแปลผลในแต่ละข้อทดสอบซึ่งแบ่งออกเป็นก้านหน้า
ปกติ ระวัง และช้า ส่วนที่ 2 เป็นการแปลผลทดสอบทั้งหมด ซึ่งแบ่งออกเป็น ปกติ อาจผิดปกติ และทดสอบไม่ได้

ข้อสังเกตจากการศึกษางานวิจัยที่ใช้แบบทดสอบ DDST และ Denver II พบว่า ผู้วิจัยส่วนมากไม่แปลผล
พัฒนาการเด็กออกมาในภาพรวม แต่แปลผลพัฒนาการออกเป็นแต่ละด้าน โดยใช้พัฒนาการช้าเป็นเกณฑ์ตัดสิน
บางงานวิจัยกำหนดระดับพัฒนาการ โดยอาศัยร้อยละ 25 50 75 90 ของเด็กที่สามารถทำข้อทดสอบเป็นเกณฑ์
ตัดสิน เช่น กลุ่มพัฒนาการเร็ว หมายถึง กลุ่มเด็กที่สามารถทำข้อทดสอบได้เร็วกว่าร้อยละ 50 ของเด็กช่วงอายุ
เดียวกันสามารถทำได้ ส่วนกลุ่มพัฒนาการปกติ หมายถึง กลุ่มเด็กที่สามารถทำข้อทดสอบได้ช้ากว่าร้อยละ 50
แต่ไม่ช้ากว่าร้อยละ 90 ของเด็กอายุเดียวกันสามารถทำได้ ส่วนบางวิจัยภายหลังทำการทดสอบตามแบบทดสอบ
แล้วนำมาแปลผลแล้วหาค่าคะแนนพัฒนาการเด็ก D.Q. (Developmental Quotient) โดย

$$D.Q. = \frac{M.A (Mental Age)}{C.A (Chronological Age)} \times 100$$

D.Q. คือ คะแนนพัฒนาการของเด็ก

C.A. คือ อายุจริงขณะทำการทดสอบเด็ก

D.A. คือ อายุพัฒนาการของเด็ก

ค่า D.Q. นี้เป็นค่าคะแนนพัฒนาการเด็ก ที่นิยมวัดในเด็กทารก และเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งโดยทั่วไปถ้าเด็กมี
ค่า D.Q. ตั้งแต่ 110 ขึ้นไป ถือว่าเด็กมีพัฒนาการเร็วกว่าปกติ เด็กที่มี D.Q. ระหว่าง 90-109 ถือว่ามีพัฒนาการปกติ

เด็กที่มี D.Q. ระหว่าง 70-89 ถือว่าเด็กมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ และถ้า D.Q. ต่ำกว่า 69 ลงไปถือว่าเด็กมีพัฒนาการช้าผิดปกติ (ซีรันนท์, 2528; เขียวลักษณ์, 2532; จินตนา และมณีรัตน์, 2537)

TDST เป็นแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยที่สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2530 โดยอุดม และคณะ โดยแบ่งพัฒนาการเด็กออกเป็น 5 หมวดใหญ่ๆ คือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษาและการได้ยิน การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการทางสังคม

นอกจาก TDST ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินพัฒนาการของเด็กไทยแล้วยังมีแบบสังเกตพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี ซึ่งกรมการพัฒนาชุมชน สำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ได้ร่วมมือกันจัดทำขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครูผู้สอนนักเรียนระดับก่อนประถมศึกษา ใช้สำหรับสังเกตพัฒนาการของเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก และจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับความพร้อมของเด็ก

สำหรับแบบทดสอบพัฒนาการนอกเหนือจากที่กล่าวแล้ว จะเป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาสำหรับงานวิจัยอื่นๆ ส่วนมากเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประชากรที่มีจำนวนมาก ซึ่งจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือการประเมินผลการประเมินขึ้นมาเอง เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ และครอบคลุมพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ ให้มากที่สุด ซึ่งได้แก่ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย โดยนิตยา นิขรา และชัยยศ (2543) รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถาม และการตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 ของ จันทรเพ็ญ และคณะ (2539) และรายงานการติดตามประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด กรมการศาสนา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536)

พัฒนาการของเด็กไทย

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กไทย สามารถแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการศึกษาระดับประเทศ ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของเด็กไทยได้ งานวิจัยลักษณะนี้จะมีเพียง 3 ชิ้น คือ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย (นิตยา นิขรา และชัยยศ, 2543) รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถาม และการตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 (จันทรเพ็ญ และคณะ, 2539) และรายงานการติดตามประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด กรมการศาสนา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2536) กลุ่มที่สอง เป็นงานวิจัยขนาดเล็กและเป็นงานปริญญา นิพนธ์ งานวิจัยในกลุ่มนี้มีมากพอสมควร กลุ่มเป้าหมายจะเน้นอยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันและสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า กลุ่มตัวอย่างจะมีขนาดเล็ก ซึ่งไม่อาจเป็นตัวแทนของเด็กไทย แต่สามารถสะท้อนให้เห็นพัฒนาการของเด็กในแต่ละสถานศึกษาได้บ้าง ในการวิเคราะห์จะใช้งานระดับประเทศเป็นหลัก แล้วนำงานวิจัยอื่นๆ เป็นตัวเสริมหรือร่วมอภิปราย

การศึกษาพัฒนาการของเด็กในระดับประเทศล่าสุด คือ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทยโดย นิตยา นิขรา และชัยยศ (2543) ในส่วนของพัฒนาการเด็ก ศึกษาในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 3,306 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ใช้แบบประเมินพัฒนาการแบบคัดกรองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งดัดแปลงจาก Denver II, Early Language Milestone (ELM) และแบบทดสอบ TDST โดยใช้เกณฑ์ขั้นต่ำ คือ เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 90 เป็นส่วนใหญ่ มีบางพฤติกรรมใช้เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 และแปลผลด้วยการใช้พฤติกรรมพัฒนาการที่เด็กทำได้เปรียบเทียบกับอายุจริง หากทำได้เท่ากับอายุจริงหรือทำเกินอายุจริง 1 ระดับ ถือว่าปกติตามวัย หากทำเกิน 2 ระดับถือว่าปกติค่อนข้างเร็ว แต่ถ้าทำได้ต่ำกว่าอายุจริง 1 ระดับถือว่า สงสัยช้า หากทำได้น้อยกว่าอายุจริง 2 ระดับขึ้นไปถือว่า

พัฒนาการล่าช้า โดยแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้าน คือด้านสังคม ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อเล็กและกล้ามเนื้อใหญ่

ส่วนรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 ของจันทร์เพ็ญและคณะ (2539) ดำเนินการในปี 2534-2535 ในส่วนของการประเมินพัฒนาการเด็กได้ศึกษาในเด็กอายุ 2-60 เดือน ทั้งหมด 2,139 คน โดยพัฒนาเครื่องมือประเมินพัฒนาการเป็นแบบคัดกรองที่คัดแปลงจาก เกณฑ์ทดสอบของเคนเวอร์ ซึ่งแบ่งพัฒนาการออกเป็น 4 ด้าน เช่นเดียวกับของ นิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) โดยคัดเลือกเกณฑ์ที่เป็นเกณฑ์พัฒนาการที่ 75-90 เปอร์เซนต์ไทล์ของเด็กอายุนั้นๆ ควรทำได้ สามารถวัดได้ชัดเจนและสังเกตได้ ง่ายต่อการนำไปใช้และเหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย แปลผลโดยใช้ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละด้านพัฒนาการ

สำหรับรายงานการติดตามประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด กรมการศาสนาของสำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ เป็นการวัดความพร้อมของพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคมของเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดจำนวน 26 ศูนย์เด็ก 173 คน โดยแบ่งกลุ่มอายุเด็กออกเป็น 4 กลุ่มคือ ระหว่าง 2-3 ปี 3-4 ปี 4-5 ปี และ 5-6 ปี ใช้เครื่องมือประเมินความพร้อมของพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการ โดยมีคำถามในแต่ละด้าน ด้านละ 3 ข้อ ยกเว้นพัฒนาการด้านร่างกายมี 6 ข้อ เนื่องจากในด้านนี้ได้แบ่งเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ 3 ข้อ และกล้ามเนื้อเล็ก 3 ข้อ แปลผลโดยให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0 เมื่อทำไม่ได้หรือตอบไม่ได้ คะแนน 1 เมื่อทำได้ และคะแนน 2 เมื่อทำได้ดี ส่วนเกณฑ์ที่ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (อิงกลุ่ม) และร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (อิงเกณฑ์)

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาประเมินพัฒนาการเด็กในแต่ละงานวิจัยจะแตกต่างกันออกไปเช่นเดียวกับเกณฑ์การประเมินผล ทำให้ยากต่อการนำผลการวิจัยในส่วนของพัฒนาการเด็กมาเปรียบเทียบกัน ดังนั้นจึงนำเสนอผลงานวิจัยในแต่ละเรื่องดังนี้

ผลการศึกษาพัฒนาการเด็กไทยของนิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) ในส่วนของการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบคัดกรอง พบว่า ในภาพรวมร้อยละ 0.3 ของเด็กที่ศึกษามีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ร้อยละ 16.2 มีพัฒนาการช้าด้านใดด้านหนึ่ง ร้อยละ 14.7 มีพัฒนาการปกติ และร้อยละ 68.9 มีพัฒนาการปกติค่อนข้างเร็ว ช่วงอายุที่เด็กมีพัฒนาการปกติค่อนข้างเร็วที่สุดคือ แรกเกิด - 12 เดือน และช่วงอายุที่เด็กมีพัฒนาการผิดปกติล่าช้ามากที่สุดคือ 61-72 เดือน โดยเริ่มพบตั้งแต่เด็กอายุ 37 เดือน เมื่อพิจารณาพัฒนาการในแต่ละด้านพบว่า เด็กมีปัญหาพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กมากที่สุด (ล่าช้า+สงสัยช้า) กล่าวคือ ร้อยละ 5.7 มีพัฒนาการล่าช้า และร้อยละ 24.7 สงสัยช้า รองลงมาคือ กล้ามเนื้อใหญ่ โดยมีร้อยละ 4.6 พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 16.4 สงสัยช้าส่วนพัฒนาการด้านสังคมและการใช้ภาษา เป็นพัฒนาการที่เด็กมีปัญหาน้อยที่สุด แม้ว่าพัฒนาการด้านภาษาเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 6.1 แต่มีสงสัยช้าเพียง 8.3 (ตารางที่ 5.1) เมื่อนำพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กมารวมกับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านสติปัญญา พบว่า ร้อยละ 10.2 ของเด็กมีพัฒนาการด้านนี้ล่าช้า

ตารางที่ 5.1 ร้อยละของผลการประเมินพัฒนาการแต่ละด้าน

ผลการประเมิน	ด้านพัฒนาการ			
	สังคม (n = 3,220)	ภาษา (n = 3,220)	กล้ามเนื้อเล็ก (n = 3,167)	กล้ามเนื้อใหญ่ (n = 3,196)
ล่าช้า	4.9	6.1	5.7	4.6
สงสัยช้า	9.4	8.3	24.7	16.4
ปกติตามวัย	32.8	29.5	54.0	47.6
ปกติค่อนข้างเร็ว	52.9	56.1	15.6	31.4

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจากนิตยา นิชรา และชัยยศ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย 2543

เมื่อพิจารณาพัฒนาการแต่ละด้านตามภาค (ตารางที่ 5.2) เด็กในกรุงเทพมหานคร มีพัฒนาการทุกด้านอยู่ระดับปกติและปกติค่อนข้างเร็ว มากกว่าภาคอื่น ยกเว้นพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ซึ่งน้อยกว่าภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มเด็กในกรุงเทพมหานคร มีโอกาสทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและกล้ามเนื้อเล็กมากกว่าเด็กในเขตอื่นทั้งหมด แต่ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ น้อยกว่าส่วนด้านสังคมใกล้เคียงกัน (นิตยา นิชรา และชัยยศ, 2543) ภาคเหนือเป็นภาคที่เด็กมีพัฒนาการด้านสังคมและภาษาอยู่ระดับล่าช้ามากกว่าภาคอื่น คือ ร้อยละ 7.1 และ 8.4 ตามลำดับ ในขณะที่อีกสองด้านพัฒนาการ คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและกล้ามเนื้อใหญ่ เด็กมีพัฒนาการอยู่ในระดับล่าช้า มาตรการมาจากภาคใต้สำหรับกล้ามเนื้อเล็ก และมาตรการจากภาคกลางสำหรับกล้ามเนื้อใหญ่ ภาคใต้เป็นภาคที่เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กอยู่ระดับล่าช้ามากที่สุด ภาคกลางเป็นภาคที่เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่อยู่ระดับล่าช้ามากที่สุด

เมื่อพิจารณาพัฒนาการแต่ละด้านตามเขตการปกครอง เด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการในแต่ละด้านอยู่ระดับล่าช้ามากกว่าเด็กในเขตเทศบาล เช่นเดียวกันเมื่อประเมินพัฒนาการเด็กทั้ง 4 ด้าน รวมกัน พบว่า เด็กนอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการช้าทุกด้าน และช้าด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าเด็กในเขตเทศบาลทุกด้านช้ากว่าเด็กในเขตเทศบาล (นิตยา นิชรา และชัยยศ, 2543) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กในเขตเทศบาลมีโอกาสได้เล่นหรือทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก ภาษา สังคม มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ยกเว้นกล้ามเนื้อใหญ่ที่ไม่ต่างกัน และบิดามารดาในเขตเทศบาลมีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามากกว่าบิดามารดาที่อยู่นอกเขตเทศบาลถึง 7.3 เท่าในกลุ่มบิดา และ 8.1 ในกลุ่มมารดา (นิตยา นิชรา และชัยยศ, 2543)

สำหรับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2539) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย (2-60 เดือน) พบว่าเมื่อพิจารณาพัฒนาการทั้ง 4 ด้านพร้อมกัน ร้อยละของเด็กที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการทั้ง 4 ด้านนี้สูงสุดในกลุ่มอายุ 8 เดือน และ 10 เดือน ต่ำสุดในช่วงอายุ 58-60 เดือน ค่าเฉลี่ยของอัตราการผ่านเกณฑ์ในเด็กอายุ 2-10 เดือน คือ ร้อยละ 74.7 แนวโน้มของเด็กที่ผ่านเกณฑ์ค่อยๆ ลดลงตั้งแต่อายุ 12 เดือนขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์รายภาคเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการผ่านเกณฑ์สูงสุดคือ ร้อยละ 83.3 ในขณะที่เด็กในภาคเหนือผ่านเกณฑ์ต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 71.9 ซึ่งใกล้เคียงกับภาคใต้ (ร้อยละ 72) เมื่อพิจารณาพัฒนาการตามถิ่นที่อยู่อาศัยเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีอัตราการไม่ผ่านเกณฑ์สูงกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 26.6 และ 23.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 5.2 ร้อยละพัฒนาการเด็กไทยในแต่ละด้านจำแนกตามภาค

ด้านพัฒนาการ ภาค	สังคม			ภาษา			กล้ามเนื้อมัดเล็ก			กล้ามเนื้อมัดใหญ่		
	ล่าช้า	สงสัยช้า	ปกติ+เร็ว	ล่าช้า	สงสัยช้า	ปกติ+เร็ว	ล่าช้า	สงสัยช้า	ปกติ+เร็ว	ล่าช้า	สงสัยช้า	ปกติ+เร็ว
กรุงเทพมหานคร	3.7	7.8	88.6	3.9	4.1	92	5.9	15.9	78.3	4.9	15.7	79.3
กลาง	3.8	11.0	85.3	4.9	6.4	88.7	5.3	33.1	61.7	5.6	16.6	77.9
เหนือ	7.1	10.5	82.4	8.4	9.8	81.8	6.3	24.6	69.1	5.0	14.0	81
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4.1	9.6	86.2	5.5	8.0	85.9	4.3	25.8	69.9	2.9	15.9	81.3
ใต้	5.4	7.8	86.8	6.9	11.2	81.8	6.6	22.4	70.9	5.0	19.4	75.6

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจาก นิตยา นิชรา และชัยยศ สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย 2543

เมื่อพิจารณาพัฒนาการในแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของร้อยละเด็กที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็ก ภาษา และสังคมเท่ากับ 87.4 89.7 91.4 และ 93.2 ตามลำดับ และเมื่อรวมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการใช้ภาษาเข้าด้วยกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยของการผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละ 84.7

ส่วนผลการประเมินความพร้อมของพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก ในรายงานการติดตามการประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด ธรรมการศาสนา พบว่า เมื่อประเมินโดยใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม (ผ่านค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม) ร้อยละของเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมพัฒนาการด้านจิตใจมากที่สุด คือ ร้อยละ 61.9 น้อยที่สุด คือ ความพร้อมของพัฒนาการด้านสติปัญญา (ร้อยละ 44.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม 2.4 จากคะแนนเต็ม 9 (ตารางที่ 5.3) แต่เมื่อประเมินโดยใช้เกณฑ์อิงเกณฑ์ (ผ่านร้อยละ 80 ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) พบว่า ไม่มีเด็กคนใดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 สอบเกณฑ์ร้อยละ 60 มีเด็กผ่านเกณฑ์เกินครึ่งหรือร้อยละ 50 ขึ้นไป มีเพียงพัฒนาการด้านเดียวคือด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนพัฒนาการด้านสติปัญญา มีเด็กผ่านเกณฑ์เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 เท่านั้น ซึ่งผู้ประเมินสรุปว่าเป็นเพราะกิจกรรมที่จัดให้เด็กเป็นการอ่าน-เขียน การเลี้ยงดูเด็กทั่วไปไม่ได้กระตุ้นการรับรู้ สัมผัส การคิดของสมอง (สำนักงานนายกรัฐมนตรื, 2536)

ตารางที่ 5.3 ร้อยละของเด็กก่อนเกณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์แบบประเมินพัฒนาการ

ด้านพัฒนาการ	ค่าเฉลี่ย (คะแนนเต็ม)	เกณฑ์การประเมิน		
		อิงกลุ่ม	อิงเกณฑ์ ร้อยละ 80	อิงเกณฑ์ ร้อยละ 60
ร่างกาย	7.73 (18)	57.2	28.3	57.2
- กล้ามเนื้อมัดใหญ่	4.45 (9)	56.1	ไม่ผ่าน	34.7
- กล้ามเนื้อมัดเล็ก	3.28 (9)	47.4	ไม่ผ่าน	6.4
อารมณ์	4.16 (9)	44.5	ไม่ผ่าน	28.3
จิตใจ	3.75 (9)	61.9	ไม่ผ่าน	21.4
สังคม	4.47 (9)	54.9	ไม่ผ่าน	21.2
สติปัญญา	2.40 (9)	44.5	ไม่ผ่าน	0.6

แหล่งข้อมูล : คัดแปลงจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี รายงานการติดตามประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด ธรรมการศาสนา, 2536

แม้ว่างานวิจัยทั้ง 3 ชิ้นนี้จะมีเครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กและเกณฑ์ในการแปลผลการประเมินที่แตกต่างกันดังที่กล่าวแล้ว แต่มีจุดสรุปของงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เด็กมีปัญหาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กเมื่อเทียบกับพัฒนาการด้านอื่นๆ และเมื่อเอาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ไปรวมกับพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านสติปัญญา (นิตยา นิขร และชัชยศ, 2543) พบว่า ร้อยละ 10.2 ของเด็กจะมีพัฒนาการด้านนี้ล่าช้า ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับพัฒนาการด้านอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการเด็กแห่งชาติ (2536) ที่พบว่าความพร้อมของพัฒนาการด้านสติปัญญา เป็นพัฒนาการที่มีเด็กเพียง 1 คนที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม และไม่มีเด็กคนไหนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

ในส่วนของอายุกับพัฒนาการเด็ก การศึกษาของจันทรเพ็ญ และคณะ (2539) พบว่า ช่วงอายุที่เด็กผ่านเกณฑ์การประเมินมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 8-10 เดือน และช่วงที่ผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 58-60 เดือน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของนิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) ที่พบว่า ช่วงอายุที่เด็กมีพัฒนาการอยู่ระดับปกติค่อนข้างเร็วที่สุด คือ แรกเกิด - 12 เดือน และช่วงอายุที่เด็กมีพัฒนาการอยู่ระดับผิดปกติล่าช้ามากที่สุด คือ 61-72 เดือน โดยเริ่มพบตั้งแต่อายุ 37 เดือนเป็นต้นไป แสดงให้เห็นว่าเด็กช่วงอายุ 3-6 ปี ซึ่งอยู่ในวัยอนุบาลไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านสติปัญญา

ภาคเหนือ เป็นภาคที่มีจำนวนเด็กผ่านเกณฑ์การประเมินต่ำที่สุด ซึ่งพบทั้งการศึกษาของจันทรเพ็ญ และคณะ (2539) และนิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาถึงสภาพแวดล้อมของเด็กในภาคเหนือที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไข หรือป้องกันเด็กจากการมีพัฒนาการล่าช้า เช่นเดียวกันที่งานวิจัยทั้ง 2 นี้ พบว่า เด็กนอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการทุกด้านช้ากว่าเด็กในเขตเทศบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กในเขตเทศบาลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก

โครงการอนุบาลชนบท เป็นโครงการที่กระทรวงศึกษาธิการได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2539 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพัฒนาทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ-อารมณ์ และสังคม ให้เจริญเติบโตเต็มศักยภาพแก่เด็กในชนบทอย่างเสมอภาค ด้านโอกาสทางการศึกษาเช่นเดียวกับเด็กในเมือง โดยให้เด็กในชนบทอายุ 4-6 ปี ได้เข้าเรียนชั้นอนุบาล หลักสูตร 2 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ จากรายงานการประเมินสัมฤทธิ์ผลโครงการอนุบาลชนบทช่วงทศวรรษที่ 1 พ.ศ. 2529-2539 ซึ่งมีจุดประเมินอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านปัจจัย ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยด้านผลผลิตจะประเมินพัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความคิดสร้างสรรค์ และพัฒนาการรู้คิดด้านจริยธรรมของเด็ก ภายหลังจากได้เข้าเรียนในชั้นอนุบาล ผลการประเมินจะกล่าวเฉพาะพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จากกลุ่มตัวอย่าง 9,418 คน (47 จังหวัด) พัฒนาการด้านความคิดสร้างสรรค์ จากกลุ่มตัวอย่าง 13,162 คน (48 จังหวัด) และพัฒนาการด้านจริยธรรม จากกลุ่มตัวอย่าง 583 คน (23 จังหวัด) ดังนี้

พัฒนาการด้านสติปัญญาในส่วนของ การรับรู้ การคิดและการเรียนรู้ โดยภาพรวม เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าอายุร้อยละ 43.05 เท่ากับอายุ 29.86 และต่ำกว่าอายุ 27.05 หรือหนึ่งในสี่ของเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาไม่สมกับอายุ ด้านความคิดสร้างสรรค์ มีความคิดสร้างสรรค์ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 19.61 66.84 และ 13.55 ตามลำดับ ในส่วนของพัฒนาการด้านจริยธรรมประเมินด้านการรู้จักตนกับการมีคุณลักษณะทางสังคม เด็กมีพัฒนาการด้านรู้จักตนเอง ระดับสมวัย ได้แก่ ความมีระเบียบวินัย การควบคุมตนเอง ความขยันเอาใจใส่รับผิดชอบ ร้อยละ 76 73 และ 70 ตามลำดับ และอีกร้อยละ 24 27 30 ยังมีระดับน้อยกว่าวัย ส่วนคุณลักษณะทางสังคม ได้แก่ ความสามัคคี ความกตัญญูต่อเวที ความเสียสละ ความซื่อสัตย์ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 81 78 75 72 และ 71 ตามลำดับ และอีกร้อยละ 19 22 25 28 และ 29 มีพัฒนาการน้อยกว่าวัย (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 ร้อยละของระดับพัฒนาการทางด้านจริยธรรม จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	พัฒนาการด้านจริยธรรม	
	สมวัย	น้อยกว่าวัย
ด้านการรู้จักตนเอง		
ความมีระเบียบวินัย	76	24
การควบคุมตนเอง	73	27
ความขยันเอาใจใส่	70	30
ด้านคุณลักษณะทางสังคม		
ความสามัคคี	81	19
ความกตัญญูกตเวที	78	22
ความเสียสละ	75	25
ความซื่อสัตย์	72	28
ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	71	29

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจากรายงานการประเมินสัมฤทธิ์ผลทศวรรษที่ 1 โครงการอนุบาลชนบท พ.ศ. 2529-2539 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ, 2541.

การที่เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาต่ำกว่าอายุร้อยละ 27.05 นั้น ผู้ประเมินอภิปรายว่า เป็นเพราะการจัดกิจกรรมให้เด็กขี้มุ้ง จำเนื้อหา และอ่าน-เขียนเบื้องต้น จึงไม่มีคุณภาพเพียงพอที่จะพัฒนาเด็กทุกมิติให้เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ และจากการศึกษาของอุษา (2531) ได้สะท้อนให้เห็นว่าระดับปัญหาในการจัดประสบการณ์ของครูส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก กล่าวคือ เด็กปฐมวัยที่เรียนกับครูที่มีปัญหาการจัดประสบการณ์น้อยที่สุด มีพัฒนาการทางสติปัญญาสูงกว่า เด็กปฐมวัยที่เรียนกับครูที่มีปัญหาการจัดประสบการณ์มากที่สุด จากการที่เด็กมีพัฒนาการด้านการรู้จักตนเองและด้านคุณลักษณะสังคมอยู่ระดับต่ำกว่าวัย กล่าวคือ อยู่ระหว่างร้อยละ 24-30 และ 19-29 ตามลำดับนั้น ผู้ประเมินอภิปรายว่า เป็นเพราะเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาดำหรือชะงัก ทำให้พัฒนาการด้านจริยธรรมชะงัก ไม่สามารถพัฒนาขั้นสูงขึ้น (ดวงเดือน, 2538 อ้างตามสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ, 2541) ซึ่งผลการประเมินนี้สอดคล้องกับโครงการประเมินศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด (สำนักงานคณะกรรมการเด็กแห่งชาติ, 2536) ในประเด็นของการจัดกิจกรรมให้เด็กอนุบาลศึกษา

กล่าวโดยสรุปในส่วนของพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กยังมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าหรือต่ำกว่าวัย ประมาณการได้ว่าเด็ก 6 คน จะพบเด็กมีพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งล่าช้า 1 คน ด้านพัฒนาการที่มีปัญหามากคือ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และพัฒนาการด้านสติปัญญา โดยพบในช่วงอายุ 3-6 ปี ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากระบบการจัดการศึกษาในระดับอนุบาลศึกษาที่มักเน้นการเขียน-อ่าน และครูมีปัญหากการจัดประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็ก เด็กในภาคเหนือเป็นเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการมากกว่าภาคอื่น เช่นเดียวกับเด็กนอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กในเขตเทศบาล เนื่องจากสภาพแวดล้อมของเด็กขาดสิ่งกระตุ้นพัฒนาการและเด็กยังขาดโอกาสทางการศึกษา โครงการอนุบาลชนบทจึงเป็นโครงการที่ช่วยให้เด็กในชนบทมีโอกาสดูแลศึกษาในชั้นอนุบาลเท่ากับเด็กในเขตเมือง

พัฒนาการเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากสังคมเกษตรกรรม เป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้มีการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง หรือเขตอุตสาหกรรม ทำให้ครอบครัวขยายที่มีคนหลายรุ่นอยู่ร่วมกัน กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก นอกจากนี้ความต้องการแรงงานหญิงมีมากขึ้น โดยเฉพาะโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องการความละเอียด (สำนักคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2537) ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้แม่ต้องออกไปทำงานข้างนอก เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เด็กจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่ในความดูแลของผู้อื่น สถานที่นิยมเอาลูกไปฝากคือ สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ดังนั้นสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน จึงเป็นสถานที่ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กเนื่องจากเด็กใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในนี้ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

งานวิจัยที่ศึกษา พัฒนาการเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ส่วนมากเป็นปริญาานิพนธ์มหาบัณฑิต มีบางส่วนเป็นงานวิจัยขนาดเล็ก ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

เด็กที่เลี้ยงดูที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวันส่วนมากมีพัฒนาการโดยรวมปกติ (สุธีรา และคณะ, 2533 และ ศศิธร, 2535) มีเร็วกว่าปกติบ้าง (อาภาวรรณ, 2535 และอารีรัตน์ และคณะ, 2540) และพบอาจผิดปกติเล็กน้อย (สุธีรา และคณะ, 2533 และ ศศิธร, 2535) สำหรับด้านพัฒนาการที่ส่วนใหญ่พบว่าเร็วกว่าปกติ คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการใช้ภาษาและการได้ยิน และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม (อารีรัตน์ และคณะ 2540) ต่างกับการศึกษาของอาภาวรรณ (2535) ที่พบเฉพาะพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง ส่วนพัฒนาการช้าที่พบในการศึกษาของสุธีรา และคณะ (2533) คือ พัฒนาการด้านภาษาและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการศึกษาของศศิธร (2535) คือ ด้านการช่วยเหลือตนเอง แต่เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กที่เลี้ยงดูที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวันกับเด็กที่เลี้ยงดูที่บ้าน พบว่า ผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือการศึกษาของ จวีวรรณ (2522) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 2.5-4 ปี จำนวน 50 คนในแต่ละแห่งพบว่า พัฒนาการของเด็กที่เลี้ยงดูด้วยพี่เลี้ยงที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ในด้านการช่วยเหลือตนเองดีกว่าเด็กที่เลี้ยงดูด้วยพี่เลี้ยงที่บ้าน เนื่องจากพี่เลี้ยงเด็กที่อยู่ที่บ้านช่วยเหลือเด็กหรือทำสิ่งต่างๆ ให้เด็กมากกว่าพี่เลี้ยงเด็กที่ศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน และพบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูของพี่เลี้ยงกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมการรักษาความสะอาดของร่างกายและการแต่งกายกับกิจกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถในด้านช่วยเหลือตนเองของเด็กที่เลี้ยงที่บ้าน พบว่า เด็กมีความสามารถในการเข้าสังคมดีกว่ากิจกรรมอื่นๆ ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของสุธีรา และคณะ (2533) ที่ศึกษาในเด็ก 2.5-6 ปี จำนวน 120 คน ไม่พบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กที่เลี้ยงดูที่บ้านและที่ศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน

สรุป ระดับพัฒนาการของเด็กที่เลี้ยงดูในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเลี้ยงดูของพี่เลี้ยง โดยเฉพาะพัฒนาการในด้านการช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กด้วยเนื่องจากเด็กใช้เวลาส่วนหนึ่งอยู่กับครอบครัว

พัฒนาการด้านจริยธรรม

การพัฒนาการด้านจริยธรรมในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นการปูรากฐานที่สำคัญสำหรับเด็กที่จะเจริญเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่มีสภาพจิตใจที่สมบูรณ์ ไม่โลภหลงจนไร้เหตุผล มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถบังคับตนเองพอสมควร มีเหตุมีผล รู้ผิดรู้ชอบ รู้จักรับและรู้จักให้ มีความคิดสร้างสรรค์ สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

(วันเพ็ญ และคณะ, 2526) พัฒนาการด้านจริยธรรมของเด็กปฐมวัยจะอยู่ระดับก่อนกฎเกณฑ์ขั้นที่ 1 หลบหลีกการถูกลงโทษ การตัดสินใจสิ่งใดดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้นๆว่าเมื่อกระทำไปแล้วจะถูกลงโทษหรือไม่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านจริยธรรมโดยตรงมีน้อยมาก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่ทบทวนได้เป็นงานวิจัยที่ทำสิบกว่าปีที่แล้ว โดยใช้ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของโคเบอร์ก เป็นแนวคิดในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ งานวิจัยของทิพย์สุดา (2523) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการทางจริยธรรมกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 4-6 ปี 90 คน โดยมีเด็กในแต่ละอายุ (4 5 และ 6 ปี) 30 คน ในส่วนของพัฒนาการทางจริยธรรมพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่ในทุกระดับอายุ ใช้เหตุผลในขั้นที่ 1 (ยึดหลักการหลบหลีกการลงโทษ) มากที่สุด แต่เมื่อเด็กอายุมากขึ้นร้อยละของเด็กที่ใช้เหตุผลขั้นที่ 1 ลดลง แต่ร้อยละของการใช้เหตุผลขั้นที่ 2 (ยึดหลักการแสวงหารางวัล) และขั้นที่ 3 (ยึดหลักการทำตามที่ผู้อื่นเห็นชอบ) จะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วรรณ (2522) ที่ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการทางจริยธรรมของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของอภิญา (2530) ที่ศึกษาพัฒนาการทางจริยธรรมของเด็กก่อนวัยเรียน (4-6 ปี) ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 77 คน พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอายุกับพัฒนาการทางจริยธรรม กล่าวคือ เมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะมีพัฒนาการทางจริยธรรมสูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของทิพย์สุดา (2523) ยังแสดงให้เห็นถึงจริยธรรมที่พัฒนาแล้ว (อยู่เหนือเกณฑ์ร้อยละ 80) ในแต่ละอายุ กล่าวคือ ในเด็กอายุ 6 ปี มี 14 ด้าน คือ ความซื่อสัตย์ ความเอื้อเฟื้อ ความสามัคคี ความมีน้ำใจ ความเสียสละ ความยุติธรรม ความกตัญญู กตเวทิตะ ความมีระเบียบวินัย ความเมตตากรุณา ความขยัน ความรับผิดชอบ การควบคุมตนเอง การเห็นประโยชน์ส่วนรวม การเคารพสิทธิผู้อื่น ส่วนเด็กอายุ 5 ปี มีจริยธรรมเกิดขึ้น 12 ด้าน ยกเว้นด้าน ความสามัคคี ความยุติธรรม และเด็กอายุ 4 ปี มีจริยธรรมเกิดขึ้น 10 ด้าน ยกเว้นด้านความสามัคคี ความยุติธรรม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ และคณะ (2526) ความขยัน และความรับผิดชอบ การอบรมเลี้ยงดูที่เป็นจริยธรรมที่พอดี ไม่มากหรือน้อยเกินไป จะเอื้อต่อพัฒนาความพร้อมของเด็กด้านความคล่องแคล่วทางภาษาของเด็ก และการแสดงออก (วันเพ็ญ และคณะ, 2526)

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ พันธุกรรม (ปัจจัยภายใน) และสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยภายนอก) โดยพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดศักยภาพของเด็ก ส่วนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ไปถึงศักยภาพที่เด็กได้มาจากพันธุกรรม โดยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กมากที่สุดคือ บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการหรือจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่างานวิจัยส่วนมากเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยอยู่ระหว่าง 10-36 คน เป้าหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู หรือครอบครัวเด็ก กิจกรรมที่ศึกษา (treatment) ส่วนมากเป็นการให้ความรู้แก่บิดามารดาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการสอนพร้อมทั้งให้คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไว้กับบิดามารดา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลี้ยงดูเด็ก การจัดโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการ การจัดกิจกรรมการเล่นให้เด็ก และการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน งานวิจัยในกลุ่มนี้ที่เป็นโครงการวิจัยระดับชาติมีอยู่ 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว

การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ สุภานันท์ (2538) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการทารกแก่บิดามารดาโดยการสอนและแจกคู่มือการส่งเสริมพัฒนา พบว่า ภายหลังจากให้ความรู้และแจกคู่มือแล้วบิดามารดาจะมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการบุตรวัยทารกเพิ่มขึ้น และมากกว่าบิดามารดาในกลุ่มควบคุม และทารกของบิดามารดาที่ได้รับการสอนและคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จะมีพัฒนาการดีกว่าทารกที่บิดามารดาไม่ได้รับการสอนและคู่มือส่งเสริมพัฒนาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริกุล และชัยวัฒน์ (2534) ที่ศึกษาผลการใช้ "คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย" ในโครงการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวพบว่าครอบครัวที่ได้รับ "คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย" เด็ก (อายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี) จำนวน 41 คน ภายหลังจากได้รับคู่มือนี้แล้ว 4, 8 เดือน เด็กมีพัฒนาการโดยรวม พัฒนาการด้านสังคมและบุคลิกภาพ และกล้ามเนื้อมัดเล็กก้าวหน้ากว่า เด็กจากครอบครัวที่ไม่ได้รับ "คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาด" นอกจากนี้การศึกษาของจำรัส (2536) พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับพัฒนาการการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กวัยทารกและวัยหัดเดิน คือ บิดามารดาที่เลี้ยงดูโดยสนับสนุนให้เด็กช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพของเด็ก ทำให้เด็กมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้พัฒนาการโดยรวมของเด็กดีขึ้นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของวราภรณ์ (2538) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้พัฒนาการเด็กกับการอบรมเลี้ยงดูของมารดาเป็นไปในทางบวก กล่าวคือ มารดาที่มีความรู้พัฒนาการเด็กสูงจะมีการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการเหมาะสมตามศักยภาพ และตามวัยดี และคิดว่ามารดาที่มีความรู้พัฒนาการเด็กต่ำกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ และคณะ (2522) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ สามารถนำความรู้นั้นมาใช้ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยในกลุ่มนี้แสดงให้เห็นว่าเด็กมีศักยภาพที่จะพัฒนาแต่ไม่ได้รับการส่งเสริมหรือการกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ โดยจะเลี้ยงบุตรตามที่ตนเองเคยถูกเลี้ยงมา และยังมีเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กในบางเรื่อง เช่น ไม่อุ้มบอ่ย กลัวติดมือ (บังอร จุฑารัตน์ และศิริกุล, 2533)

การจัดโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หากได้รับการกระตุ้นเร็ว ซึ่งอาจเป็นการเร็วด้วยการพูดจากมารดาทุกวัน หรือได้รับการกระตุ้นจากบิดามารดาตามโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการตามที่กำหนดไว้ เด็กจะมีพัฒนาการก้าวหน้ากว่าเด็กที่ไม่ได้รับการกระตุ้นเร็วในช่วง 3 เดือนหลังได้รับการกระตุ้น (เพ็ญศรี และคณะ, 2528; ศิริกุล และชัยวัฒน์, 2533) แต่การศึกษาของทัศนีย์ (2531) เกี่ยวกับผลของการกระตุ้นโดยการสัมผัสต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกพบว่า พัฒนาการในทุกด้านของเด็กในกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างจากเด็กในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน้อยเกินไป คือ กลุ่มละ 10 คนเท่านั้น

จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าเด็กปกติหรือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือกระตุ้นพัฒนาการตามศักยภาพของเด็กจากผู้เลี้ยงดูอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น จึงควรที่จะรณรงค์ให้บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก และเห็นความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การจัดกิจกรรมการเล่น กิจกรรมการเล่นเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กรอบด้าน ซึ่งรายละเอียดในเรื่องนี้ได้กล่าวไว้ในหัวข้อเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการในหัวข้อการเล่น นอกจากการจัดกิจกรรมการเล่น บรรยากาศที่มีเสียงดนตรีประกอบในขณะที่มีการจัดกิจกรรมสามารถส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางสติ

ปัญญาสูงขึ้น จากการศึกษาของฉัตรชอุดา (2537) พบว่า เด็กที่ได้รับการจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่มีเสียงดนตรีประกอบมีพัฒนาการทางสติปัญญาสูงกว่าเด็กที่ได้รับการจัดกิจกรรมแบบปกติที่ไม่มีเสียงดนตรีประกอบ

การจัดกิจกรรมในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน สำหรับเด็กที่เลี้ยงดูในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน กิจกรรมที่สถานเลี้ยงเด็กกลางวันจัดให้เด็กในแต่ละวัน จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก จากการศึกษาของจิราพร (2529) เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน จำนวน 49 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสถานเลี้ยงเด็กกลางวันส่วนมากมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ภาษา สังคมและการช่วยเหลือตนเอง สำหรับกิจกรรมที่ส่วนใหญ่ไม่ได้จัดให้ ในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก มัดใหญ่ คือ การให้เด็กลากรดเข็นดิน ขี่รถจักรยานสามล้อเล็ก การเล่นดิน ททราย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสถานที่ไม่เอื้ออำนวย และไม่มีอุปกรณ์

โครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว เป็นโครงการที่มุ่งเน้นพัฒนาเด็กแบบรวมส่วนหรือแบบบูรณาการ โดยให้ครอบครัวเป็นแกนหลัก และชุมชนเป็นฐานที่มีส่วนร่วม ตั้งแต่วางแผนการดำเนินงานจนถึงการติดตามประเมิน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2537 ได้รับเงินสนับสนุนจากองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ร่วมกับมูลนิธิสังเคราะห์เด็กยากจน (CCF) ในประเทศไทย โดยระยะที่ 1 (พ.ศ. 2533) ทำการวิจัยใน 5 จังหวัด คือ พิชณุโลก น่าน ขอนแก่น และสุรินทร์ จังหวัดละ 2 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านในโครงการ และหมู่บ้านควบคุม จังหวัดละแห่ง ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2536-2539) ดำเนินการที่จังหวัดนครสวรรค์ ในอำเภอไพศาลี โดยมี 3 หมู่บ้านในโครงการ และ 3 หมู่บ้านควบคุม กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กในหมู่บ้านอายุต่ำกว่า 6 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัวต่อภาวะสุขภาพ พัฒนาการ ภาวะแวดล้อมในบ้าน และการเลี้ยงดูเด็ก จากการศึกษาข้อมูลโดยการตรวจวัดพัฒนาการและสุขภาพอนามัยของเด็กตามกลุ่มอายุ หมู่บ้านละ 28 คน ติดตามคนเดิมในครั้งที่ 2 ผลการวิจัยในส่วนของพัฒนาการสรุปได้ดังนี้

ก่อนเริ่มโครงการฯ เด็กในหมู่บ้านทั้งสองกลุ่มมีระดับพัฒนาการช้ากว่าวัยอยู่ประมาณร้อยละ 2.5 และร้อยละ 25 อยู่ในระดับที่อยู่ในเกณฑ์สงสัยว่าจะผิดปกติ ในกลุ่มเด็กอายุเกิน 3 ปี จะได้รับการทดสอบระดับเชาว์ปัญญาพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับผิดปกติ หลังการดำเนินงานโครงการฯ 1 ปี ค่าเฉลี่ยของระดับเชาว์ปัญญาของเด็กในหมู่บ้านโครงการฯ สูงขึ้น โดยเฉพาะหลัง 2 ปี พบว่า เพิ่มขึ้นมาเป็นเกณฑ์ปกติขั้นต่ำ ส่วนในหมู่บ้านควบคุมพบว่า เมื่ออายุของเด็กเพิ่มขึ้นพบว่า ปัญหาด้านเชาว์ปัญญาบกพร่องกลับมีความรุนแรงขึ้น โดยสภาวะแวดล้อมในบ้านทั้งสองกลุ่มยังมีลักษณะไม่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กเท่าที่ควร

สำหรับโครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว ต่อมาได้รับการเห็นจากคณะรัฐมนตรี ให้ขยายการดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัด 706 อำเภอ 81 กิ่งอำเภอ และ 5,484 ตำบล ภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาครอบครัว เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2537 โดยขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 0-18 ปี และอนุมัติในหลักการให้ใช้งบประมาณดำเนินการ 434,819,740 บาท ระหว่างปี 2538-2542 (5 ปี)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กสามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก หรือกรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มนี้ก็มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แล้วส่งผลเป็นหนึ่งเดียวต่อพัฒนาการของเด็กแต่ละคน เช่น จากปัจจัยภายใน (กรรมพันธุ์) เด็กอาจมีศักยภาพที่จะพัฒนาสติปัญญาในระดับสูง แต่เด็กอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นการเรียนรู้น้อย (ปัจจัยภายนอก) ส่งผลในภาพรวมให้เด็กมีการพัฒนาทาง

สติปัญญาไม่ถึงศักยภาพที่เด็กมีอยู่ เป็นต้น แต่ปัจจัยภายในเป็นสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนปัจจัยนอกเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม เพื่อการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กได้ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว

1. **สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว** การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะกับ บิดามารดา เป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก หากสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ จะมีผลให้มารดาไม่สนใจทารก ทารกขาดการกระตุ้นจากมารดา ทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า เป็นเด็กเลี้ยงไม่โต เชื่องซึม ไม่ตอบสนองสิ่งเร้า

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเรื่องนี้โดยตรงยังไม่มี โดยเฉพาะวัยก่อนเรียน เท่าที่มีอยู่จะเป็น การศึกษาทางอ้อมโดยศึกษาพัฒนาการในเด็กที่ถูกทอดทิ้งตามโรงพยาบาล และสถานพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 307 แห่งที่พบว่าร้อยละ 19 เด็กมีพัฒนาการช้าในด้านการพูด และการช่วยเหลือตนเอง และงานวิจัยของจินตนา และมณีรัตน์ (2538) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก จังหวัดชลบุรี จำนวน 133 คน ที่พบว่า เด็กที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรในด้านบวก มีคะแนนพัฒนาการสูงกว่าเด็กที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรในด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขวาลักษณ์ (2532) ที่ศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 221 คน ที่พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร และสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา มีผลต่อระดับพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคม นอกนั้นเป็นปริญญาณินทร์ของมหาบัณฑิต ที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และศึกษาในเด็กที่เลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า กลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 15 คน ไปจนถึง 80 คน ผลการศึกษาออกมาก่อนข้างสอดคล้องกันคือ เด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการช้า โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านภาษารองลงมาเป็นพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคม (จิราพร, 2525; สร้อยสุตา และคณะ 2528; อภิญญา, 2530; ประนอมและคณะ, 2530)

2. **การอบรมเลี้ยงดู** จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยและพัฒนาการของเด็กพบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ใช้ในการศึกษามีมากมาย ส่วนมากเป็นแบบประชาธิปไตย แบบเข้มงวด แบบปล่อยปละละเลย แบบใช้อำนาจกึ่งตามใจ แบบลงโทษ แบบใช้เหตุผล ยกเว้นการศึกษาของวันเพ็ญ และคณะ (2526) ที่ศึกษาวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่เน้นความสำคัญของพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา จริยธรรม และความพร้อมทางการเรียนของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งแต่ละแบบแต่ละวิธีมีผลต่อพัฒนาการแตกต่างกันไป กล่าวคือ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย และแบบปล่อยปละละเลย มีพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคมสูงกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (ถวิล, 2526 และ เขวาลักษณ์, 2532) การศึกษาของวรรณภา (2541) แสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง และการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง ส่วนเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาแบบใช้อำนาจกึ่งตามใจ มีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองสูงกว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจหรือแบบตามใจ (รัตนาวดี, 2533) ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า การที่จะให้เด็กก่อนวัยเรียนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดึ้นั้น บิดามารดาควรฝึกเด็กให้ช่วยตนเองและให้เด็กมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเอง การเข้มงวดเกินไป ไม่ปล่อยให้เด็กมีอิสระที่จะทำกิจกรรมด้วยตนเอง หรือตามใจเด็กมากเกินไป จะทำให้เด็กวัยนี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ในส่วนพัฒนาการทางจริยธรรมพบว่า เด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย จะมีจริยธรรมสูงกว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบลงโทษและแบบปล่อยปละละเลย และเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบลงโทษ จะมีจริยธรรมสูงกว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (ทิพย์สุตา, 2523) การเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ทิพย์วรรณ, 2522) จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงดูที่ควบคุมพอเหมาะมีเหตุมีผลจะช่วยเด็กพัฒนาจริยธรรมได้ดี คือมีระดับจริยธรรมที่ไม่สูงหรือต่ำเกินไป

พัฒนาการด้านสติปัญญา การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูกับพัฒนาการด้านสติปัญญาในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีน้อยมาก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน ที่พบเป็นงานวิจัยของวันเพ็ญ และคณะ (2526) ที่ศึกษาวิธีการอบรมเลี้ยงดู พัฒนาการทางร่างกาย และความพร้อมทางการเรียนของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานครที่พบว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่เน้นการพัฒนาด้านจริยธรรมมากและปานกลาง มีความพร้อมด้านความคล่องแคล่วทางภาษา การคิด และการแสดงออกมากกว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่เน้นการพัฒนาจริยธรรมน้อย และในปี พ.ศ. 2521 มีการศึกษาของเฉลิมพล ที่พบว่าเด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) ที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน จะมีสติปัญญาและความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าแตกต่างกัน และการศึกษาของดวงเดือนในปีเดียวกันพบว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสำคัญมากต่อความสันทัดภาษาไทยของเยาวชน รองลงมาคือ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล และแบบลงโทษทางจิตมากกว่าทางกาย

3. ผู้เลี้ยงดู เด็กที่อยู่กับบิดามารดามีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กกำพร้าที่เลี้ยงดูโดยเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า (สร้อยสุดา และคณะ, 2528) ผู้เลี้ยงดูที่เป็นบิดามารดาจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก เนื่องจากบิดามารดาโดยเฉพาะมารดาเป็นบุคคลที่มีความผูกพันกับเด็กมากที่สุด ซึ่งเป็นบุคคลที่คอยตอบสนองความต้องการของเด็กในเรื่องอาหาร ความรัก ความอบอุ่น ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก แต่การศึกษาของรติพร (2541) พบว่าการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพัฒนาการของบุตร ยกเว้น พัฒนาการด้านสติปัญญา และการใช้ภาษา จากการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือที่บ้านกับเด็กกำพร้าหรือเด็กที่ถูกทอดทิ้งในสถานสงเคราะห์ พบว่า เด็กในสถานสงเคราะห์มีพัฒนาการช้ามากกว่าเด็กที่เลี้ยงที่บ้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา (จิราพร, 2525; อภิญญา, 2530 และ ศศิธร, 2535) ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กขาดผู้กระตุ้นการฟังและการพูด แต่เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี 6 เดือน ที่ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวอุปการะจะมี D.Q. ต่างจากเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่แท้จริง โดย D.Q. ของเด็กจากครอบครัวอุปการะมีค่าสูงกว่า D.Q. ของเด็กจากครอบครัวที่แท้จริง (ธีรพันธ์, 2528) ซึ่งผู้วิจัยอธิบายว่า เป็นเพราะครอบครัวอุปการะให้การเลี้ยงดูเด็กและเอาใจใส่เด็กอย่างมีคุณภาพ เหมือนเด็กที่อยู่กับบิดามารดา นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะครอบครัวที่แท้จริงมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและมีความรู้ไม่เข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการเด็กรวมทั้งการปล่อยปละละเลยสุขภาพทางกาย ทำให้เด็กมีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง และมีภาวะทุพโภชนาการสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก

4. อายุผู้เลี้ยงดู อายุของผู้เลี้ยงดูหรือบิดามารดามีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กกล่าวคือ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาที่อายุมาก มีพัฒนาการด้านภาษาและการไต่ยืน (จินตนา และมณีรัตน์, 2538) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า (เขวาลักษณ์, 2532) แต่การศึกษาของศิริกุล (2533) พบว่า บิดากลุ่มอายุ 20-24 ปี และมารดาอายุน้อยกว่า 24 ปี เด็กจะมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งผู้วิจัยอธิบายว่า อาจเนื่องจากบิดามารดาที่อายุน้อยเป็นเด็กรุ่นใหม่ที่ได้รับการศึกษามากขึ้น มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า จึงมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กมากกว่า ส่วนการศึกษาของสร้อยสุดา และคณะ (2528) พบว่า มารดาที่มีอายุระหว่าง 25-35 ปี เป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูบุตรให้มีพัฒนาการเหมาะสมมากกว่าวัยอื่น อย่างไรก็ตามการศึกษาของอาภาวรรณ (2535) ไม่พบอายุของบิดามารดาที่ผลต่อพัฒนาการของเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีรัตน์ และคณะ (2540)

5. ระดับการศึกษาของบิดามารดา ที่สำคัญคือ ระดับการศึกษาของมารดา มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาไม่มีบุตรที่มีพัฒนาการผิดปกติล่าช้า (ร้อยละ 19.2) มากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 12.9) (นิคยา นิชรา และชัยยศ, 2543; สร้อยสุดา และคณะ, 2528) เด็กมาจากครอบครัวที่บิดามารดามีการศึกษาจะมีพัฒนาการด้านต่างๆดีกว่าเด็กจากครอบครัวที่บิดามารดามีการศึกษาต่ำ (สุภา และวรนุช, 2523) โดยเด็กจากครอบครัวที่มีการศึกษาดำจะมีพัฒนาการช้าในด้านภาษา สังคม และการช่วยเหลือตนเอง (Supanvanich, et al 1992; เขียวลักษณ์, 2532) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาสูง จะเป็นผู้รู้ค่ากว้างขวาง รู้จักใช้คำที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นแบบอย่างให้ลูกเลียนแบบ (จินตนา, 2521) นอกจากนี้ยังสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังเช่นการศึกษาของจำรัส (2536) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของผู้เลี้ยงดูกับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ การมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็ก แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอาภาวรรณ (2535) จินตนา และมณีรัตน์ (2538) ที่ไม่พบวาระดับการศึกษาของบิดามารดามีผลต่อพัฒนาการเด็ก ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายในประเด็นนี้ว่า เป็นเพราะลักษณะของประชากรที่ศึกษาล้ายคลึงกัน คือ บิดา และมารดา ส่วนมากมีการศึกษาระดับเดียวกัน (จินตนา และมณีรัตน์, 2538) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุธีรา และคณะ (2533) อารีรัตน์ และคณะ (2540) ที่ไม่พบระดับการศึกษาของบิดามารดามีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีพัฒนาการช้า (สร้อยสุดา และคณะ, 2528) ในด้านการใช้ภาษา (Supanvanich, et al 1992 และ จินตนา, 2521 และ ไพเราะ 2534) ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (ไพเราะ 2534) และการศึกษาของจำรัส (2536) ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูที่มีฐานะเศรษฐกิจดีกับพัฒนาการด้านการมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็ก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ครอบครัวสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เช่น จัดหาของเล่นหลากหลายที่กระตุ้นพัฒนาการทางด้านสติปัญญา และการรับรู้ของเด็ก

อย่างไรก็ตาม ก็มีเด็กจำนวนมากที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่อยู่ในระดับต่ำที่ไม่มีปัญหาพัฒนาการ เนื่องจากได้รับความรัก และความเอาใจใส่จากบิดามารดาในการเลี้ยงดู ซึ่งพบได้ในการศึกษาของสุธีรา และคณะ (2533), อาภาวรรณ (2535) และจินตนา และมณีรัตน์ (2538)

7. ลักษณะของครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ในปัจจุบันลักษณะครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว คู่สมรสเมื่อแต่งงานแล้วมักแยกครอบครัวออกมาอยู่ตามลำพังเป็นครอบครัวเดี่ยว เด็กที่เลี้ยงดูภายใต้ครอบครัวเดี่ยวขาดโอกาสได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์และมีการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติผู้ใหญ่ ทำให้เด็กขาดการกระตุ้นพัฒนาการทางด้านสติปัญญา และสังคม จากการศึกษาของศิริกุล (2533) แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีญาติผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวม พัฒนาการด้านการใช้ภาษาและการได้ยิน และด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ในการเคลื่อนไหวสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่มีญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของสุพันธุ์วิช และคณะ (Supanvanich, et al, 1996) ที่พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวจะมีพัฒนาการช้าในด้านภาษา และการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งมีมุมมองที่แตกต่างจากการศึกษาของจินตนา (2521) ที่พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีขนาดครอบครัว 3 คน หรือน้อยกว่า มีพัฒนาการด้านภาษาดีกว่าเด็กที่อยู่ในขนาดครอบครัว 4-6 คน หรือมากกว่า 7 คน

ขึ้นไป เนื่องจากครอบครัวขนาดเล็กเด็กมีโอกาสใกล้ชิดผู้ใหญ่ ทำให้มีพัฒนาการทางภาษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่ผลการศึกษาทั้งหมดนี้ตรงข้ามกับการศึกษาของนิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) จินตนา และมณีรัตน์ (2538) และอารีรัตน์ และคณะ (2541) ที่ไม่พบลักษณะของครอบครัวที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของ อาภาวรรณ (2535) ซึ่งอาภาวรรณได้ให้ความเห็นว่าประชากรที่อยู่ในครอบครัวขยายที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มาก มีปู่ย่า ตายาย เพิ่มขึ้นมาเพียงหนึ่งหรือสองคน ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวเดี่ยวไม่มากนัก จึงทำให้ไม่พบความแตกต่าง

8. **อาชีพผู้เลี้ยงดู** จากภาวะเศรษฐกิจ และสังคมไทยที่เปลี่ยนไป ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของผู้อื่น อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก จากการศึกษาของอาภาวรรณ (2535) พบว่า มารดาที่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง ลูกจ้างหรือทำงานบ้าน เด็กจะมีพัฒนาการดีกว่ามารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นว่า มารดาที่ไม่ได้ทำงานประจำมีเวลาให้การดูแลบุตรมากกว่ามารดาที่ทำงานประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ (2523) และ เขียวลักษณ์ (2532) ที่พบว่าเด็กที่มารดาไม่ทำงานนอกบ้านมีพัฒนาการเร็วกว่าเด็กที่มารดาทำงานนอกบ้าน และพบว่าเด็กที่บิดามารดาที่มีอาชีพรับราชการและค้าขาย มีพัฒนาการทางภาษาคิดว่าเด็กที่บิดามารดามีอาชีพอื่นๆ (จินตนา, 2521) แต่การศึกษาของศิริกุล (2533) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพหลักของครอบครัวกับพัฒนาการของเด็กไม่ว่าด้านใด เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีรัตน์ และคณะ (2540)

9. **สื่อบันเทิงในบ้าน** เนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นสังคมของการสื่อสารที่ไร้พรมแดน คนที่อยู่ทุกมุมของโลกสามารถสื่อสารกันได้โดยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร จึงถูกกระทบจากข้อมูลข่าวสารที่ผ่านสื่ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สื่อบันเทิงในบ้านมีหลายชนิด แต่ที่มีอิทธิพลต่อเด็กวัยก่อนเรียนมากที่สุดคือโทรทัศน์

โทรทัศน์ เป็นสื่อบันเทิงในบ้านที่สามารถเข้าถึงเด็กวัยก่อนเรียนได้ดีที่สุด เนื่องจากเป็นสื่อที่มีภาพและเสียง ซึ่งเป็นสื่อที่เด็กวัยนี้มีความสนใจที่จะรับได้ดี (นิตดา, 2539, อ้างตามกุศล และคณะ, 2541) ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจของเด็กวัยนี้ที่มีสมาธิสั้น ดังนั้น โทรทัศน์ จึงเป็นสื่อบันเทิงในบ้านที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กมากที่สุด จะเห็นได้ว่าเกือบทุกบ้านมีโทรทัศน์อย่างน้อย 1 เครื่อง บางบ้านมี 2-3 เครื่อง บ้านในชนบทที่ห่างไกลอาจไม่มีทุกบ้าน แต่เด็กที่อยู่ในบ้านที่ไม่มีโทรทัศน์ก็จะไปดูโทรทัศน์บ้านอื่นที่มีโทรทัศน์

โทรทัศน์จึงเป็นสื่อที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ซึ่งเป็นไปทั้งทางบวกและลบ ในด้านบวก โทรทัศน์ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็ก เด็กเรียนรู้การใช้คำศัพท์ใหม่ๆจากการดูโทรทัศน์ โดยเฉพาะรายการที่ส่งเสริมการใช้ภาษาเด็ก ซึ่งการศึกษาของสุพันธุ์วิช และคณะ (1992) พบว่า เด็กที่ไม่มีโอกาสดูโทรทัศน์มีพัฒนาการช้าด้านภาษา และการช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อความสามารถของเด็กในการจัดการกับเรื่องบางอย่าง เช่น การหย่าร้าง การมีน้องใหม่ ความมีจริยธรรม (ความซื่อสัตย์) และการทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม รายการโทรทัศน์และโฆษณาบางอย่างมีผลทางด้านลบต่อพฤติกรรมของเด็ก ทำให้เด็กชอบความรุนแรง และมีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การ์ตูน เป็นรายการโทรทัศน์ที่เด็กชอบดูมากที่สุด ซึ่งตัวการ์ตูนจะมีรูปร่างและคุณลักษณะที่ไม่อยู่ในสภาพความเป็นจริง คือ ตัวการ์ตูนจะมีคุณลักษณะที่ไม่สามารถทำลายให้ถึงแก่ความตายได้ คนและสัตว์ที่อยู่ในเรื่องจะถูกทุบตี ยิง แทง โยนจากที่สูง ผลักจากหน้าผา ภายหลังถูกทำลายแล้ว รูปร่างของตัวการ์ตูนในเรื่องจะกลับสู่สภาพปกติเหมือนเดิม และตัวที่ทำลายหรือทำร้ายร่างกายตัวอื่น จะกลายเป็นตัวเอกของเรื่อง เนื้อหาของเรื่องไม่สะท้อนให้เห็นถึงความเจ็บปวดของตัวละครที่ถูกทำลาย ไม่สอดคล้องให้เห็นถึงการผิดศีลธรรม และจริยธรรมในการทำร้ายผู้อื่น และทำให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวด เด็กถูก

กระตุ้นให้เลียนแบบพฤติกรรมความรุนแรง และก้าวร้าวโดยไม่ทราบผลการกระทำที่เกิดขึ้น (Betz; Hunsberger and Wright, 1994) ในเด็กไทย พบว่า ร้อยละ 24.9 ของเด็กปฐมวัยจะดูโทรทัศน์เป็นประจำโดยดูวันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยมีเด็กกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 40.1 ส่วนในต่างจังหวัดมีอัตราส่วนน้อยกว่าเป็นร้อยละ 20-30 (นิตยา นิขรา และชัยยศ 2540)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อต่อพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนนี้มีน้อยมาก อาจเป็นเพราะเด็กยังเล็กอยู่ ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์น้อยกว่าวัยอื่น จะเห็นว่าเมื่อเด็กวัยประถมศึกษาถึงร้อยละ 72.3 ที่ดูโทรทัศน์วันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป (นิตยา นิขรา และชัยยศ, 2540) ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อเด็กวัยนี้ยังไม่เกิดขึ้นให้เห็นชัดเจน จะเห็นชัดเจนในเด็กวัยเรียน ซึ่งอาจประเมินได้จากผลการเรียนในโรงเรียน

10. ลำดับที่การเกิด ลำดับที่การเกิดมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ แตกต่างกันไป เด็กที่เกิดเป็นคนแรกของครอบครัวจะมีพัฒนาการหวมวดการได้ยิน ภาษา และความคิดรวบยอดเร็วกว่าเด็กซึ่งไม่ใช่บุตรคนแรก (จาร์ส, 2536) เพราะบิดามารดามีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมาก และมีโอกาสพาเด็กไปสถานที่ต่างๆ แต่เด็กจะมีพัฒนาการช้าในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เพราะมีคนคอยทำให้ บิดามารดาอาจเลี้ยงแบบปกป้องมากเกินไป ประกอบกับไม่มีพี่น้องเป็นเพื่อนเล่นให้เด็กพัฒนาทักษะด้านนี้ ส่วนบุตรคนเล็กจะมีพัฒนาการช้าในเรื่องภาษา อารมณ์ การปรับตัว การช่วยเหลือตนเอง กล้ามเนื้อมัดเล็ก มัดใหญ่ เนื่องจากมีคนคอยให้การช่วยเหลือและตามใจ และมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ใหญ่บ่อย ส่วนบุตรคนกลางจะได้รับความสนใจจากบิดามารดาน้อย เด็กจึงเรียนรู้การช่วยเหลือตนเอง

11. ภาวะโภชนาการ อาหาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก อาหารมีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรมปรับตัว ภาวะทุพโภชนาการ จะมีผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการหยุดชะงักหรือล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะก่อนคลอดและระยะวัยทารก จะทำให้ขนาดของสมองลดลง มีผลต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็ก นอกจากนี้ภาวะขาดสารอาหารจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นก็ยิ่งทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารมากขึ้น เด็กต้องอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ

นิตยา (2521) ศึกษาผลของสิ่งแวดล้อมและการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนต่อพัฒนาการเด็กในชาย 4 คน ที่มีภาวะโภชนาการระดับ 2 และ 3 พบว่า ผลของการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนทำให้เด็กมีพัฒนาการช้าและดีขึ้นภายหลังได้รับการฟื้นฟูทางโภชนาการพร้อมกับการกระตุ้นพัฒนาการ เด็กที่มีพัฒนาการช้าจากภาวะขาดสารอาหารมีผลต่อพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา และ พัฒนาการด้านสังคม (Supanvanich & et al, 1992) ส่วนการศึกษาของนิตยา นิขรา และชัยยศ (2543) พบว่าทั้งภาวะทุพโภชนาการโดยน้ำหนักต่ออายุ และโดยส่วนสูงต่ออายุ แต่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก กล่าวคือ เด็กที่มีน้ำหนักต่ออายุต่ำกว่าเกณฑ์มีพัฒนาการผิดปกติล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการปกติคือร้อยละ 16.4 และ 9.1 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการโดยส่วนสูงต่ออายุก็ให้ผลในทางเดียวกัน คือ ร้อยละ 15.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.8 ในกลุ่มที่ภาวะโภชนาการส่วนสูงต่ออายุปกติ

12. เขตที่อยู่อาศัย เด็กในชนบทมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองช้ากว่าเด็กในเมืองและเด็กในเขตเมืองมีพัฒนาการช้ากว่าในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และทักษะการใช้ภาษา (ไพเราะ, 2534; Supanvanich, et al, 1992) การศึกษาของจินตนา (2521) พบว่าเด็กในเมืองมีพัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและความซับซ้อนของประโยคดีกว่าเด็กในชนบท ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพแวดล้อมของสังคมในเมืองและชนบทมีความแตกต่างกัน เด็กในสังคมเมืองมีโอกาสสัมผัสสื่อต่างๆ ทำให้เกิดความคิดกว้างไกล ส่งผลให้ความสามารถในการใช้ภาษากว้างไกล

ไปด้วย แต่เมื่อเปรียบเทียบเด็กในชนบทกับเด็กในกรุงเทพฯแล้ว เด็กชนบทมีพัฒนาการด้านภาษา สังคม และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กซ้ากว่าเด็กในกรุงเทพฯในกลุ่มอายุเดียวกัน (วชิรา และคณะ, 2532) เนื่องจากเด็กกรุงเทพฯ มีโอกาสทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และกล้ามเนื้อมัดเล็กมากกว่าเด็กในเขตอื่นทั้งหมด แต่กล้ามเนื้อมัดใหญ่่น้อยกว่า ส่วนด้านสังคมใกล้เคียงกันและเด็กในเขตเทศบาลมีโอกาสเล่นหรือทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และภาษามากกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนทางด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไม่แตกต่างกัน ทางด้านสังคมแตกต่างกันเล็กน้อย (นิตยา นิชรา และชัยยศ, 2543) การศึกษาของอารีรัตน์ และคณะ (2541) พบว่า เด็กที่อาศัยในชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการโดยรวมสูงกว่าเด็กที่อาศัยในชุมชนชนบท

13. การเล่น การเล่นมีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา การเล่นอาจเป็นการจัดของเล่น จัดโปรแกรมการเล่นหรือการเล่นกับเพื่อน เป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินแก่เด็กช่วยให้เด็กเข้าใจสิ่งอื่นๆ และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ จากการศึกษาของรัชณี (2533) พบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์การเล่นน้ำ เล่นทราย มีความสามารถทางทักษะพื้นฐานคณิตศาสตร์ด้านการสังเกต จำแนก และเปรียบเทียบสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการจัดประสบการณ์เล่นน้ำ เล่นทราย เด็กที่ได้รับการเล่นแบบไทย มีพฤติกรรมทางสังคมด้านความเอื้อเฟื้อ และมีระเบียบวินัยสูงกว่าเด็กที่ได้รับการเล่นแบบทั่วไป (อรวรรณ, 2532) และการศึกษาของวรวดี (2533) พบว่า เด็กที่ได้รับการจัดกิจกรรมตามแผนการจัดประสบการณ์ที่เปิดให้เด็กมีโอกาเลือกเล่นเครื่องเล่นสนามที่จัดเตรียมไว้เช่น ชิงช้า ม้าหมุน ไม้กระดก ไม้ลั่น การเล่นน้ำ เล่นทราย เป็นต้น ตามความต้องการและความสนใจของตน เด็กมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมไม่เป็นไปตามแผนการจัดประสบการณ์ และเมื่อเปรียบเทียบผลพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคมและสติปัญญา ของเด็กก่อนประถมศึกษาที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นดังกล่าวกับกิจกรรมเคลื่อนไหวพื้นฐานและกิจกรรมการละเล่น เช่น การเดิน การกระโดด การเล่นกระต่ายขาเดียว การเดินกรรล่า เดินหมี เดินปู เป็นต้น พบว่าเด็กที่มีโอกาสเลือกเครื่องเล่นในสนามมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ดีกว่าเด็กที่ได้รับการกิจกรรมการเคลื่อนไหวพื้นฐาน และการละเล่น เพราะการเล่นของเล่นในสนามตามความต้องการของตนเอง ทำให้เด็กมีการเล่นที่เป็นอิสระ ซึ่งอาจเป็นการเล่นคนเดียวหรือเล่นเป็นกลุ่ม เด็กรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน มีโอกาสฝึกฝนการเคลื่อนไหวของร่างกายทั้งกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ (สุณี, 2535) นอกจากนี้การจัดโปรแกรมการเล่นให้เด็กก่อนวัยเรียนที่ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยลดปฏิกิริยาการแยกจากมารดา มากกว่าการให้ของเล่นเด็กเท่านั้น (พิลาวรรณ, 2531)

14. ภาวะสุขภาพเด็กที่มีสุขภาพดีจะมีพัฒนาการด้านต่างๆ เร็วกว่าเด็กที่มีสุขภาพไม่ดี จากการศึกษาของอาภาวรรณ (2535) พบว่าเด็กที่เจ็บป่วยรุนแรงมีพัฒนาการซ้ากว่าเด็กที่ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง แต่การศึกษาของจินตนา และมณีรัตน์ (2538) พบว่าเด็กที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน พัฒนาการของเด็กไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยให้เหตุผลว่าอาจเนื่องจากระดับความเจ็บป่วยของเด็กที่ศึกษาไม่รุนแรงถึงขั้นขัดขวางการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก

15. ระดับตะกั่วในเลือด ตะกั่วเป็นมลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโต และระดับสติปัญญาของเด็กอย่างถาวร ดังนั้นถ้าเด็กมีระดับตะกั่วในเลือดสูงเกินระดับที่ยอมรับได้คือ 10 มกค % มากๆ เด็กจะมีปัญหาพัฒนาการได้ จากการศึกษาระดับตะกั่วในเลือดของเด็กกรุงเทพฯ ของสุวรรณา โยเซฟ และชมชื่น (2542) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับตะกั่วในเลือดของเด็กในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นตามอายุ เด็กกรุงเทพฯมีระดับตะกั่วสูงกว่าเด็กที่นครปฐมที่มีอายุเดียวกัน ค่าเฉลี่ยของตะกั่วในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี เท่ากับ 9.37 ± 4.74 มกค % เด็กอนุบาลเพศชายมีระดับตะกั่วสูงกว่าเพศหญิง

16. เพศ เป็นปัจจัยภายในที่มีการศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ว่ามีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากการศึกษาของเยวาลักษณ์ (2532) พบว่า เด็กหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านนิยส่วนบุคคลและสังคมสูงกว่าเด็กชาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า น่าจะเนื่องจากสังคมไทยได้กำหนดบทบาทของเพศชายและหญิงต่างกัน เด็กชายถูกฝึกฝนให้เห็นคุณค่าสูงในเรื่องความสำเร็จของชีวิต และการขวนขวายหาความรู้ ในขณะที่เด็กหญิงถูกฝึกฝนให้เห็นความสำคัญของครอบครัว เน้นให้รู้จักทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ตั้งแต่เด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของจินดนา (2521) ที่พบว่า เพศหญิงพูดได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่าอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีวุฒิภาวะเร็วกว่าเพศชายและเพศหญิงชอบอยู่บ้านมากกว่าเพศชาย ทำให้มีโอกาสดูคุยกับคนในบ้านมากกว่า แต่การศึกษาของจินดนา และมนิรัตน์ (2538) อาริรัตน์ และคณะ (2540) ไม่พบความแตกต่างระหว่างพัฒนาการเพศหญิงและเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา นิชรา และชัยยศ (2543) ที่พบว่าเพศชายมีพัฒนาการคิดปกคิล่าช้าและสงสัยช้ามากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนของจันทร์เพ็ญ และคณะ (2534) พบว่า เพศหญิงมีอัตราการผ่านเกณฑ์วัดพัฒนาการโดยรวมสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย คือร้อยละ 76.8 และ 72.8 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. สนับสนุนการกำหนดเป้าหมายการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขทุกฉบับ และมีการติดตามงานอย่างจริงจัง
2. มีระบบบันทึกและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กทั่วประเทศเช่นเดียวกับการรายงานสถิติชีพเพื่อทราบแนวโน้มพัฒนาการเด็กไทย
3. พัฒนารูปแบบการติดตามพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือสงสัยล่าช้า
4. พัฒนาระบบที่ทำให้ครอบครัวหรือชุมชนมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก และให้ครอบครัวใช้สมุดนี้ในการติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ทั้งนี้ต้องมีการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพเด็กโดยเพิ่มแบบประเมินพัฒนาการเด็กที่บิดามารดาสามารถใช้ประเมินบุตรได้เอง และคำแนะนำถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะโดยปกติแล้วบิดามารดาทุกคนต้องการให้บุตรฉลาดเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว
5. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย ซึ่งรูปแบบการเผยแพร่อาจผ่านสื่อมวลชนให้ลงถึงระดับครอบครัว เช่น จัดรายงานทางโทรทัศน์ หรือแจกคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควบคู่กับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก แก่มารดาทุกคนที่คลอดในสถานบริการสุขภาพของรัฐ หรือเอกชน หรือคลอดที่บ้าน
6. สนับสนุนโครงการพัฒนารอบครัวต่อไป ครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัดของประเทศ และจัดให้มีการประเมินผลโครงการทุก 2 ปี
7. สนับสนุนโครงการเตรียมความพร้อมเด็กก่อนเข้าสู่ระบบโรงเรียนของเด็กวัยอนุบาลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น โครงการอนุบาลชนบท เป็นต้น และขยายการศึกษาภาคบังคับลงไปถึงระดับอนุบาล
8. เผยแพร่ปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สาธารณสุขทราบ และแนวทางแก้ไข เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้ตระหนักถึงปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหา เช่น สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ขาดสนามเด็กเล่น หรือเครื่องเล่น ชาวบ้านจะได้ร่วมกันจัดหาสถานที่และจัดทำเครื่องเล่น ที่อาจทำจากวัสดุเหลือใช้ หรือขอรับบริจาคจากคนในชุมชนนั้น เป็นต้น

9. ปฏิรูปการจัดการศึกษาระดับอนุบาล ให้นั้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กใช้สมอง ผูกเด็กให้รู้จักคิด

10. จัดอบรมครูก่อนประถมทั่วประเทศ ถึงกระบวนการเรียนรู้แบบกระตุ้นการรู้คิดเทคนิคพัฒนากระบวนการคิดและการเรียนรู้ร่วมของสมอง ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อม ประสบการณ์ที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก

11. กำหนดนโยบายให้สถานเลี้ยงเด็กกลางวันทุกแห่งมีระบบประกันคุณภาพและต้องผ่านการตรวจสอบภายนอกจากองค์กรที่รับผิดชอบ ทั้งนี้รวมถึงการประกันคุณภาพของพี่เลี้ยงเด็ก

ข้อเสนอแนะด้านวิจัย

1. พัฒนาเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมหรือรวมส่วน ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กแบบองค์รวม ซึ่งรวมทั้งกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม ทำให้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นภาพเด็กไทยในลักษณะองค์รวม

2. พัฒนาเครื่องมือข้อ 1 ให้เป็นมาตรฐานสำหรับประเมินพัฒนาการเด็กไทย เพื่อผู้วิจัยจะได้นำเครื่องมือมาตรฐานนี้ไปใช้ในการวิจัยพัฒนาการเด็ก ทำให้ผลการวิจัยสามารถเปรียบเทียบกันได้

3. ศึกษาพัฒนาการเด็กในลักษณะที่เป็นองค์รวมทั่วประเทศ งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนมากเป็นการศึกษาเฉพาะด้าน และใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน ทำให้ยากต่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบกัน

4. ศึกษาสภาพแวดล้อมของภาคเหนือที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

5. ศึกษาผลการกระตุ้นพัฒนาการในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นกว่าเดิม ทำให้ผลการวิจัยนำไปสู่การอ้างอิงได้

6. พัฒนาเครื่องมือการทดสอบจริยธรรมที่มีอยู่ให้เป็นมาตรฐานของเด็กไทยแล้วศึกษาพัฒนาการด้านจริยธรรม ของเด็กไทยระดับประเทศ เนื่องจากงานวิจัยในด้านนี้ของเด็กปฐมวัยมีน้อยมาก มีประมาณ 4-5 เรื่อง และเป็นเรื่องที่ทำมาเมื่อสิบกว่าปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประเทศได้

บรรณานุกรม

กุศล สุนทรธาดา และคณะ. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กไทยวัย 0-5 ปี

ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเลี้ยงดูเด็ก, พัฒนาการเด็ก

นิยามศัพท์ :

1. เด็ก หมายถึง เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 0-5 ปี เพราะเด็กในวัยนี้เป็นช่วงวิกฤตของชีวิต เด็กในช่วงอายุ 5 ปีแรกเป็นระยะสำคัญในการวางรากฐานของการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความคิดสติปัญญาและบุคลิกภาพ
2. การเลี้ยงดูบุตร หมายถึง การที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฏิบัติต่อเด็กและเรียกร้องให้เด็กปฏิบัติต่อตนเองและผู้อื่นไปในทำนองต่างๆ กัน ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชีวิตเด็ก ทำให้เด็ก ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวและเรียนรู้แบบการกระทำต่างๆ ของผู้อบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์เหล่านี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต
3. การอบรมเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง ลักษณะวิธีการต่างๆ ที่ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก ผู้ดูแลเด็ก อบรมสั่งสอนเด็ก และการมีปฏิสัมพันธ์เด็ก รวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้เลี้ยงดูเด็ก ความคิดเห็นของผู้ใหญ่เกี่ยวกับเด็กตลอดจนสื่อ กิจกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

วิธีเก็บข้อมูล : ทบทวนและประมวลเอกสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทความทั้งในวารสารและหนังสือพิมพ์ เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทยที่มีต่อพัฒนาการของเด็ก

คณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. เอกสารชุดอบรมบุคลากรทางการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาหน่วยที่ 6. กรุงเทพฯ : ชูติมาการพิมพ์, 2528.

จงพัฒนา รุมาคม และคณะ. สาเหตุการพูดช้าในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 31(2):122-127, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียน อายุต่ำกว่า 6 ปี ที่มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และตึกผู้ป่วยนอก ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2533 - ธันวาคม 2534 จำนวนทั้งสิ้น 219 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา : สาเหตุการพูดช้า

นิยามศัพท์ : พูดช้ากว่าวัย (delayed speech) หมายถึง การที่เด็กไม่สามารถเปล่งคำพูดที่มีความหมายได้เลยเมื่ออายุ 2 ปี

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าพูดช้ากว่าวัย จากรายงานประวัติผู้ป่วยใหม่ที่มารับการตรวจ โดยรวบรวมการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุของการพูดช้ามาวิเคราะห์

จรรยา สุวรรณทัต และคณะ. ทศนคติของปู่ ย่า ตา ยาย และบิดามารดา ที่มีต่อกันในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กและผลที่มีต่อลักษณะพฤติกรรมบางประการของเด็ก. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : คือ เด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 100 คน (ในเขตกรุงเทพฯ 55 คน และต่างจังหวัดใกล้เคียงกรุงเทพฯ 45 คน) บิดามารดาของเด็ก 100 คน ปู่หรือย่าหรือตาหรือยายของเด็กซึ่งเป็นผู้ร่วมกับบิดามารดาในการอบรมเลี้ยงดูเด็กจำนวน 100 คน และครูประจำชั้นของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ทศนคติของปู่ ย่า ตา ยาย บิดามารดา, การอบรมเลี้ยงดูเด็ก, ผลที่มีต่อลักษณะพฤติกรรมบางประการของเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ปู่หรือย่า หรือตาหรือยาย และบิดามารดาของเด็กเกี่ยวกับเรื่องการอบรมเลี้ยงดู ในเด็กใช้วิธีวัดความพร้อมในการเรียน และให้ครูประจำชั้นประเมินลักษณะพฤติกรรมในการเข้าสังคมของเด็ก

จรรยาพร สุภาพ และคณะ. การเลี้ยงดูบุตรคนแรกวัยแรกเกิดถึง 2 เดือนของบิดา ตามเกณฑ์พัฒนาการ และความต้องการของวัยทารก. วารสารกรมการแพทย์ 21:303-310, 2539.

จรรยาพร ตั้งกิตติภากรณ์. พัฒนาการของเด็กที่ได้รับสิ่งเร้าทางสังคมที่แตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุ 0-24 เดือน ที่เลี้ยงดูที่สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท 64 คน ชุมชนแออัดคลองเตย 60 คน และคลินิกสุขภาพเด็กที่โรงพยาบาลรามาราศิ 50 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการของเด็กที่ได้รับสิ่งเร้าทางสังคมที่แตกต่างกัน

จรรยาพร วงศ์ใหญ่. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2529.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ประกอบการหรือหัวหน้าดูแลเด็กของสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ จำนวน 49 คน โดยสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันทั้ง 49 แห่งรับเด็กอายุ 1-5 ปี และในจำนวน 49 แห่งนี้มี 7 แห่ง ที่รับเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปีด้วย

ตัวแปรที่ศึกษา : การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพการเจริญเติบโต, พัฒนาการของเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่

นิยามศัพท์ :

1. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก หมายถึง สิ่งที่ทำหรือจัดให้มีสำหรับเด็ก โดยผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กดำรงไว้ซึ่งการมีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และพัฒนาการ

2. สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ หมายถึง สถานที่ตั้งในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ และได้จดทะเบียนกับกรมประชาสงเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการการดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 3 ปี จำนวนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป เป็นเวลา 6 ชม. หรือมากกว่าใน 1 วัน

วิธีเก็บข้อมูล : ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการหรือหัวหน้าผู้ดูแลเด็กสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน และสังเกตสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันตามแบบสังเกต

จินตนา บัณชาวงศ์. พฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกในโครงการสอนลูกให้ฉลาดของกรมการพัฒนารัฐบาลไทย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาประถมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : แม่กับลูกตามโครงการสอนลูกให้ฉลาด ในอำเภอเป้าหมายที่เป็นเขตพื้นที่ยากจน จำนวน 197 คู่

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก

วิธีเก็บข้อมูล :

1. กำหนดเวลาการสังเกตการสอนประมาณ 10 นาที

2. การจดบันทึกพฤติกรรมเป็นไปตามลำดับการเกิดก่อนหลัง และแยกจดพฤติกรรมตามช่วงพฤติกรรมและชักถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแม่และลูกที่มีในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์

3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์พฤติกรรม กรอกข้อมูลและนับคะแนน

จินตนา วัชรสินธุ์ และมณีนรัตน์ ภาครูป. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กในจังหวัดชลบุรี. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :

1. เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชลบุรี เป็นเด็กที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในศูนย์ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม ถึง 1 มิถุนายน 2538 มีอายุระหว่าง 3-5 ปี โดยนับอายุของเด็กเป็นจำนวนปีและเดือน ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวันที่ทำการวัดพัฒนาการ จำนวน 133 คน
2. ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่บุตรเข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม - 1 มิถุนายน 2538

การสุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยที่มีผลต่อระดับพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการ หมายถึง การเพิ่มทักษะและความสามารถในการทำกิจกรรมลักษณะต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือตนเองและสังคม การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การใช้ภาษาและการได้ยิน และการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ในการเคลื่อนไหว ประเมินโดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการของเดนมอร์

2. สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร ดังนี้ 2.1 สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างสามีและภรรยาในการดำเนินชีวิต ซึ่งจำแนกเป็น สัมพันธภาพที่ดี หมายถึง ความเข้าใจซึ่งกันและกัน รับผิดชอบในหน้าที่ พุดคุย ประโยชน์กันในเรื่องต่างๆ ส่วนความหมายที่ไม่ดีจะมีความหมายในทางตรงกันข้าม 2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร หมายถึง การแสดงออกของมารดาที่มีต่อบุตร ซึ่งจำแนกออกเป็นปฏิสัมพันธ์ในด้านบวก ได้แก่ การแสดงออกของมารดาในด้านความรักความอบอุ่น การยอมรับ, ความเข้าใจเด็ก ส่วนในด้านลบก็ จะมีความหมายในทางตรงกันข้าม

3. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูบุตร หมายถึง การที่บิดามารดาปฏิบัติต่อบุตรในการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจำแนกเป็นการ อบรมเลี้ยงดูที่ดี หมายถึง การให้ความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่บุตร การส่งเสริมพัฒนาการ การฝึกกิจวัตรประจำวัน ระเบียบวินัย จริยธรรม ตลอดจนการวางแผนชีวิตอนาคตของบุตร ส่วนความหมายเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน

วิธีเก็บข้อมูล : ให้ผู้ปกครองตอบและผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ และผู้วิจัยประเมินพัฒนาการของเด็กกลุ่มตัวอย่างและบันทึกผล

จินตนา เนียมเปีย. พัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและความซับซ้อนของประโยคของเด็ก.

ปริญญาานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต แขนงจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-6 ปี ที่อยู่ในเขตจังหวัดพิษณุโลก และสุโขทัย จำนวน 120 คน เป็นชาย 62 คน หญิง 58 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านภาษาถ้อยคำ, ความซับซ้อนของประโยค

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำ หมายถึง จำนวนถ้อยคำในแต่ละประโยคซึ่งเด็กพูด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ประโยคซึ่งประกอบด้วยคำ 2-3 คำ, ประโยคซึ่งประกอบด้วยคำ 4-5 คำ และประโยคซึ่งประกอบด้วยคำ 6 คำขึ้นไป

2. พัฒนาการทางภาษาด้านความซับซ้อนของประโยค หมายถึง ลักษณะของประโยคที่เด็กพูด แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 2.1 เอกรรดประโยค คือ ประโยคที่มีใจความอย่างเดียว 2.2 อนรรดประโยค คือ เอกรรดประโยคตั้งแต่ 2 ประโยคขึ้นไปมาเรียงติดต่อกันเป็นประโยคเดียว โดยอาศัยคำสันธานเป็นตัวเชื่อม 2.3 สังกรประโยค คือ ประโยคที่มีการกระทำร่วมกัน เป็นประโยคที่มีเอกรรดประโยคตั้งแต่ 2 ประโยคขึ้นไป มารวมกันปรุงแต่งให้มีเนื้อความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีประโยคหนึ่งเป็นประโยคสำคัญ เรียกว่า uly ประโยค ส่วนประโยคย่อยที่มาประกอบเรียกว่า อนุประโยค

3. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุ 2-6 ปี แต่ในการศึกษานี้จะทำการศึกษาคณะที่มีอายุ 3-6 ปี

4. สถานภาพทางเศรษฐกิจของบิดามารดา หมายถึง รายได้ของบิดามารดาต่อเดือน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม 4.1 กลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้เดือนละ 5,000 บาทขึ้นไป 4.2 กลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจปานกลาง

ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้น้อยละ 1,500-5,000 บาท 4.3 กลุ่มที่มีสถานภาพเศรษฐกิจต่ำ ได้แก่ ครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 1,500 บาท

5. การศึกษาของบิดามารดา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดามารดาโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 5.1 สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา 5.2 ระดับมัธยมศึกษา 5.3 ระดับประถมศึกษา 5.4 ไม่ได้รับการศึกษา

6. อาชีพของบิดามารดา แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ 6.1 ค้าขาย 6.2 รับราชการ 6.3 เกษตรกรรม 6.4 รับจ้าง 6.5 อาชีพอื่นๆ หมายถึง ผู้ไม่มีอาชีพ หรือไม่ได้ระบุอาชีพแน่นอน

7. ขนาดของครอบครัว หมายถึง จำนวนเด็กในความดูแลของบิดามารดา

8. ถิ่นที่อยู่ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เด็กอาศัยอยู่ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 8.1 ในเมือง หมายถึง ในเขตเทศบาล 8.2 ในชนบท หมายถึง นอกเขตเทศบาล

วิธีเก็บข้อมูล : 1) สัมภาษณ์บิดามารดาของเด็ก 2) ให้เด็กดูรูปภาพที่ละภาพ ภาพละไม่เกิน 5 นาที 3) ใช้เทปบันทึกเสียงของเด็กในขณะที่ได้ถูกพูด

จรัส ปิ่นเงิน. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้เลี้ยงดูและเด็กทารกวัยเตาะแตะ

การสุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเจาะจงตามเงื่อนไขสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันในเขตกรุงเทพฯ 5 แห่ง คือ งานพัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลกลางวันชั้น 4 ศูนย์สุขวิทยาจิต สถานรับเลี้ยงและพัฒนาเด็กบ้านราชวิถี ศูนย์พัฒนาเด็กโรงพยาบาลเด็ก ศูนย์พัฒนาการและเลี้ยงเด็กวังพญาไท และหน่วยพัฒนาเด็กเล็กฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2535 โดยเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างละ 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, ระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ

นิยามศัพท์ :

1. ระดับพัฒนาการตามวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพที่เป็นการเพิ่มขึ้นในด้านทักษะความสามารถในการทำหน้าที่ได้ตามอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 5 หมวดคือ หมวดการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ (gross motor) หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอิริยาบถ. หมวดการมองเห็นและการใช้กล้ามเนื้อเล็ก (vision and fine motor) หมายถึง การมองเห็นวัตถุต่างๆ และการรู้จักใช้มือในการทำกิจกรรม หมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอด (hearing language and concept development) หมายถึงการออกเสียง การดู การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อได้ยินเสียง และการรู้จักชื่อสิ่งของต่างๆ รอบตัวและอวัยวะของร่างกาย หมวดการช่วยเหลือตนเอง (self-help skills) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ แปรงฟัน และการขับถ่าย หมวดการพัฒนาการด้านสังคม (social skills) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การเข้ากลุ่ม และการกระทำตามกฎหมายเกณฑ์ของสังคม

2. พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หมายถึง การปฏิบัติโดยตรงกับเด็กหรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งวัดโดยแบบสังเกตและสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจากเครื่องมือสังเกตเพื่อประเมินภาวะแวดล้อมที่บ้านของเด็กของคาลด์เวลล์และแบรดลีย์

3. ผู้เลี้ยงดูเด็ก หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดมากที่สุดขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา และญาติ

4. ลักษณะครอบครัว หมายถึง ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย

5. ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ฐานะของเศรษฐกิจต่ำ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง มีรายได้ตั้งแต่ 5,000-15,000 บาท ฐานะของเศรษฐกิจสูง รายได้สูงกว่า 15,000 บาท

6. สื่อบันเทิงภายในบ้าน หมายถึง วิทยุ โทรทัศน์ วีดีโอ และอื่นๆ ที่มีให้เด็กฟังและดูเพื่อความเพลิดเพลิน

7. ภาวะโภชนาการ หมายถึง ระดับโภชนาการในเด็กซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ซึ่งประเมินโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ของ GOMZE'S Classification

วิธีเก็บข้อมูล : ทดสอบพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์การทดสอบพัฒนาการเด็กไทย พ.ศ. 2530 และสัมภาษณ์, สังเกตพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการ

จำลอง สุวรรณรัตน์. พัฒนาการของเด็กไทยด้านการจำแนกสิ่งของโดยอาศัยสี รูปร่างส่วนรวม และส่วนย่อย. ปรินูญานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชาชนไทยในครอบครัวทั้งหมด 22,217 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : สถานะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย

วิธีเก็บข้อมูล : การซักประวัติ การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กและเยาวชนอายุ 0-25 ปี และครอบครัวในประเทศไทย

การสุ่มตัวอย่าง : ใช้ข้อมูลการคาดประมาณประชากรกลางปี ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นฐานในการประมาณ

ตัวแปรที่ศึกษา : เด็กและเยาวชน, ครอบครัวในประเทศไทย

วิธีเก็บข้อมูล : ค้นคว้าจากห้องสมุดและหน่วยงานต่างๆ โดยส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นการศึกษาทั้งในระดับประเทศหรือในประชากรเฉพาะกลุ่ม

ฉวีวรรณ วรศรี. บทบาทที่เลี้ยงต่อพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2.5-4 ปี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2522.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : พี่เลี้ยงและเด็ก วัยก่อนเรียนอายุ 2.5-4 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันคลองจั่น และที่บ้านคลองจั่น แหล่งละ 50 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างเป็นระบบ

ตัวแปรที่ศึกษา : บทบาทที่เลี้ยง, พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็ก

นิยามศัพท์ :

1. บทบาท หมายถึง หน้าที่ซึ่งผู้เป็นพี่เลี้ยงเด็กจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้เป็นนายจ้าง
2. พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั่วไปในด้านโครงสร้างและแบบแผนของอินทรีย์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเองของเด็กวัย 2 1/2 - 4 ขวบ
3. พี่เลี้ยง หมายถึง ผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กแทนผู้เป็นพ่อแม่ในขณะที่ออกไปทำงานนอกบ้านและทำงานอื่นในบ้านด้วย (คนรับใช้)
4. ครอบครัวที่มีรายได้ระดับกลาง หมายถึง ครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 2,000-6,000 บาท การกำหนดรายได้ เทียบจากรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครอบครัว จำแนกตามที่มาของรายได้เขตมหานครส่วนนอก มีรายได้ตามปกติ 3,362 บาท มีบุตรไม่เกิน 4 คน และมีเครื่องอำนวยความสะดวกในครอบครัวพอสมควร เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เตาเร็คไฟฟ้า พัดลม

เฉลิมพล ต้นสกุล. พัฒนาการทางสติปัญญาและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตการศึกษา 8. ปริญญาทิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียน 3-6 ปี ที่ศึกษาในชั้นอนุบาล 1-2 จำนวน 90 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กก่อนวัยเรียน

นัตริชฎา เขียรปรีชา. พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่มีเสียงดนตรีประกอบ. ปริญญาทิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัยอายุ 4-5 ปี ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นอนุบาล 1 โรงเรียนอนุบาลวัดนางพอง จำนวน 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างง่าย

ตัวแปรที่ศึกษา : การจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่มีเสียงดนตรีประกอบ การจัดกิจกรรมแบบปกติ พัฒนาการทางสติปัญญา

นิยามศัพท์ :

1. เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กชายหญิงอายุระหว่าง 4-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2536 โรงเรียนอนุบาลวัดนางพอง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร
2. การจัดกิจกรรม หมายถึง การที่ครูจัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อม เพื่อให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเลือกเฉพาะกิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) กิจกรรมการเล่นตามมุม และกิจกรรมกลางวัน
3. พัฒนาการทางสติปัญญา หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยชาย-หญิง อายุ 4-5 ปี ใช้ความเข้าใจและใช้ความคิดของคนจากการเรียนรู้ประสบการณ์รอบๆตัวและมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ แล้วสามารถถ่ายทอดมาเป็นภาพได้ตามความคิดคำนึงของตน การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตัดสินจากแบบทดสอบกูดอินฟ-แฮร์ริส

ชัยวัฒน์ วงษ์อาษา และศิริกุล อิศรานุกฤกษ์. ความก้าวหน้าของพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กอายุ 1-2 ปี. รายงานการวิจัยองค์การอนามัยโลก (WHO). 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กทุกคนที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 2 ปี ของพื้นที่เป้าหมายซึ่งครอบคลุมเด็กจำนวน 77 คน เป็นเด็กในตำบลหนองโนหรือพื้นที่ควบคุม 36 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 1 ปี 13 คน และมีอายุ 1 ปี ถึง 2 ปี 23 คน และเป็นเด็กในตำบลหนองจิกหรือพื้นที่ทดลอง 41 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี 16 คน และอายุระหว่าง 1 ปี - 2 ปี 25 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเด็กอายุ 1-2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบทดสอบพัฒนาการเด็กของเดนเวอร์ (Denver Development Screening Test-DDST) พร้อมอุปกรณ์การทดสอบ

ชูศรี ผลเพิ่ม และคณะ. ผลการใช้คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัยต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. รายงานองค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : พ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี 78 คน ในพื้นที่ทดลอง 41 คน และพื้นที่ควบคุม 37 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ผลการใช้คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย, ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบทดสอบ ซึ่งประกอบด้วยคำถามด้านความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, ทักษะคิด การส่งเสริมพัฒนาการ และการปฏิบัติ

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยพนักงานสัมภาษณ์ 5 คน

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. ปัจจัยทางจิตสังคมกับความสันตทภษาไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

ถวิล รักชลธี. การศึกษาพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน เขตบางกะปิ.
วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2526.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยก่อนเรียนเขตบางกะปิ

กลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี จำนวน 90 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคล, พัฒนาการด้านสังคมของเด็กวัยก่อนเรียน

ทวีพร ณ นคร. การศึกษาการเล่นสร้างสรรค์กลางแจ้งแบบอิสระกับแบบกึ่งชี้แนะที่มีผลต่อความสามารถ
ในการสังเกตและการจำแนกของเด็กปฐมวัย. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย-
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2518.

ทิพย์วรรณ กิตติวิบูลย์. การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการทางจริยธรรมของเด็กก่อนวัยเรียนใน กรุงเทพ-
มหานคร. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2522.

ทิพย์สุดา นิลสินธพ. ความสัมพันธ์ของการพัฒนาการด้านจริยธรรมกับการอบรมเลี้ยงดู ในเด็กก่อนวัย
เรียนอายุ 4-6 ปี. ปรินญาณิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสาน-
มิตร, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4-6 ปี จำนวน 90 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านจริยธรรม, การอบรมเลี้ยงดู

นิยามศัพท์ :

1. จริยธรรม หมายถึง ลักษณะหรือพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออก แล้วเป็นที่ยอมรับของสังคม และเด็กเกิดความพอใจ
ว่าการกระทำนั้นถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแบ่งเป็น 1) ความซื่อสัตย์ หมายถึง การพูดแต่ความจริง ยอมรับผิดเมื่อทำความผิด ไม่เอาของ
ผู้อื่นมาเป็นของตน รักษาสัญญารักษาคำพูด 2) ความเอื้อเฟื้อ หมายถึง การรู้จักแบ่งปันของให้ผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3) ความสามัคคี หมายถึง การร่วมแรงร่วมใจทำงานรักพวกพ้อง รักหมู่คณะ 4) ความมีน้ำใจ หมายถึง การรู้จักช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่
หวังสิ่งตอบแทน 5) ความเสียสละ หมายถึง การรู้จักเป็นผู้ให้โดยไม่เสียดายสิ่งที่ตนให้ไป รู้จักช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทนที่จะได้รับ
6) ความยุติธรรม หมายถึง การตัดสินใจไม่เข้าข้างตนเอง หรือพวกพ้อง รู้จักแบ่งปันสิ่งของอย่างเท่าเทียมกัน
7) ความกตัญญูกตเวที หมายถึง การเคารพเชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่ ครู ไม่ทำให้พ่อแม่ต้องเสียใจ ผิดหวัง ให้ความช่วยเหลือพ่อแม่
ครู ผู้มีพระคุณเท่าที่จะทำได้ 8) ความมีระเบียบวินัย หมายถึง การรู้จักทำตามข้อตกลงของกลุ่ม การรู้จักจัดสิ่งของต่างๆ ให้เป็น
ระเบียบเรียบร้อย 9) ความเมตตากรุณา หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข ต้องการให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ 10) ความขยัน หมายถึง
การมีความตั้งใจในการทำงานให้สำเร็จ มีความมานะพยายาม และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค 11) ความรับผิดชอบ หมายถึง การทำงานที่
คนได้รับมอบหมายด้วยดี และตรงต่อเวลา 12) การควบคุมตนเอง หมายถึง การรู้จักควบคุมความต้องการของตนเอง รู้จักกละเทศะ
ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 13) การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม หมายถึง การรู้จักร่วมมือช่วยกันรักษาสมบัติของส่วนรวม ไม่
ทำลายสมบัติส่วนรวม 14) การเคารพสิทธิของผู้อื่น หมายถึง การไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับของส่วนตัวหรือเรื่องส่วนตัวของผู้อื่น ไม่หยิบ
ของผู้อื่นมาใช้โดยไม่ขออนุญาต

2. การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (ใช้เหตุผล) หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรู้สึกว่าเขาตนเองได้รับการปฏิบัติ
จากบิดามารดาหรือผู้ดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย ยอมรับความคิดเห็น ช่วยเหลือ ยุติธรรม ยอมรับความสามารถ มีส่วนในกิจกรรม
ของเด็ก

3. การอบรมเลี้ยงดูแบบลงโทษ (เข้มงวดกวดขัน) หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรู้สึกว่าเขาตนเองได้รับการปฏิบัติ
จากบิดามารดา ด้วยการลงโทษ ใช้อารมณ์ ถูกปฏิเสธ เกร่งเกร็ด ไม่ฟังคำอธิบายของเด็ก

4. การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรู้สึกว่าตนเองได้รับการปฏิบัติจากบิดามารดา โดยถูกปล่อยให้ทำอะไรได้ตามใจชอบ ไม่เอาใจใส่ ไม่ขัดขวางการเล่นของเด็ก ไม่สนใจพฤติกรรม ให้รางวัลตามอารมณ์

5. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่ยังไม่ได้เข้าเรียนในระดับประถมศึกษา ในการวิจัยจะทำกับเด็กอายุ 4-6 ปี ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนระดับอนุบาล

วิธีเก็บข้อมูล : นำแบบทดสอบไปทำการทดสอบกับเด็กเป็นรายบุคคล และนำเด็กที่ผ่านการทดสอบการอบรมเลี้ยงดูแล้วมาทดสอบจริยธรรมโดยสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลเช่นเดียวกัน

ธีรพันธ์ คำตันเจริญ. การศึกษาเปรียบเทียบการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวอุปการะและครอบครัวที่แท้จริง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาชีวสถิติ. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 554 คน จากครอบครัวอุปการะและครอบครัวที่แท้จริง 250 และ 274 คน ตามลำดับ

ตัวแปรที่ศึกษา : การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี

นิยามศัพท์ :

1. การเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย (Physical maturation) ตามอายุ ซึ่งสามารถวัดได้จากน้ำหนัก ส่วนสูง และการวัดเส้นรอบศีรษะ
2. พัฒนาการ (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional maturation) ตามอายุ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้าตามลำดับ
3. DDST (Denver Development Screening Test) หมายถึง แบบทดสอบทางจิตวิทยาที่ใช้ตรวจดูพัฒนาการอย่างคร่าวๆ ของเด็กทารกถึงเด็กวัยก่อนเรียนว่ามีพัฒนาการปกติหรือล่าช้า
4. DQ (Development Quotient) หมายถึง ตัวเลขซึ่งแสดงถึงระดับพัฒนาการของเด็ก มักนิยมหาเฉพาะในเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียนเท่านั้น โดยสามารถคำนวณหาได้จากแบบทดสอบ DDST

วิธีเก็บข้อมูล : ได้ข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary Sources) 2 แห่ง คือ โสภศาสตร์มูลนิธิ และคลินิกเด็กดินแดง

นิตยา คชภักดี และนิชรา เรืองคารกานนท์. สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย Child Health & Development : Perspectives from National Health Examination Survey 1996-7 กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศไทย, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 3,306 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : สุขภาพและพัฒนาการของเด็กไทย, พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการด้านสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การช่วยตัวเองในกิจวัตรประจำวันและการรู้กาละเทศะ
2. พัฒนาการด้านภาษา หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และใช้ภาษา ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญของการเรียนรู้ และพัฒนาการทางสติปัญญา
3. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก หมายถึง ความสามารถในการใช้มือ ตา ทำงาน ประสานกันแก้ปัญหาและปรับตัว
4. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด

วิธีเก็บข้อมูล : ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย วัดพัฒนาการ ระดับเชาว์ปัญญา ตรวจภาวะพึงพา ภาวะทุพพลภาพและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแผนงานที่กำหนดไว้

นิตยา คชภักดี. รายงานการวิจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมต่อพัฒนาการเด็กที่อยู่ในภาวะทุพโภชนาการ. กรุงเทพฯ : แผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2521.

บรรจง สืบสมาน และคณะ. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเขตชนบทไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2524, 26:39-47.

บังอร เหลืองนิมิตรมาศ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของชุมชนหนึ่งในจังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

บังอร เหลืองนิมิตรมาศ, จุฑารัตน์ สภาโษษฐ์ และศิริกุล อิศรานุรักษ์. ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนหนึ่ง จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัย องค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี จำนวน 78 คน ซึ่งครอบคลุมเด็กวัยนี้ทุกคนในพื้นที่วิจัย ซึ่งได้แก่ ตำบลหนองจิก อำเภอหนองแค และตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
ตัวแปรที่ศึกษา : ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง, การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะบางประการของผู้เลี้ยงดูเด็ก การปฏิบัติด้านการอนามัยแม่และเด็กของมารดาของเด็ก ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
วิธีเก็บข้อมูล : ได้จากการสัมภาษณ์โดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ได้รับการชี้แจงจนเป็นที่เข้าใจ

ประทุม โพธิ์ทอง และอุ๋นเรื่อน อำไพพิสตร์. การวัดพัฒนาการในเด็กไทยด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเดนมอร์. หน้า 36-41 กรุงเทพฯ : มูลนิธิฝนแสงสิงห์แก้ว, 2524.

ประนอม รอดคำดี, พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และประทีน สุขสันสนีย์. ผลการเลี้ยงดูเด็กที่มีต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็กวัยก่อนเรียนที่รับเลี้ยงดูในสถานรับเลี้ยงเด็กมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่บ้านในชุมชนคลองเตยและชุมชนเทพประทานและในศูนย์เทพประทาน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาล-ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยก่อนเรียนที่รับเลี้ยงดูในสถานรับเลี้ยงเด็กมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่บ้านในชุมชนคลองเตยและชุมชนเทพประทานและในศูนย์เทพประทาน
ตัวแปรที่ศึกษา : การเลี้ยงดู การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก

พยอม อิงคณวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์การพิมพ์, 2521.

พรพิมล จันทนโสตน. เปรียบเทียบพัฒนาการทารกระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

พิลาวรรณ โภชน์มาก. ผลของการจัดโปรแกรมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียนต่อปฏิริยาการแยกจากมารดา เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยก่อนเรียน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นเด็กที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กอายุกรรมสามัญโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 40 ราย อายุ 2-6 ปี ไม่จำกัดเพศ

ตัวแปรที่ศึกษา : โปรแกรมการเล่นในเด็กวัยก่อนเรียน, ปฏิริยาการแยกจากมารดา

วิธีเก็บข้อมูล : ทดสอบโปรแกรม สังเกตและบันทึกปฏิริยาของเด็กเมื่อแยกจากมารดา

พลสุข สรียาภรณ์, วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ และวัชรภรณ์ ภิสสาสุนทร. คู่มือทดสอบพัฒนาการเด็กของเดนมอร์. กรุงเทพฯ : เอส-เอนการพิมพ์, 2532.

พัชรา พุ่มพชาติ. (2533). อิทธิพลของเสียงดนตรีที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย. ปรินญา นิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต เอกการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุระหว่าง 4-5 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2533 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร.

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มโรงเรียน 1 โรง ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลวัดธาตุทอง เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยนักเรียนชาย 6 คน นักเรียนหญิง 2 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน สำหรับกลุ่มควบคุมประกอบด้วยนักเรียนชาย 5 คน นักเรียนหญิง 3 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน ฉะนั้นในการทดลองจึงใช้กลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : อิทธิพลของเสียงดนตรี, พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย

นิยามศัพท์ :

1. เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 4-5 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2533

2. เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง เด็กที่มีการกระทำหรือการใช้คำพูดท่าทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นหรือสิ่งของ แบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ 2.1) พฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้คำพูด หมายถึง การพูดให้ผู้อื่นเกิดความโกรธ น้อยใจ ไม่พอใจ สังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของการพูดก่อกวน ต่อว่าคำเหน็ดเตียน ผรุสวาท ข่มขู่ และได้เถียง 2.2) พฤติกรรมก้าวร้าวโดยการกระทำ หมายถึง การแสดงออกอาการกริยาท่าทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อสิ่งของและทรัพย์สินบิชอบของตนเองและผู้อื่น สังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกจากการใช้กริยา ขว้างปา ทุบถ่อย ตีกัน แย่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น

3. การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ประกอบเสียงดนตรี หมายถึง การเปิดเสียงดนตรีที่บรรเลงโดยไม่มีเนื้อเรื่องประกอบให้เด็กฟังในขณะที่เด็กทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ซึ่งได้แก่ การวาดภาพระบายสี การพิมพ์ภาพ การปั้น การนับ การฉีก การตัด การปะ การร้อยและการประดิษฐ์

4. การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ หมายถึง การไม่ใช้เสียงดนตรีเปิดให้เด็กฟังในขณะที่เด็กทำกิจกรรมสร้างสรรค์

5. เสียงดนตรีประกอบในการทำกิจกรรม หมายถึง เสียงดนตรีที่เกิดจากการใช้เครื่องดนตรีทั้งประเภท คีดี สี ดี เป่า ซึ่งมีบรรเลงอย่างแผ่วเบา นุ่มนวล และมีท่วงทำนองที่สดชื่นรื่นเริง ทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลายอารมณ์

วิธีเก็บข้อมูล : การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยแบบ Nonrandomized Control-Group Pretest-Posttest Design

พัศนิษฐ์ รัตนโอภาส. ผลของการกระตุ้นโดยการสัมผัสต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อน อยุธยา. วิทยานิพนธ์การศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย จัดแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย ทารกแต่ละคู่ถูกสุ่มเข้าเป็นทารกในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในจำนวนที่เท่ากัน โดยการจับฉลาก

ตัวแปรที่ศึกษา : ผลของการกระตุ้นโดยการสัมผัส, การเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ นาฬิกา และแบบแผนการกระตุ้นทารกโดยการสัมผัส
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และสายเทปวัดความยาวลำตัว,

แบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) และแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว และแบบบันทึกข้อมูลการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

นิยามศัพท์ :

1. การกระตุ้นโดยการสัมผัส หมายถึง การสัมผัส ลูบไล้ นวดคลึงบนผิวหนังของทารกตามแบบแผนการกระตุ้นทารกโดยการสัมผัส ซึ่งได้ประยุกต์จากเทคนิคการกระตุ้นความรู้สึกและการเคลื่อนไหวทารกของไรซ์ (Rice Infant Sensorimotor Stimulation Technique) และเทคนิคการออกกำลังกาย (Exercise Technique) ของบูทซ์ (Booth) และคณะ
2. การเจริญเติบโต หมายถึง การเพิ่มขนาดของร่างกายโดยประเมินจากน้ำหนักตัว ส่วนสูง และเส้นรอบศีรษะ
3. การพัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทารกแสดงออกไปในทางก้าวหน้า และเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการของเดนเวอร์ โดยแบ่งเป็น 4 หมวดใหญ่ คือ 1) พัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคม (Personal-Social) 2) พัฒนาการด้านพ่าย มอเตอร์ (Fine Motor) 3) พัฒนาการด้านภาษา (Language) 4) พัฒนาการด้านกรอส มอเตอร์ (Gross Motor)

วิธีเก็บข้อมูล :

1. คัดเลือกทารกตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้แล้วจับคู่
2. บันทึกข้อมูลส่วนตัวทารกในแบบบันทึกข้อมูล
3. เริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง และวัดความยาวเส้นรอบศีรษะของทารกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยวัดในช่วงเวลา 08.30-09.30 น. และทำการทดสอบพัฒนาการของทารกก่อนศึกษา (Pre-Test) โดยนักจิตวิทยา พัฒนาการพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการเจริญเติบโต และพัฒนาการลงในแบบบันทึกข้อมูล

4. สุ่มทารกเข้าอยู่ในกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง โดยการจับฉลากให้ทารกแรกทีจับฉลากได้ในแต่ละคู่เข้าอยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนทารกชายที่ 2 ในคู่นั้นๆ เข้าอยู่ในกลุ่มควบคุม ทำเช่นเดียวกันจนครบ 10 คู่

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ. ผลการกระตุ้นเร้าต่อพัฒนาการของเด็ก. วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 2528, 24:60-70.

ประเทศไทย. 2528, 24:60-70.

ไพเราะ ผ่องโชค. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย (วิทยากรรขนาด) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กแรกเกิดถึง 6 ปี สุขภาพปกติไม่พิการจำนวน 5,352 คน จากทั้งในเมืองและชนบท สุ่มตัวอย่างมาจาก 147 หมู่บ้านใน 11 จังหวัด

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการวิจัยเรื่องดัชนีวัดพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2530

เยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียนในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียน อายุอยู่ระหว่าง 3-4 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน เขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 221 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียน.

นิยามศัพท์ :

1. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุ 3 ปี - 4 ปี ที่เริ่มเข้าใหม่ในศูนย์เด็กชุมชนแออัด ซึ่งกองสวัสดิการสงเคราะห์ กรุงเทพมหานครให้การสนับสนุนและเด็กเข้ามาอยู่ในศูนย์เด็กไม่เกิน 1 เดือน ในวันที่ตรวจวัดพัฒนาการ
2. ลำดับการเกิด หมายถึง ลำดับที่การเกิดของเด็ก แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ บุตรคนแรก, บุตรคนกลาง และ บุตรคนสุดท้าย
3. อายุบิดา มารดา หมายถึง อายุของบิดา มารดาของเด็ก โดยนับตามปฏิทิน เป็นจำนวนปีเต็มในวันสัมภาษณ์
4. สถานภาพสมรสของบิดามารดา หมายถึง สถานภาพสมรสของบิดามารดาในปัจจุบันซึ่งจำแนกเป็นอยู่ด้วยกัน และไม่ได้อยู่ด้วยกันเนื่องจาก การหย่าร้าง แยกกันอยู่ชั่วคราว (ไปๆ มาๆ) หรือเนื่องจากบิดาหรือมารดาเสียชีวิต
5. สถานภาพการทำงาน หมายถึง การทำงานเพื่อหารายได้ของบิดามารดาซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ไม่ได้ทำงาน, ทำงานในบ้าน และทำงานนอกบ้าน
6. ระดับการศึกษา หมายถึง ปีการศึกษาสูงสุดที่บิดา มารดา สำเร็จการศึกษา ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ระดับ คือ จบการศึกษามัธยมศึกษา และจบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา
7. ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย
8. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนพี่น้องของเด็กทั้งหมดที่เกิดจากมารดาเดียวกัน ซึ่งยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน นับรวมตัวเด็กเองด้วย
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลทั้งหมดในครอบครัวของเด็ก ได้แก่บิดามารดา ญาติ คนรับใช้ รวมทั้งตัวเด็กด้วย แบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (ไม่เกิน 3 คน), ปานกลาง (4-5 คน) และมาก (6 คนขึ้นไป)
10. สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร
11. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง วิธีการที่บิดา มารดาปฏิบัติต่อบุตรในการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจำแนกอย่างเด่นชัดได้ เป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย, การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด และการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย
12. พัฒนาการด้านนิสสัยส่วนบุคคลและสังคม หมายถึง ความสามารถในการแสดงออก และปรับนิสสัยส่วนบุคคลของตัวเด็กเองให้เข้ากับสังคมที่ตนอยู่ รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือตนเอง, การเลียนแบบการเล่น และการมีเพื่อน

วิธีเก็บข้อมูล :

1. ทำการสังเกตและทดสอบพัฒนาการเด็กกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด
2. ใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์มารดาของเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกคน

รศ.ดิพร ถึงฝั่ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาและพัฒนาการตามวัยของบุตรวัย 0-6 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดาของเด็ก และเด็กอายุ 0-6 ปี จำนวน 5,424 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : การเลี้ยงดูบุตรของบิดา, พัฒนาการเด็กวัย 0-6 ปี

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้การสัมภาษณ์

รัชณี สมประชา. ทักษะพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์การเล่นน้ำเล่นทราย. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

รัตนาวดี รอดภิรมย์. การศึกษาพฤติกรรมช่วยเหลือของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์เอกการศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. (2533).
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัย (5-6 ปี) ที่กำลังศึกษาชั้นอนุบาล จำนวน 90 คน
ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองของเด็กปฐมวัย

รัตโนทัย พลับรู้การ. การตรวจประเมินพัฒนาการและพัฒนาการเบี่ยงเบน. ใน : จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. หน้า 102-116 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2530.

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเริ่ม. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการกับบุคลากรทางการแพทย์ หน้า 1. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลราชานุกูล, 2533.

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้าและกลุ่มเสี่ยง. ใน ชีวิตใหม่ของคุณคลปัญญาอ่อน หน้า 9-10. กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลราชานุกูล, 2533.

ลดาวลัย กองช่าง. การศึกษาการแก้ปัญหาของเด็กปฐมวัยที่ได้รับประสบการณ์การเล่นวัสดุสามมิติ แบบชี้นำ และแบบอิสระ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.

ลดาวลัย รอดมณี. การเข้าร่วมแรงงานของสตรีและคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

วรดี เลิศไกร. ผลของการจัดกิจกรรมตามแผนการจัดประสบการณ์ที่มีต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

วชิรา กสิโกศล, วัชรารณณ์ ภัสสาสุนทร และพุลสน สรียากรณ์. การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตเมืองและชนบท. ราชบัณฑิตยสาร, 12:27-30, 2532.

วรรณานุกูล นุญนวน. พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมของเด็กวัย 2-5 ปี ในเขตชุมชนแออัดเทศบาลนคร จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัย 2-5 ปี ที่อาศัยในชุมชนแออัดเทศบาลนคร จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมี 13 ชุมชน อยู่ใน 4 เขต มีจำนวนทั้งสิ้น 256 คน สุ่มได้ 183 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

นิยามศัพท์ :

1. ลำดับการเกิด หมายถึง ลำดับที่การเกิดของเด็กในครอบครัวที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกัน
2. บุตรคนเดียว หมายถึง บุตรคนเดียวของครอบครัว
3. บุตรคนแรก หมายถึง บุตรคนที่เกิดลำดับที่ 1 ของครอบครัว
4. บุตรคนกลาง หมายถึง บุตรคนที่เกิดลำดับที่ 2 และคนที่ถัดมาจนถึงคนรองสุดท้อง
5. บุตรคนสุดท้อง หมายถึง บุตรที่เกิดเป็นคนสุดท้ายของครอบครัว

6. การศึกษาของบิดา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของบิดา
 7. การศึกษาของมารดา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของมารดา
 8. รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้จากการทำงานอาชีพของมารดา บิดา รวมกันต่อเดือน
 9. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง วิธีการที่บิดามารดาปฏิบัติต่อบุตรในการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะคือ การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย, การเลี้ยงดูแบบเข้มงวดและการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย
 10. พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง (Self-help skills) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย
 11. พัฒนาการด้านสังคม (Social skills) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การเล่นและการทำตามกฎเกณฑ์ของสังคม
- วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์มารดาของเด็กและทดสอบพัฒนาการเด็ก

วารสาร สัยนานนท์. ความรู้พัฒนาการเด็กของบิดาหรือมารดาที่มีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดาหรือมารดาเด็กที่พาเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนกันยายน 2534 - ตุลาคม 2534 จำนวน 410 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็ก, การอบรมเลี้ยงดูเด็ก

นิยามศัพท์:

1. ความรู้พัฒนาการเด็ก หมายถึง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กอายุแรกเกิด - 1 ปี ของบิดาหรือมารดา ในด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กในด้านต่างๆ เช่น การให้นม, การให้อาหารเสริม, น้ำหนักเด็ก, การให้ภูมิคุ้มกันโรค, พัฒนาการเด็ก และความรู้ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก รวมถึงการเลือกของเล่นที่เหมาะสมกับเด็ก
 2. เด็ก หมายถึง เด็กวัยทารกอายุตั้งแต่แรกเกิด - 1 ปี ที่บิดาหรือมารดามารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่คลินิกสุขภาพดี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกันยายน 2534 - เดือนตุลาคม 2534 และบิดามารดาได้รับการสัมภาษณ์เรื่อง “ความรู้พัฒนาการเด็กของบิดาหรือมารดาที่มีต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก”
 3. บิดาหรือมารดา หมายถึง บิดาหรือมารดาที่พาเด็กมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและเป็นผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กด้วยตนเอง
 4. การอบรมเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การที่บิดาหรือมารดาปฏิบัติต่อเด็ก เพื่อสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็ก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามศักยภาพที่เด็กมีอยู่ในแต่ละช่วงอายุ
- วิธีเก็บข้อมูล : ตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ปกครอง และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก

วารุณี สุรัตน์ไชยกุล และคณะ. การวัดพัฒนาการในเด็กวัยก่อนเรียนด้วยแบบทดสอบพัฒนาการของเดนมอร์รี. รายงานการวิจัยเสนอ ณ ที่ประชุมวิชาการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วิชัย ผลานวงศ์, เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก และพูนศรี เลชะกุล. การศึกษาพัฒนาการของเด็กไทยในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 6 เดือน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 28:1089-1098,2527.

วิวัฒนา ปุญญฤทธิ์. การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางด้านอารมณ์และความรู้สึกของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียนต่างกัน. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

วันเพ็ญ พิศาลพงศ์ และคณะ. การศึกษาวิธีการอบรมเลี้ยงดูพัฒนาการทางร่างกาย และความพร้อมทาง การเรียนของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย ฉบับที่ 29 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กที่มารสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในชั้นเด็กเล็ก โรงเรียนประถมสาธิต มศว. ประสานมิตร จำนวน 310 คน และบิดามารดาของเด็กทั้งหมดนี้

ตัวแปรที่ศึกษา :

1. ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของครอบครัวเด็ก
2. ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่เด็ก ได้รับจากบิดามารดา
3. ความพร้อมทางการเรียนของเด็ก

นิยามศัพท์ :

1. การอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุคคลอื่นๆ ปฏิบัติต่อเด็กเพื่อสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็ก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีและยังให้การแนะนำสั่งสอน ฝึกอบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในทุกๆ ด้าน
2. พัฒนาการทางร่างกาย หมายถึง การเจริญเติบโตทางร่างกายของเด็ก โดยพิจารณาจากน้ำหนักและส่วนสูงเมื่อเทียบกับอายุตามปฏิทินของเด็กในขณะที่ทำการวิจัย ซึ่งจะแสดงให้เห็นภาวะโภชนาการของเด็กว่าอยู่ในระดับใด โดยยึดถือเกณฑ์ที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพ็ญศรี กาญจนันฐิติ (มปป.) คัดแปลงมาจากเกณฑ์มาตรฐานของ Gomez
3. ความพร้อมในการเรียน หมายถึง ความสามารถเฉพาะด้านที่เด็กมีอยู่แล้ว ก่อนที่จะเข้าไปมีประสบการณ์ทางการศึกษา
4. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 56 เดือน - 70 เดือน ในวันที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นเด็กที่ผู้ปกครองนำมาสมัครสอบคัดเลือกเข้าเรียนชั้นเด็กเล็ก
5. ลำดับการเกิดของบุตร หมายถึง เด็กที่ถูกศึกษานี้เกิดเป็นบุตรคนที่เท่าไรของบิดามารดา
6. จำนวนบุตรในครอบครัว หมายถึง จำนวนพี่น้องที่ร่วมบิดามารดาเดียวกับเด็กซึ่งนับรวมทั้งตัวเด็กเองด้วย
7. ระดับการศึกษาของบิดาหรือมารดา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดาหรือมารดา
8. อาชีพของบิดามารดา หมายถึง อาชีพหลักของบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นรับราชการ รับจ้างค้าขาย อื่นๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ
9. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง เงินรายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อ 1 เดือน
10. บุคคลที่มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ บิดามารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งบิดาและมารดาของเด็กเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และญาติผู้ใหญ่หรือบุคคลอื่น มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูมากที่สุด
11. ความมุ่งหวังที่จะให้ลูกเลือกประกอบอาชีพใดในอนาคต หมายถึง ความปรารถนาของบิดามารดาที่จะให้บุตรคนที่กล่าวถึงประกอบอาชีพใดในอนาคต ในการระบุถึงความมุ่งหวังเกี่ยวกับอนาคตของเด็กอาจแบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ มุ่งหวังให้บุตรประกอบอาชีพตามความตั้งใจปรารถนาของบิดามารดา และยังไม่ตั้งความมุ่งหวังที่แน่นอน เนื่องจากเห็นว่าอนาคตยังมีการเปลี่ยนแปลงได้อีกมาก จึงเพียงหวังจะให้บุตรเลือกเรียนและเลือกอาชีพที่สอดคล้องกับความถนัด ความสนใจ ความรู้ ความสามารถของเขา
12. การมุ่งหวังในการพัฒนาที่จะได้จากโรงเรียน หมายถึง การที่เด็กมาเข้ารับการศึกษาอบรมในโรงเรียนประถมสาธิตนั้น ผู้ปกครองต้องการให้บุตรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านใดจากทางโรงเรียนมากที่สุด
13. การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของบิดา หมายถึง การที่บิดาได้มีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรไม่ว่าจะเป็นชั่วคราวหรือประจำ ไม่ว่าจะอยู่ร่วมบ้านเดียวกันโดยตรงหรือบิดาจะอยู่ร่วมบ้านกับบุตรเป็นบางช่วง

วิธีเก็บข้อมูล : สอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก

ศิริกร พุ่มดวง พัฒนาการเด็กวัยหัดเดินที่เลี้ยงดูที่สถานสงเคราะห์และสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลบิดา มารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2536.
 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยหัดเดิน อายุ 1-3 ปี จำนวน 81 คน ที่เลี้ยงดูที่สถานสงเคราะห์และสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน 50 คน
 ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็ก

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และชัยวัฒน์ วงษ์อาษา. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 30 (1) : 52-61, 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 2 ปี ในพื้นที่ทดลอง 41 คน พื้นที่ควบคุม 36 คน และมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เป็นบุตรคนที่ 1, 2 และทุกคนที่ภาวะโภชนาการปกติ
 ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : ผู้ทดสอบพัฒนาการเด็ก 1 คน จะรับผิดชอบเด็ก 16 คน ใช้เวลาทดสอบเด็กแต่ละคนประมาณ 1-2 ชั่วโมงตามความจำเป็น และการทดสอบต้องเลือกเวลาที่เหมาะสม กล่าวคือเป็นเวลาของเด็กอารมณ์แจ่มใส

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. พัฒนาการของเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และชัยวัฒน์ วงษ์อาษา. รายงานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และจุฑารัตน์ สภาโอบุษฐ์. แนวความคิดในการเลี้ยงดูเด็กของชุมชนหนึ่งในจังหวัดสระบุรี. รายงานผลการสนทนากลุ่ม องค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี จำนวน 41 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 10-11 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : แนวความคิดในการเลี้ยงดูเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : การสนทนากลุ่ม

ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ผลการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวในเด็กที่พัฒนาการช้า และพัฒนาการปกติ. รายงานการวิจัย องค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กทุกคนที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี ของพื้นที่การศึกษา ซึ่งครอบคลุมเด็กทั้งหมด 77 คน เป็นเด็กในตำบลหนองโน จำนวน 36 คน และตำบลหนองจิก 41 คน เด็กทั้งหมดมีภาวะโภชนาการปกติ ณ. จุดเริ่มต้นศึกษา.

ตัวแปรที่ศึกษา : การส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวในเด็กพัฒนาการช้าและปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบทดสอบพัฒนาการเด็กของ Denver (Denver Development Screening Test-DDST) และแบบสอบถามลักษณะบางประการของครอบครัว

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. รายงานผลการวิจัย องค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี จำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มพื้นที่ทดลอง คือ ตำบลหนองจิก จำนวน 41 คน และพื้นที่ควบคุม คือ ตำบลหนองโน จำนวน 36 คน และเด็กทุกคนมีภาวะโภชนาการปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา : ตัวแปรอิสระ คือ คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย ตัวแปรตาม คือ คะแนนพัฒนาการเด็กในแต่ละด้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบทดสอบพัฒนาการเด็กของเด็นเวอร์ (Denver Development Screening Test-DDST), คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการปกติ หมายถึง เด็กสามารถผ่านการทดสอบงานที่ได้เส้นอายุลากผ่านทุกงาน
2. พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กไม่สามารถผ่านการทดสอบงานที่ได้เส้นอายุลากผ่าน 2 งาน
3. พัฒนาการผิดปกติ หมายถึง เด็กไม่สามารถผ่านการทดสอบงานที่ได้เส้นอายุลากผ่านตั้งแต่ 3 งานขึ้นไป

วิธีเก็บข้อมูล : ผู้ทดสอบพัฒนาการเด็ก 1 คน รับผิดชอบเด็ก 16 คน ทดสอบในเวลาที่มีอารมณ์แจ่มใส ไม่ง่วงนอน หรือหิว หรือกำลังป่วย โดยการใช้แบบทดสอบ DDST

ศิริกุล อิศรานุกฤษ. พัฒนาการของเด็กวัย 6 เดือน ถึง 2 ปี ของชุมชนหนึ่ง ในจังหวัดสระบุรี. รายงานผลการวิจัย องค์การอนามัยโลก (WHO), 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มี 2 กลุ่ม คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี จำนวน 77 คน เด็กเหล่านี้จะได้รับการวัดพัฒนาการอย่างละเอียดจากทีมนักวิจัยโดยใช้ Denver Development Screening Test (DDST) และกลุ่มที่สอง คือ พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองเด็ก ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กในปัจจุบัน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กวัย 6 เดือน ถึง 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :

1. แบบฟอร์มเพื่อทดสอบพัฒนาการเด็กด้านต่างๆ โดยวิธี DDST
2. แบบทดสอบเพื่อสอบถามข้อมูลที่ต้องการจาก พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครอง

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการปกติ หมายถึง เด็กสามารถผ่านการทดสอบในงานที่ได้เส้นอายุลากผ่านทุกงาน
2. พัฒนาการช้า หมายถึง เด็กไม่สามารถผ่านการทดสอบงานที่ได้เส้นอายุลากผ่าน 2 งาน
3. พัฒนาการผิดปกติ หมายถึง เด็กไม่สามารถผ่านการทดสอบงานที่ได้เส้นอายุลากผ่านตั้งแต่ 3 งาน

วิธีเก็บข้อมูล : ตรวจสอบและตอบแบบสอบถามต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์ม จากพ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองเด็ก

สุกชัช ดันศิริ. การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการความคิดรวบยอดของเด็กนักเรียนในเมืองและเด็กในชนบทในด้านกรจำแนกสิ่งของ โดยอาศัยสี และรูปร่าง. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

ศุภานันท์ สุวรรณกิจ. ผลของการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการของทารกแก่กลุ่มบิดา - กลุ่มมารดา และกลุ่มคู่มือบิดา-มารดาที่มีต่อพัฒนาการของบุตรวัย 2-6 เดือน. ปรินญาณิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2538.

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง : ได้แก่ กลุ่มบิดา-กลุ่มมารดาและกลุ่มคู่มือบิดา-มารดาที่มีอายุตั้งแต่ 20-35 ปี พร้อมบุตรคนแรก อายุ 2 เดือน ซึ่งมีพัฒนาการในเกณฑ์ปกติ (อยู่ในเกณฑ์ 90% ของจำนวนเด็กไทยที่สามารถผ่านข้อทดสอบพัฒนาการ Denver ได้) และนำบุตรคนนี้มารับวัคซีนที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงเดือนธันวาคม 2537 - พฤษภาคม 2538 รวมทั้งสิ้น 48 ครอบครัว

การสุ่มตัวอย่าง : เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้มาแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) กล่าวคือ ครอบครัวใดที่พาบุตรคนแรกอายุ 2 เดือน ซึ่งมีพัฒนาการระดับปกติมารับวัคซีนในวันนั้นและกลุ่มบิดา-มารดา ดังกล่าวมีอายุระหว่าง 20-35 ปี ก็จะได้เป็นกลุ่มตัวอย่างทันทีโดยไม่ได้มีนัยหมายล่วงหน้าก่อน

ตัวแปรที่ศึกษา : ผลของการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการของทารกแก่กลุ่มบิดา กลุ่มมารดา และกลุ่มคู่มือบิดา-มารดา พัฒนาการของบุตรวัย 2-6 เดือน

นิยามศัพท์ :

1. บิดา หมายถึง ชายซึ่งเป็นบิดาของทารกที่มารับการฉีดวัคซีน และมีอายุระหว่าง 20-35 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก
2. มารดา หมายถึง หญิงซึ่งเป็นมารดาของทารกที่มารับการฉีดวัคซีน และมีอายุระหว่าง 20-35 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก
3. บุตรวัยทารก หมายถึง ทารกที่มีอายุ 2-6 เดือน ซึ่งบิดาหรือมารดาหรือทั้งคู่บิดามารดานำมารับการฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก
4. ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการของทารก หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่บิดามารดาควรปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกวัย 2-6 เดือน

วิธีเก็บข้อมูล : ทดสอบด้วยแบบทดสอบที่เตรียมไว้ทั้งบุตรและบิดามารดา

สร้อยสุดา วิทยากร, มยุรี เพชรอักษร และอาภรณ์ อุ่เงิน. พัฒนาการเด็กที่เลี้ยงดูที่สถานสงเคราะห์กับเด็กที่เลี้ยงดูด้วยบิดามารดาที่บ้านในเด็กอายุแรกเกิด - 6 ปี. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่ : คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2528.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุแรกเกิด - 6 ปีในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านกึ่งแก้ว จำนวน 15 คน เด็กที่เลี้ยงดูที่บ้าน 23 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กที่เลี้ยงดูที่สถานสงเคราะห์, พัฒนาการเด็กที่เลี้ยงดูด้วยบิดามารดาที่บ้าน

นิยามศัพท์ :

1. เด็กกำพร้า หมายถึง เด็กหญิงหรือเด็กชายที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ที่มีร่างกายสมบูรณ์, แข็งแรง ไม่มีความพิการทั้งทางด้านร่างกายและสมอง ซึ่งมีได้อาศัยอยู่กับบิดา, มารดา ของตนเอง ได้รับการเลี้ยงดูอยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้ามากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. เด็กปกติ ที่อยู่กับบิดา มารดา หมายถึง เด็กหญิงหรือเด็กชายที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ที่มีร่างกายสมบูรณ์, แข็งแรง ไม่มีความพิการทั้งทางด้านร่างกายและสมอง อาศัยอยู่กับบิดา มารดาของตนเอง ซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจไม่แตกต่างมากนักกับเด็กปกติกำพร้า
3. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กชายและเด็กหญิงที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน - 6 ปี
4. พัฒนาการ (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้าง (structure) และแบบแผนของอินทรีย์ทุกส่วน การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อยๆ เป็นขั้นๆ จากระยะหนึ่งไปอีกระยะหนึ่งทำให้เด็กมีลักษณะและความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลทั้งทางด้านร่างกาย, สติปัญญา, อารมณ์และสังคมเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นลำดับ
5. ความเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านขนาด, รูปร่าง ส่วนสัดส่วน ตลอดจนกระดูกและกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เกิดสิ่งเปลี่ยนแปลงที่คุณภาพดีขึ้น มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น การเจริญเติบโตนี้รวมไปถึงพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กอีกด้วย
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน หมายถึง รายได้เฉพาะของบิดามารดาของเด็กกลุ่มตัวอย่างรวมกันที่ได้ต่อเดือน
7. พื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ระดับการศึกษาและอาชีพของบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งรายได้ครอบครัวต่อเดือน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของครอบครัวที่มีบุตรนั้นเท่ากับหรือมากกว่า 4 คน มีรายได้ครอบครัวไม่เกินเดือนละ 2,000 บาทต่อเดือน โดยจัดอยู่ในข่ายบุคคลผู้มีรายได้น้อย
8. บุคคลผู้มีรายได้น้อย หมายถึง บุคคลซึ่งบรรณุนิติภาวะมีรายได้น้อยเดือนละ 1,500 บาทสำหรับคนโสด และเดือนละ 2,000 บาท สำหรับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้แบบทดสอบ DDST อาศัยวิธีการทางด้านสังคมวิทยาร่วมกับทางด้านทางการแพทย์ คือ บางวิธีทดสอบจะใช้ทางด้านสังคมวิทยาโดยการสังเกตและสัมภาษณ์จากที่เลี้ยง, มารดาและครูเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ส่วนทางด้านทางการแพทย์ โดยการตรวจตามความสามารถบางพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อค้นหาความผิดปกติและนำผลที่ได้ไปแปรผล

สุณี บุญพิทักษ์. พัฒนาการเด็กก่อนประถมศึกษาที่ได้รับการจัดกิจกรรมเล่นกลางแจ้ง ตามแผนการจัดประสบการณ์ปี 2527 และการจัดตามแผนการจัดกิจกรรมการเล่นกลางแจ้งปี 2533. ปรินญาณิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กระดับประถมศึกษาอายุ 4-5 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นอนุบาล ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2534 โรงเรียนวัดช่างเหล็ก สังกัดสำนักงานประถมศึกษากรุงเทพมหานคร (สป. กทม.)

การสุ่มตัวอย่าง : เด็กชายและเด็กหญิงอายุ 4-5 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นอนุบาล 1 ภาคเรียน 2 ปีการศึกษา 2534 โรงเรียนวัดช่างเหล็ก สังกัดสำนักงานประถมศึกษากรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ 1 ห้องเรียน จำนวน 30 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายจากนักเรียนในห้องแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กก่อนประถมศึกษาที่ได้รับการจัดกิจกรรมเล่นกลางแจ้ง

นิยามศัพท์ :

1. การเล่นกลางแจ้ง หมายถึง กิจกรรมการเล่นนอกห้องเรียน ซึ่งรวมทั้งในบริเวณที่เป็นร่มเงาและกลางแจ้ง มีเครื่องเล่นสนาม เครื่องเล่นปีนป่ายบางชนิด

2. พัฒนาการของเด็กก่อนประถมศึกษา หมายถึง ความสามารถของเด็กในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ ได้ดี และเหมาะสมกับวัย โดยแบ่งเป็นพัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์-จิตใจ พัฒนาการด้านสังคมและพัฒนาการด้านสติปัญญา

วิธีเก็บข้อมูล : ดำเนินการทดลองโดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ Randomized Control-Group Posttest-Only Design

สุธีรา ชุ่มตระกูล, สมณฉา สิทธิพงศ์สกุล และสุภาวดี ลิ้มปนากร. การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเข้าเรียนที่เลี้ยงดูที่บ้านกับในศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน ชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ แขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ แขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี อายุ 2.5-6 ปี จำนวน 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ และใช้แบบทดสอบ DDST

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา และวรนุช มีทรัพย์. การใช้แบบทดสอบ DDST ในการวัดพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน. รายงานการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์สุขวิทยาจิต, 2523.

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, โยเซฟ ซื่อเพียงธรรม และชมชื่น ทักษาศาสตร์ (2542). รายงานการวิจัยการศึกษาาระดับตะกั่วในเลือดของเด็ก กรุงเทพฯ : Blood lead level in Bangkok Children. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การศึกษาสภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน. รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย, 2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดา มารดาของเด็กอายุ 0-3 ปี ในทุกภาคของประเทศไทย จำนวน 800 ครอบครัว

การสุ่มตัวอย่าง : ประชากรตามภูมิศาสตร์แบ่งเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ภูมิภาคละ 1 จังหวัด มีจำนวนครัวเรือนที่ศึกษาอำเภอละประมาณ 200 ครัวเรือน

ตัวแปรที่ศึกษา : สภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์บิดามารดาของเด็กที่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 0-3 ปี โดยการซักถามจากความจำของพ่อแม่ที่มีต่อการเลี้ยงดูพัฒนาการของเด็กวัยต่างๆ กรณีเด็กยังเล็กมากก็ให้พ่อแม่ตอบตามความรู้หรือประสบการณ์ที่พ่อแม่เคยพบมา

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการติดตามประเมินผลโครงการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด. กรมการศาสนา, 2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : 1) ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด จำนวน 26 ศูนย์ ซึ่งตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตการศึกษาทั้ง 12 เขตฯ ละ 2 ศูนย์ ในปีการศึกษา 2536 2) ผู้อำนวยการศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด ปีการศึกษา 2536 3) ครูผู้สอนในศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด 4) นักเรียนในศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด 5) ผู้นำชุมชนที่อยู่ในเขตบริการของศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด 6) ผู้ปกครองที่ส่งบุตร/หลานเข้าเรียนที่ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดทั้งหมด 26 ศูนย์

การสุ่มตัวอย่าง :

1. โดยสุ่มแบบง่ายจากศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัดที่เปิดสอนก่อนปี 2536 และหลังปี 2536 อย่างละ 1 ศูนย์
2. ผู้อำนวยการศูนย์และครูผู้สอน จำนวน 26 ศูนย์
3. อธิบดีกรมการศาสนาและผู้อำนวยการกองศาสนศึกษา กรมการศาสนา
4. ผู้นำชุมชนและผู้ปกครองนักเรียนจำนวน 26 ศูนย์

ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด

เครื่องมือในการวิจัย :

1. แบบสัมภาษณ์
2. แบบประเมินความพร้อมของพัฒนาการ

วิธีเก็บข้อมูล : ทำการสัมภาษณ์รวมทั้งทดสอบความพร้อมของพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กในศูนย์ จำแนกตามอายุ 2-3 ปี 3-4 ปี 4-5 ปี และ 5-6 ปี ใช้แบบประเมินพัฒนาการของเด็ก

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. รายงานสภาวะเด็กและเยาวชนไทย ประจำปี 2537. สนับสนุนโดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งประชาชาติ (UNICEF), 2537.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานการประเมินสัมฤทธิ์ผลทศวรรษ 1 โครงการอนุบาลชนบท พ.ศ. 2529-2539, 2541.

เสาวนีย์ พัฒนอมร. การอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองของเด็กวัย 2-3 ปี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กอายุระหว่าง 2 ปี 6 เดือน ถึง 3 ปี 6 เดือน ที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ของศูนย์สุขวิทยาจิตและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 77 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเลี้ยงดู, พฤติกรรมช่วยเหลือตนเองของเด็กวัย 2-3 ปี

เสาวนีย์ ศรีตระกูล. พัฒนาการเด็กด้วยโอกาสจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำที่อาศัยในอาคารเคหะแห่งชาติดินแดง. วารสารสุขศึกษา. 10(39): 66-73, 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มเด็กด้วยโอกาสที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำในอาคารเคหะแห่งชาติดินแดง อายุ 6 เดือน - 2 ปี จำนวน 17 คน และอายุ 2-4 ปี จำนวน 24 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กด้วยโอกาส

อรวรรณ สุ่มประดิษฐ์. พฤติกรรมความเอื้อเฟื้อ ความมีระเบียบวินัย และระดับขั้นการเล่นทางสังคมของเด็กปฐมวัยที่ได้รับประสบการณ์การเล่นแบบไทย และการเล่นที่จัดอยู่ทั่วไป ปรินญาณิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.

อภิญา กังสนารักษ์. การศึกษาพัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและการใช้ประโยคในการสื่อสารของเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์และในครอบครัวปกติ. ปริญญาบัตร การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) ที่เลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า จำนวน 80 คน และในครอบครัวปกติ จำนวน 80 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านภาษา, เด็กก่อนวัยเรียน (3-6 ปี)

นิยามศัพท์ :

1. พัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความสามารถในการพูดของเด็กก่อนวัยเรียนที่แสดงออกโดยพิจารณาจากจำนวนถ้อยคำในประโยคที่ยาวที่สุดที่เด็กอธิบายภาพแต่ละภาพนาน 5 นาที จำนวน 5 ภาพ
2. พัฒนาการทางภาษาด้านการใช้ประโยคของเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความสามารถในการพูดของเด็กก่อนวัยเรียนที่แสดงออกโดยพิจารณาถึงลักษณะของประโยคที่ซับซ้อนที่สุด ที่เด็กพูดอธิบายภาพแต่ละภาพนาน 5 นาที จำนวน 5 ภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 2.1 เอกภรตประโยค คือ ประโยคที่มีใจความเดียวมีบทกริยาสำคัญเพียงบทเดียว เช่น เขานอน, นกตัวใหญ่บินในท้องฟ้า 2.2 อนภรตประโยค คือ ประโยคใหญ่ที่มีใจความสำคัญอย่างน้อย 2 ใจความสำคัญและใจความสำคัญนั้นๆ จะต้องมีลักษณะเป็นประโยค โดยมีสันธานเป็นบทเชื่อมหรือละสันธานไว้ในฐานะที่เข้าใจ 2.3 สังกรประโยค คือ ประโยคใหญ่ที่มีประโยคเล็กตั้งแต่ 2 ประโยคขึ้นไปรวมกัน แต่มีประโยคหัวหน้าหรือประโยคหลักที่มีใจความสำคัญเพียงประโยคเดียว นอกนั้นเป็นประโยคเล็กที่ทำหน้าที่แต่งหรือประกอบประโยคหลัก
3. เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุ ดังนี้ อายุ 3 ปี คือ อายุ 3 ปี - 3 ปี 11 เดือน, อายุ 4 ปี คือ อายุ 4 ปี - 4 ปี 11 เดือน, อายุ 5 ปี คือ อายุ 5 ปี - 5 ปี 11 เดือน, อายุ 6 ปี คือ อายุ 6 ปี - 6 ปี 11 เดือน
4. สิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน หมายถึง การอบรมเลี้ยงดู ความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมสองแห่ง คือ สถานสงเคราะห์ สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย และครอบครัวปกติ ที่มีที่พักอยู่ในจังหวัดปทุมธานี
5. เด็กในครอบครัวปกติ หมายถึง เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุ 3-6 ปี ที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาในครอบครัวที่มีที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี อันได้แก่นักเรียนอนุบาลจากโรงเรียนอนุบาลปทุมธานี, โรงเรียนอนุบาลนวนคร, โรงเรียนอนุบาลพัฒนา และโรงเรียนวนิชยา
6. เด็กในสถานสงเคราะห์ หมายถึง เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปีที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากสถานสงเคราะห์เด็ก สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย อันได้แก่ สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนรังสิต, จังหวัดปทุมธานี, สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี, สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท และสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี กรุงเทพมหานคร
7. พัฒนาการทางภาษาที่สูงกว่า หมายถึง พัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและการใช้ประโยคของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีจำนวนถ้อยคำต่อประโยคที่มากกว่าและการใช้ประโยคที่ซับซ้อนกว่า

วิธีเก็บข้อมูล : นำแบบทดสอบรูปภาพ จำนวน 5 ภาพ ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เด็กอธิบายภาพ ภาพละ 5 นาที

อภิญา สกุนตนาลาก. พัฒนาการด้านจริยธรรมในเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของเพียเจท์และทฤษฎีของโกลเบอร์เกอร์, 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4-6 ปี จำนวน 77 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านจริยธรรม

อากร แสนไชย. พัฒนาการและวุฒิภาวะทางสังคมของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็ก บ้านเด็กเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7(3),169-175, 2542.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ อายุแรกเกิดถึง 5 ปี จำนวน 63 คน

การสุ่มตัวอย่าง : Simple random sampling ได้กลุ่มที่อยู่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 36 คน และกลุ่มที่อยู่มากกว่า 1 ปี จำนวน 27 คน ทั้งหมด 63 คน เป็นชาย 34 คน เป็นหญิง 29 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการ และวุฒิภาวะทางสังคมของเด็กกำพร้า

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้แบบทดสอบ

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กกำพร้า
2. แบบทดสอบสำเร็จรูปจำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบทดสอบวุฒิภาวะทางสังคม (Vineland Social Maturity Scale)

ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน และแบบวินิจฉัยคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี (Diagnostic Inventory Screening for Children) ใช้เวลา 30 นาทีต่อคน

อภาววรรณ หนูคง. การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพของเด็กและความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อบริการของโครงการศูนย์ศึกษาลูกเล็ก. วิทยานิพนธ์ เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วยเด็กที่เข้ารับบริการในโครงการศูนย์ศึกษาลูกเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2535 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2535 จำนวน 48 คน และผู้ปกครองเด็กจำนวน 48 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : การเจริญเติบโต, พัฒนาการ ภาวะสุขภาพของเด็ก, ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อบริการของโครงการศูนย์ศึกษาลูกเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นิยามศัพท์ :

1. การเจริญเติบโต หมายถึง การเพิ่มขนาดและจำนวนเซลล์ของร่างกายโดยประเมินจากน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ และเส้นรอบอก
2. พัฒนาการ หมายถึง การเพิ่มทักษะและความสามารถในการทำกิจกรรมด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือตนเอง สังคม การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การใช้ภาษาและการได้ยิน และการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ในการเคลื่อนไหว
3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะที่เด็กมีความสามารถในการรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยองค์ประกอบต่างๆ ของร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับอายุเพศ และระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ
4. ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นในทางที่ดีของผู้ปกครองเนื่องจากการให้บริการของโครงการ
5. ผู้ปกครอง หมายถึง บิดามารดาหรือญาติที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน และมีประสบการณ์ติดต่อกับโครงการศูนย์ศึกษาลูกเล็กหรือการรับส่งเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : แจกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อบริการของโครงการแก่ผู้ปกครองของเด็ก วัดการเจริญเติบโต ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพเด็กและบันทึกผล

อารีรัตน์ จำอยู่ และคณะ. พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรมการพัฒนาชุมชนในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ จังหวัดชลบุรีและฉะเชิงเทรา. รายงานวิจัย ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรมการพัฒนาชุมชนในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ จังหวัดชลบุรีและฉะเชิงเทรา จำนวน 360 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มตัวอย่างแบบง่าย

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนทั้ง 4 ด้าน พัฒนาการคือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การใช้ภาษาและด้านการได้ยิน

อุทัยวรรณ ทองเย็น. พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตชนบทของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงใต้. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียน 3-5 ปี จำนวน 60 คน เลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 30 คน และในสภาพธรรมชาติของในเขตชนบทของจังหวัดชลบุรี และจันทบุรี 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีเก็บข้อมูล : โดยการทดสอบแบบปฏิบัติการและสัมภาษณ์เด็กโดยใช้ เครื่องมือที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ เพียเจต์

อุษา สังข์น้อย. การเปรียบเทียบพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยที่ครุมีปัญหาในการจัด

ประสบการณ์แตกต่างกัน. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

Betz, C.L; Hunsberger, M.M. and Wright, S.W. **Family-centered : Nursing care of children.**

(2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders-Company, 1994.

Laksanavicharn, U. et al. The indicators of psychosocial development in Thailand. **Ramathibodi**

Me J, 15(1): 63-69, 1992.

Laksanavicharn, U. et al. The indicators of psychosocial development in Thailand. **Asia-Pacific J**

Public Health, 8(1): 31-34, 1995.

Strangler, I.R.; Huber, C.J. and Routh, D.K. **Screening growth and development of preschool**

children : A guide test selection. New York : Mc Graw-Hill Book company, 1980.

Supanvanich, et al. Factor related to children's development delay. **Thai J Epidemiol**, 1(1): 14-16,

1992.

บทที่ 6

ปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัย

ช่วงปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของเด็ก โดยเฉพาะสุขภาพจิตของเด็ก เด็กจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับกรอบเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เอื้อต่อการปรับตัวของเด็ก ทั้งนี้ผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจความแตกต่างในด้านพัฒนาการ สติปัญญา และพันธุกรรมของเด็ก ซึ่งแต่ละคนย่อมมีลักษณะเฉพาะตัวที่ไม่เหมือนใคร ถึงแม้จะเกิดจากพ่อแม่เดียวกัน แต่การที่ผู้ปกครองจะเข้าใจเด็กในทุกแง่มุมเป็นสิ่งที่ไม่ได้ยาก เพราะต้องอาศัยการสังเกตด้วยระยะเวลาอันยาวนาน อีกทั้งการสื่อความหมายที่เด็กสามารถบอกความต้องการของตนเองอย่างตรงไปตรงมานั้นมีข้อจำกัดมากกว่าวัยอื่น อาจด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของเด็กปฐมวัยค่อนข้างน้อยกว่าเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น การทบทวนงานวิจัยในบทนี้ได้นำเสนอประเด็นของปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานอารมณ์ ความชุกของปัญหาทางจิตเวช การมารับบริการทางจิตเวช และการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ ส่วนประเด็นการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย การอบรมเลี้ยงดูบุตรภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของเด็กกับการอบรมเลี้ยงดู และการอบรมเลี้ยงดูกับปัญหาสุขภาพจิต ประเด็นสุดท้ายที่นำเสนอในบทนี้ก็คือ เด็กถูกทารุณ ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาการทารุณเด็กในสังคมไทย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานหลังการทารุณ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณเด็ก และผลกระทบต่อสุขภาพเด็กหลังถูกทารุณ

ปัญหาด้านจิตใจ

จิตใจของมนุษย์มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สภาวะจิตใจจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางอารมณ์ การพูด การคิด และการกระทำ ซึ่งบุคคลในแต่ละวัยมีการแสดงออกแตกต่างกันตามลักษณะพัฒนาการ พันธุกรรม สติปัญญา สภาพการเลี้ยงดู และสังคมวัฒนธรรม ที่มามีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างซับซ้อน ทำให้ปัญหาทางจิตใจของเด็กในแต่ละวัย มีความแตกต่างกัน การศึกษาปัญหาในเด็ก 1-5 ปี ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ปกครองอย่างมาก เพราะเด็กไม่รู้ว่าตนเองมีปัญหา และไม่สามารถพูดบอกได้ด้วยตัวเอง แต่เด็กจะแสดงออกทางพฤติกรรมซึ่งผู้ปกครองจะเป็นผู้ที่มองเห็นปัญหา (วรุณา, 2542) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์หรือปัญหาทางจิตของเด็กปฐมวัย มักใช้วิธีสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้ปกครองหรือครูเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก

ลักษณะพื้นฐานอารมณ์

งานวิจัยเกี่ยวกับพื้นฐานอารมณ์ของเด็กปฐมวัยเท่าที่พบเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเล็ก จากสถานบันการศึกษา และศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น

1. วัยทารก

จากการศึกษาพื้นฐานอารมณ์ทารกวัย 4-8 เดือน จำนวน 265 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร เป็นทารกที่คลอดปกติ ครบกำหนด มีน้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่าเป็นทารกเลี้ยงง่ายร้อยละ 51.1 ค่อนข้างเลี้ยงง่ายร้อยละ 28.3 ค่อนข้างเลี้ยงยากร้อยละ 15.8 เลี้ยงยากร้อยละ 3 และเอาใจยากร้อยละ 1.5 และพบว่า เพศ ลำดับการเกิด อาชีพของมารดา ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์

ลักษณะครอบครัว จำนวนพี่น้อง อายุของมารดา การศึกษาของมารดาและเศรษฐกิจฐานะไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มทารกที่แบ่งตามลักษณะพื้นฐานอารมณ์ (เลี้ยงง่าย เลี้ยงยาก) แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้านพบว่า เพศชายมีระดับการเคลื่อนไหวมากกว่าเพศหญิง ทารกในครอบครัวชายมีระดับการเคลื่อนไหวมากกว่าทารกในครอบครัวเดี่ยว และทารกที่เป็นบุตรคนแรกหรือทารกที่มีพี่น้องเพียงหนึ่งหรือสองคนตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้าในเชิงยอมรับได้ดีกว่าทารกที่เป็นบุตรคนรองหรือทารกที่มีพี่น้องมากกว่าสองคน (พิริยา, 2529)

2. วัยก่อนเรียน

จากการศึกษาพื้นฐานอารมณ์เด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุ 3-6 ปี อาศัยในแฟลตดินแดง จำนวน 255 คน ของอรวรรณ (2529) พบว่า เป็นเด็กเลี้ยงง่ายร้อยละ 36.08 เด็กค่อนข้างเลี้ยงง่ายร้อยละ 32.94 เด็กเอาใจยากร้อยละ 4.71 เด็กค่อนข้างเลี้ยงยากร้อยละ 14.09 และเป็นเด็กเลี้ยงยากร้อยละ 11.37 และพบว่า เพศ ลำดับการเกิด อาชีพของมารดา จำนวนพี่น้องของเด็ก อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา สถานภาพสมรส และการตอบสนองอารมณ์ของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนที่แบ่งตามลักษณะพื้นฐานอารมณ์ (เลี้ยงง่าย เลี้ยงยาก) เมื่อหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้านพบว่า เด็กชายมีกิจกรรมบ่อยและเร็วกว่าเด็กหญิง เด็กหญิงมีความรุนแรงในการตอบสนองมากกว่าเด็กชาย หันเหวความสนใจได้ง่ายกว่าและความทนของประสาทรับรู้ต่ำกว่าเด็กชาย เด็กที่เป็นลูกคนกลางมีกิจกรรมบ่อยและเร็วกว่าลูกคนแรก เด็กที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกันมีการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย เป็นเวลา มากกว่าเด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน เด็กที่มารดาตอบสนองอารมณ์ไปทางบวกจะมีกิจกรรมน้อยกว่าเด็กที่มารดาตอบสนองอารมณ์ไปทางลบ มีระดับสมาธิและช่วงความสนใจดีกว่าเด็กที่มารดาตอบสนองอารมณ์แบบเป็นกลาง เด็กที่มารดาทำงานในบ้านมีการปฏิบัติตัวในเรื่องการกิน การนอน การขับถ่ายเป็นเวลาน้อยกว่า แต่มีสมาธิและช่วงความสนใจมากกว่าเด็กที่มารดาทำงานนอกบ้าน ส่วนวรรตมา (2530) ได้ศึกษาพื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยเดียวกันในศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวันคืนของวายุศัพท์วิ ชิ เอ และสถานเลี้ยงเด็กกลางวันศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่างแห่งละ 50 คน พบว่าเด็กที่มารดาทำงานนอกบ้านมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์ด้านความสม่ำเสมอมากกว่าเด็กที่มารดาทำงานในบ้าน เด็กที่มารดาไม่มีการศึกษาดำ มีสมาธิและช่วงความสนใจดีกว่าเด็กที่มารดาไม่มีการศึกษาปานกลาง เด็กที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความรุนแรงในการตอบสนองมากกว่าเด็กที่ครอบครัวมีรายได้สูง เด็กที่อยู่ในครอบครัวชายมีสมาธิและช่วงความสนใจดีกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว เด็กที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนมากมีความสามารถในการปรับตัวดีกว่าเด็กที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนปานกลาง

หากพิจารณาจากงานวิจัยข้างต้นก็จะพบว่าเด็กปฐมวัยของไทยส่วนใหญ่เป็นเด็กเลี้ยงง่าย และค่อนข้างเลี้ยงง่าย ปัจจัยที่มีผลให้ลักษณะพื้นฐานอารมณ์แตกต่างกันในบางด้านก็คือ เพศ ลำดับการเกิด ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา การประกอบอาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาของมารดา โดยที่เพศชายเคลื่อนไหวมากกว่าเพศหญิง ลูกคนกลางเคลื่อนไหวมากกว่าลูกคนแรก ลูกคนแรกยอมรับสิ่งเร้าได้ดีกว่าลูกคนรอง เด็กในครอบครัวชายเคลื่อนไหวมากกว่ามีสมาธิและช่วงความสนใจดีกว่าเด็กในครอบครัวเดี่ยว เด็กที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนมากมีความสามารถในการปรับตัวดีกว่าเด็กที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนปานกลาง เด็กที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกันและมารดาทำงานนอกบ้าน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลามากกว่าเด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันในบ้าน เด็กที่มารดาไม่มีการศึกษาระดับต่ำมีสมาธิดีกว่าเด็กที่มารดาไม่มีการศึกษาปานกลาง เด็กที่รายได้ครอบครัวต่ำมีความรุนแรงในการตอบสนองมากกว่าเด็กที่ครอบครัวมีรายได้สูง ถึงแม้การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรไทยทั้งประเทศได้ แต่ก็สะท้อนให้เห็นภาพรวมของลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของเด็กไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้บ้าง

ความชุกของปัญหาทางจิตเวช

มีงานวิจัยเพียงสองชิ้นซึ่งศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงระยะเวลาห่างกันมากกว่า 10 ปี เริ่มจากการศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตเวชในประชาชนเขตกรุงเทพมหานครของอรพรรณ อัมพร และสุวัฒน์ (2530) จากประชากร 5 เขต ของกรุงเทพมหานคร (พญาไท พระโขนง คูสิต บางรัก และบางเขน) จำนวน 7,731 ราย แบ่งเป็นอายุ 0-3 ปี จำนวน 1,099 ราย อายุ 4-6 ปี จำนวน 539 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากครอบครัวโดยวิธีสัมภาษณ์โดยตรงจากแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง พบอัตราความชุกของปัญหาจิตเวชในกลุ่มอายุ 0-3 ปี ร้อยละ 29.8 ในเพศชายและเพศหญิงไม่ค่อยแตกต่างกัน ปัญหาที่พบบ่อยในวัยนี้คือ ปัญหาพฤติกรรมกรรมการนอน พบในเพศชาย ร้อยละ 12.2 เพศหญิง ร้อยละ 13.9 รองลงมาคือปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย พบในเพศชาย ร้อยละ 11.9 เพศหญิง ร้อยละ 12.4 รองลงไปคือ ปัญหาด้านอารมณ์ นิสัย พบในเพศชาย ร้อยละ 9 เพศหญิง ร้อยละ 11.0 ปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือปัญหาด้านพัฒนาการ พบในเพศชาย ร้อยละ 5.5 เพศหญิง ร้อยละ 4.1 ส่วนในกลุ่มอายุ 4-6 ปี พบความชุกของปัญหาจิตเวช ร้อยละ 46.9 ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางอารมณ์ และนิสัย พบในเพศชาย ร้อยละ 36.1 เพศหญิง ร้อยละ 33.6 ปัญหาที่พบบ่อยรองลงมาคือปัญหาพัฒนาการ พบในเพศชาย ร้อยละ 22.0 เพศหญิง ร้อยละ 20.5 ปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ ปัญหาระบบประสาทสมอง พบในเพศชาย ร้อยละ 11.2 เพศหญิง ร้อยละ 10.2 จากงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีรายงานว่าเด็กที่มีปัญหาจิตเวชเหล่านี้ไปพบแพทย์จำนวนเท่าใด

ต่อมา วรุณา (2542) ได้ศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตเวชของเด็กวัย 1-5 ปี ที่มาตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่คลินิกสุขภาพเด็กสบาย ศูนย์บริการสาธารณสุขทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร 6 แห่งๆ ละ 100 คน รวมเป็น 600 คน โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมอารมณ์เด็กจากผู้ปกครองที่พาเด็กมาตรวจ พบว่า ผู้ปกครองจำนวน 482 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีความกังวลห่วงใยในปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของเด็ก อายุ 1-5 ปี 5 อันดับแรก คือปัญหาการกินจำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ปัญหาอารมณ์ของเด็กจำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 ร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 ชนมากอยู่ไม่นิ่งจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 จากงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีรายงานว่าเด็กที่มีปัญหาเหล่านี้ไปรับบริการทางจิตเวช

1. ปัญหาการกินที่พบบ่อยมาก คือ กินยาก ปฏิเสธอาหาร กินนาน อมข้าว และยังคงดูดนม ปัญหาที่พบบ่อยในช่วงอายุ 3-5 ปี มากกว่า 1-3 ปี
 2. ปัญหาอารมณ์ของเด็กที่พบบ่อยมากคือ ซ้ำอัย จิกกัด เสียใจง่าย ร้องไห้มาก ขอบโต้เถียง และใจน้อย โดยที่ปัญหาที่พบบ่อยในช่วงอายุ 3-5 ปี มากกว่า 1-3 ปี
 3. ร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในช่วงอายุ 1-3 ปี ปัญหานี้ลดลงบ้างเมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี แต่ก็ยังคงพบได้มากในจำนวนที่ไม่แตกต่างจากวัย 1-3 ปี
 4. ชนมากอยู่ไม่นิ่ง เป็นปัญหาที่พบบ่อยในช่วงอายุ 1-3 ปี มากกว่า 3-5 ปี
 5. พฤติกรรมก้าวร้าว พบทั้งเรื่องวาทะและพฤติกรรมในจำนวนที่พอๆ กันทั้งสองช่วงอายุ
- จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตในเด็กปฐมวัยซึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างกันบ้าง คือ จากรายงานการศึกษา เมื่อ ปี พ.ศ. 2530 พบปัญหาการกิน การนอน การเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางอารมณ์และนิสัย ส่วนรายงานการศึกษาในปี พ.ศ. 2542 พบปัญหาการกิน ปัญหาทางอารมณ์ การร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจ ชนมากอยู่ไม่นิ่ง และก้าวร้าว ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อการวิจัยมีราย

ละเอียดแตกต่างกัน และช่วงเวลาที่ทำวิจัยห่างกันถึง 10 ปี อย่างไรก็ตามปัญหาที่ยังคงดำรงอยู่จากอดีตถึงปัจจุบันซึ่งพบได้ในเด็กทั่วไปก็คือ ปัญหาการกิน และปัญหาทางอารมณ์ เมื่อเปรียบเทียบปัญหาของเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี หรือ 1-3 ปี กับเด็กช่วงอายุ 4-6 ปี หรือ 3-5 ปี ก็พบว่า เด็กเล็กมีปัญหาจนอยู่ไม่นิ่ง ร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจมากกว่าเด็กโต ส่วนเด็กโตมีปัญหาการกิน ปัญหาทางอารมณ์และปัญหาพัฒนาการมากกว่าเด็กเล็ก อาจเนื่องจากปัญหาเหล่านี้มองเห็นชัดขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น แต่ปัญหาการร้องอาละวาดเมื่อถูกขัดใจพบในเด็กเล็กบ่อยกว่า อาจเนื่องจากเด็กโตเรียนรู้การแสดงอารมณ์ด้วยวิธีอื่นๆ และบางคนสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นเมื่อโตขึ้น

การมารับบริการทางจิตเวช

จำนวนเด็กที่มารับบริการทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครมีมากกว่าในต่างจังหวัด อาจเนื่องจากความมีชื่อเสียงของแหล่งบริการ และความรู้ความตระหนักของผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนของเด็ก โดยเฉพาะเด็กในชนบท ผู้ปกครองจะพามาพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการรุนแรงหรือชัดเจน นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตใจของเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี ประเมินได้ยากหากไม่แสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนชัดเจน ปัญหาด้านจิตใจของเด็กที่ผู้ปกครองนำมาใช้บริการทางจิตเวช พบได้ทั้งที่หน่วยบริการของรัฐและหน่วยบริการของสถาบันการศึกษา

1. หน่วยบริการของรัฐ

1.1 ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

จากสถิติการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต พบว่า ผู้มารับบริการอยู่ในวัย 0-19 ปี ช่วงเดือนตุลาคม 2540 - กันยายน 2541 มีผู้มารับบริการจำนวนทั้งสิ้น 4,213 ราย แบ่งเป็นวัย 0-4 ปี จำนวน 1,037 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.61 วัย 5-9 ปี จำนวน 1,763 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.85 และวัย 10-19 ปี จำนวน 1,413 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.54 ในช่วงเดือนตุลาคม 2541 - กันยายน 2542 มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 5,306 ราย แบ่งเป็นวัย 1-4 ปี จำนวน 1,226 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.11 วัย 5-9 ปี จำนวน 2,339 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.08 และวัย 10-19 ปี จำนวน 1,741 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.81 เมื่อวินิจฉัยโรคผู้มารับบริการเหล่านี้ โดยใช้เกณฑ์ ICD 10 พบว่าวัย 0-4 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม F80-F89 ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ (Disorders of psychological development) ได้แก่ ความผิดปกติด้านการพูด การอ่าน การสะกดคำ การเคลื่อนไหว ออทิสติก อยู่ไม่นิ่ง และพัฒนาการผิดปกติ หากรวมจำนวนทั้งหมดตั้งแต่ตุลาคม 2540 - กันยายน 2542 พบว่ามีจำนวนมากถึง 1,564 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.11 รองลงมาเป็นปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาครอบครัว มีจำนวน 263 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.62 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD 10 อยู่ในกลุ่ม F90-F98 ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavior & emotion disorders with onset usually occurring in childhood & adolescence) มีจำนวน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.66 ความผิดปกติที่พบในกลุ่มนี้ ได้แก่ ชนสมาธิสั้น ความประพฤติก่อการวิวาท อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวลจากการพลัดพราก ความผิดปกติในปฏิกริยาผูกพัน กระตุกตามส่วนต่างๆของร่างกาย ดื้ออังก เป็นต้น ส่วนความผิดปกติอื่นๆ พบได้น้อย หากพิจารณาในแต่ละเพศพบว่าความผิดปกติส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ความผิดปกติในเพศชาย จำนวนทั้งหมด 1,744 คน คิดเป็นร้อยละ 77.07 เพศหญิงจำนวนทั้งหมด 519 คน คิดเป็นร้อยละ 22.93 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 แสดงจำนวนผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร วัย 0-4 ปี จำแนกตามโรค, ปี และเพศ

ลำดับ ที่	โรค	ตุลาคม 2540 - กันยายน 2541				ตุลาคม 2541 - กันยายน 2542							
		ชาย	หญิง	รวม		ชาย	หญิง	รวม		ชาย	หญิง	รวม	
				จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ
1.	F80-F89 Disorders of Psychological development	594	123	717	69.14	693	154	847	69.1	1,287	277	1,564	69.11
2.	ปัญหาสุขภาพจิตอื่น*	67	63	130	12.54	83	50	133	10.8	150	113	263	11.62
3.	F90-F98 Behaviour & emotion disorders with onset usually occurring in childhood & adolescence	45	12	57	5.5	120	19	139	11.3	165	31	196	8.66
4.	F70-F79 Mental retardation	46	30	76	7.33	26	16	42	3.4	72	46	118	5.21
5.	อื่นๆ ไม่ระบุ**	11	13	24	2.3	24	13	37	30	35	26	61	2.69
6.	F40-F48 Neurotic	13	6	19	1.83	4	4	8	0.7	17	10	27	1.19
7.	F99 unspecified	0	0	0	0	6	2	8	0.7	6	2	8	0.35
8.	F30-F39 Mood disorders	1	1	2	0.19	3	1	4	0.3	4	2	6	0.26
9.	F00-F09 Organic	1	2	3	0.29	1	1	2	0.2	2	3	5	0.22
10.	F20-F29 Schizophrenia	1	1	2	0.19	1	2	3	0.2	2	3	5	0.22
11.	โรคทางกาย	1	3	4	0.39	0	0	0	0	1	3	4	0.18
12.	F60-F69 Disorder of adult personality and behaviour	1	0	1	0.09	1	1	2	0.2	2	1	3	0.13
13.	F50-F59 Behavioural syndromes asso. with physio. disturb. & physical factor	1	0	1	0.09	0	1	1	0.1	1	1	2	0.08
14.	G40-G47 Episodic	0	1	1	0.09	0	0	0	0	0	1	1	0.04
	รวม	782	255	1,037	100	962	264	1,226	100	1,744	519	2,263	100

ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ* ได้แก่ ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาครอบครัว

อื่นๆ ไม่ระบุ** ได้แก่ เด็กปกติ ขอใบรับรองแพทย์ และไม่ระบุ

แหล่งที่มา : ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข (ส่งข้อมูลมาเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2542)

1.2 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากการเก็บรวบรวมสถิติการมารับบริการปัญหาสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ของเด็ก 0-5 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2538 - 20 ธันวาคม 2542 พบว่า มีผู้มารับบริการ 36 คน ในจำนวนนี้เป็นปัญญาอ่อน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ออทิสติก 12 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 พัฒนาการช้า 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 อยู่ไม่นิ่ง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 และเรียนไม่ได้ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78

2. หน่วยบริการของสถาบันการศึกษา

2.1 หน่วยกุมารจิตเวช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษาของ อรทัย (2535) พบว่า ผู้รับบริการวัย 0-5 ปี ที่มารับบริการที่หน่วยกุมารจิตเวช จำนวน 37 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.5 ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.43 รองลงมาได้รับการวินิจฉัยพัฒนาการช้า ร้อยละ 21.62 และพูดช้า ร้อยละ 10.81 ส่วนการวินิจฉัยที่พบเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.70 ได้แก่ กลัวโรงเรียน ชนสมาธิสั้น พูดช้าร่วมกับชนสมาธิสั้น นิสัยแปรปรวน ไม่พูดร่วมกับอารมณ์แปรปรวน พูดติดอ่าง ปัสสาวะรดที่นอน แผลงฤทธิ์ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมที่แสดงบ่อยครั้ง พบ 20 พฤติกรรม ที่แสดงบ่อยที่สุดคือ มีปัญหาการพูด ร้อยละ 48.65 รองลงไปคือเลือกหรือปฏิเสธอาหาร ร้อยละ 32.43 มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ลูกลี้หลุกจนมากหรืออยู่ไม่สุข และต้องการอะไรต้องได้ทันทีทนต่อความคับข้องใจไม่ได้ พบในจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 24.32 พฤติกรรมเรียกร้องความสนใจมาก และพัฒนาการช้ากว่าเด็กที่อยู่ในวัยเดียวกัน พบในจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 18.92 พฤติกรรมไม่เชื่อฟัง พบร้อยละ 16.22 พฤติกรรมกลัวหรือวิตกกังวลเกินไป พบร้อยละ 13.51 พฤติกรรมไม่ว่องไวเคลื่อนไหวช้า หรือขาดความกระปรี้กระเปร่า และพฤติกรรมแผลงฤทธิ์ หรืออารมณ์ร้อน พบในจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 10.81 พฤติกรรมรังแกหรือทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมพึ่งพาผู้ใหญ่มากเกินไป พบในจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 8.11 พฤติกรรมกัดเล็บ และเล่นอวัยวะเพศบ่อย พบในจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 5.41 ส่วนพฤติกรรมที่พบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.70 ได้แก่ ขับถ่ายไม่เป็นที่ ทำลายสิ่งของเมื่อโกรธหรือไม่พอใจ นอนฝันร้าย กินมากเกินไป และกระดุกที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

2.2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จากการรวบรวมของอุไรวรรณ (2542) พบว่าปัญหาทางจิตของเด็กวัย 1-5 ปี ที่มารับบริการที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีจำนวน 197 ราย พบมากในช่วงอายุ 2-5 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค ออทิสติก มากที่สุดเช่นกันคือ 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.92 รองลงมา คือ ชนสมาธิสั้น ร้อยละ 17.26 มีปัญหาพัฒนาการ ร้อยละ 11.67 พูดช้าร้อยละ 7.61 ปัญญาอ่อนร้อยละ 4.06 มีปัญหาระหว่างผู้ปกครองกับเด็กร้อยละ 2.54 ซึมเศร้า ร้อยละ 3.55 ปัญญาอ่อนร่วมกับชนสมาธิสั้น ร้อยละ 2.03 และพัฒนาการช้า ร้อยละ 2.03 นอกจากนี้เป็นปัญหาทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัย เพียง 1-2 ราย ได้แก่ โจมตีระยะ จิตเภท ปัญญาอ่อนร่วมกับก้าวร้าว ย้ำคิดย้ำทำ การปรับตัวผิดปกติร่วมกับกลุ่มอาการเนโฟติก เล่นอวัยวะเพศ ปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อยร่วมกับปัสสาวะรดที่นอน ชนสมาธิสั้นร่วมกับอาการลมชัก ปวดศีรษะ คาทาโทนิค พฤติกรรมแปรปรวน ปัญญาอ่อนระดับคาบเส้น ก้าวร้าว ชนสมาธิสั้นร่วมกับก้าวร้าว กินสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร โกรธแล้วร้องจนหน้าเขียว กัดเล็บ การปรับตัวผิดปกติร่วมกับชนสมาธิสั้น ปัญญาอ่อนร่วมกับออทิสติก มีปัญหาการเรียน พูดตามร่วมกับชนสมาธิสั้น แยกตัว ดุคนิว่ พรากจากแม่ และแผลงฤทธิ์

ข้อมูลข้างต้นซึ่งศึกษาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งให้เห็นว่าปัญหาจิตเวชเด็กที่พบมากที่สุดคือ ออทิสติก ส่วนการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ชี้ให้เห็นว่า ออทิสติกอยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาทางจิตเวชมากที่สุด แต่ไม่ได้แยกออกมาให้เห็นชัดว่ามีจำนวนเท่าใด จึงไม่สามารถประมาณการจากข้อมูลที่มีอยู่ได้ว่าในภาพรวมของประเทศมีเด็กออทิสติกจำนวนเท่าใด และในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาถึงอุบัติการณ์ของเด็กออทิสติก จากการศึกษาพบว่าผลกระทบที่มีต่อบิดามารดาของเด็กออทิสติกมาก คือ ปัญหาต่างๆของเด็กออทิสติกทำให้มารดาต้องใช้เวลาเด็กค่อนข้างมาก ปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความต้องการปรึกษาด้านการฝึกพูด ด้านสถานที่เรียน (กัญญา, 2534) นอกจากนี้ผู้ทบทวนได้ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบและภาระด้านสุขภาพของเด็กออทิสติกจาก นพ.ชาญวิทย์ เงินศิริตระกูล ซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ความเห็นว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากเด็กมีปัญหาในด้านการสื่อความหมายและการเข้าสังคม การฝึกให้เด็กดูแลตนเองได้เช่นเด็กปกติทำได้ยาก เด็กออทิสติกหลายคนมีปัญหาอ่อนร่วมนด้วย ภาระการดูแลของพ่อแม่จึงหนักกว่าการดูแลเด็กที่มีปัญหาทั่วไป

2.3 ภาควิชาการเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ณัฐวดี (2534) ได้ศึกษารายกรณีจากเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมแปรปรวน ซึ่งมารับการรักษาที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 15 ราย เมื่อพิจารณาประวัติตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี พบว่าเด็กมักแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในช่วง 3-5 ปี ส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง โมโหร้าย เช่น ทำลายของเมื่อถูกขัดใจ ทำร้ายสัตว์ ชกต่อยกับเพื่อนเป็นประจำ และชอบแกล้งน้องจนร้องไห้ เป็นต้น บางคนมีพฤติกรรม พูดปด ขโมย ชอบเล่นไม้ขีดไฟ ซนมาก อยู่นิ่งไม่ได้ พัฒนาการช้า พูดช้า ชอบนอนดูดนิ้ว กลัวตัวตลก มีปัญหาการเรียนตั้งแต่เริ่มเข้าอนุบาล บางคนร้องไห้ก่อนไปโรงเรียนทุกเช้าในช่วงอายุ 3-6 ปี

เห็นได้ว่า การศึกษาปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ของเด็กในช่วงปฐมวัย มีน้อย และเป็นการศึกษาในกลุ่มเล็ก ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาทางจิตเวชได้ทำการศึกษาเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงไม่สามารถบ่งชี้ถึงสถานะสุขภาพของประชาชนไทยทั่วประเทศได้ และผลการศึกษาด้านความชุกของปัญหาทางจิตเวชในเด็กวัย 0-6 ปี ไม่ค่อยสอดคล้องกับปัญหาทางจิตเวชของเด็กวัย 0-4 ปี ที่ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานครนั่นคือ ความชุกของปัญหาทางจิตเวชที่พบมากในวัย 0-3 ปี คือปัญหาการกิน การนอน ชนมากอยู่ไม่นิ่ง ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ ปัญหาพัฒนาการ ส่วนวัย 4-6 ปี ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการกิน ปัญหาทางอารมณ์และนิสัย และปัญหาพัฒนาการ โดยที่เพศหญิงและเพศชายที่มีปัญหาทางจิตเวชมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เด็กวัย 0-4 ปี ซึ่งไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิตด้วยปัญหาทางจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีมากกว่าเพศหญิงถึงสามเท่า โดยที่พบมากที่สุดได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ ซึ่งครอบคลุมความผิดปกติด้านการพูด การอ่าน การสะกดคำ การเคลื่อนไหว ออทิสติก อยู่ไม่นิ่ง และพัฒนาการผิดปกติ รองลงมาเป็นปัญหาของการเลี้ยงดูและปัญหาครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กที่พบในกลุ่มประชากรทั่วไปเป็นปัญหาที่ผู้ปกครองมองว่าไม่ร้ายแรง สามารถแก้ปัญหาได้เอง จึงทำให้ไม่สอดคล้องกับปัญหาทางจิตเวชที่เด็กที่ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัญหาที่เหนือความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ปกครองส่วนเด็กวัย 0-5 ปี ซึ่งไปรับบริการที่หน่วยบริการของสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาพัฒนาการและชนสามาริสัน หากสรุปจากข้อมูลที่มีเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาวิจัยขนาดเล็ก และสถิติการไปรับบริการของเด็กปฐมวัย

ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตเด็กอายุ 0-19 ปี และเด็กปฐมวัยที่มารับบริการที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดูเหมือนว่าโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือโรคออทิสติก ส่วนอันดับรองลงมาคือพัฒนาการช้า ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจตามเกณฑ์วินิจฉัยของ ICD 10 ปัญหาทางด้านจิตใจของเด็กปฐมวัยไม่สามารถสรุปให้เด่นชัดได้ เนื่องจาก สถานบริการแต่ละแห่งใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคแตกต่างกันคือ ศูนย์สุขภาพจิตซึ่งสังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD 10 ในขณะที่สถาบันการศึกษาใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของ DSM IV ส่วนการศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตเวชไม่ได้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคดังกล่าว แต่ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นเอง

อาจสรุปได้ว่าปัญหาด้านจิตใจของเด็กกลุ่มปฐมวัย จากมากไปน้อย ก็คือ ออทิสติก ปัญหาพัฒนาการ ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาครอบครัวส่วนปัญหาทางอารมณ์นิสัยที่แสดงออกในทางก้าวร้าว และชนสมาธิสั้นก็พบได้เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากเด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนชัดเจน และผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับออทิสติกมากขึ้น จากการเผยแพร่ความรู้เรื่องออทิสติกในวารสารสุขภาพจิต โยปถัมภ์ และสื่อมวลชนต่างๆ มากขึ้น ทำให้สถิติของการนำเด็กออทิสติกมารักษามีมากกว่าปัญหาด้านจิตใจอื่นๆ ส่วนปัญหาพัฒนาการช้า อาจพบได้น้อยกว่าความเป็นจริง เพราะจากการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูและเกณฑ์ตามสมุดบันทึกสุขภาพของนิตยา, นิชรา และชัยยศ (2543) พบว่ามีผู้เลี้ยงดูร้อยละ 13.7 ที่เข้าใจผิดว่าเด็กมีพัฒนาการปกติหรือเร็วกว่าปกติต่างๆ ที่เด็กมีพัฒนาการค่อนข้างช้า ดังนั้น หากผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยตนเองก็จะพบปัญหาพัฒนาการช้าต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ถ้าประเมินโดยใช้เกณฑ์พัฒนาการตามวัยในสมุดบันทึกสุขภาพของกรมอนามัย พบว่า เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการสงสัยช้ากว่าวัยถึงร้อยละ 16.7 โดยเฉพาะเด็กอายุ 3-6 ปี เกินกว่าครึ่งมีพัฒนาการล่าช้าหรือมีความเสี่ยงที่จะล่าช้า ดังนั้น ปัญหาพัฒนาการช้าจึงเป็นปัญหาของเด็กปฐมวัยที่รัฐควรให้ความสนใจช่วยเหลือ นอกจากนี้ปัญหาทางอารมณ์นิสัยที่แสดงออกในทางก้าวร้าว หรือชนสมาธิสั้น ก็เป็นปัญหาที่สามารถให้การช่วยเหลือที่เด็กได้โดยตรง ส่วนปัญหาการเลี้ยงดูและปัญหาครอบครัวเป็นปัญหาใหญ่และมีความซับซ้อน ผู้ทบทวนจึงได้แยกเขียนรายละเอียดของเรื่องนี้ ในประเด็นการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ เนื้อหาในส่วนนี้จะนำเสนอเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเด็กออทิสติก เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการช้า และเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์นิสัย

การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ

1. การดูแลเด็กออทิสติก

จากการศึกษาเกี่ยวกับดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกและพยานุเคราะห์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกอย่างถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรออทิสติก ($r = .3634, P < .01$) และพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรออทิสติก ($r = .2628, .3609, P < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งแสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกที่ถูกต้องจะมีการดูแลบุตรออทิสติกในทางที่ถูกต้องด้วย (กัลยา, 2539) ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าการที่มารดาของเด็กออทิสติกจะได้รับความรู้ที่ถูกต้องนั้นพยาบาลควรจะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค

ออทิสติก และการดูแลเด็กออทิสติกที่ถูกต้อง และสามารถให้ความรู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม แก้บิคา
 มารดา ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกและการดูแลบุตรออทิสติกที่ถูกต้อง นอก
 จากนี้ นพ.ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล จิตแพทย์เด็กประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ให้ความเห็นว่าในส่วนของ
 รัฐบาล สามารถแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้โดยการเปิดโอกาสให้เด็กได้อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน และเรียน
 ร่วมกับเด็กในโรงเรียนปกติมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาของ ระริน (2542) พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนในเขต
 กรุงเทพมหานครเห็นด้วยในระดับสูงกับสภาพการณ์การจัดการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติว่าจะช่วยให้เด็กออทิส-
 ติกมีการปรับตัวกับสังคมได้ดี

2. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการช้า

จากการศึกษาผลการส่งเสริมพัฒนาการ โดยครอบครัวในเด็กที่มีพัฒนาการช้าของศิริกุล
 (2534) พบว่า เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองใช้คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย มีพัฒนาการดีกว่า
 เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่ได้ใช้คู่มือดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลัง
 จากการใช้คู่มือดังกล่าวนาน 8 เดือน โดยที่คู่มือดังกล่าวจัดทำเป็นรูปภาพมีเนื้อหาเป็นคำแนะนำสั้นๆ ถึงวิธีการ
 อย่างง่ายๆ ที่พ่อแม่ควรทำทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้ลูกฉลาดสมวัย และบอกให้ทราบถึงพัฒนาการปกติของเด็กวัยแรก
 เกิด - 3 เดือน, 3-6 เดือน, 6-9 เดือน, 9-12 เดือน, 1-1 ปีครึ่ง, 1 ปีครึ่ง - 2 ปี และ 2-3 ปี

3. การลดความก้าวร้าวและเพิ่มสมาธิให้ยาวนานขึ้น

จากการวิจัยเชิงทดลองใช้เสียงดนตรีในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 4-5 ปี
 กำลังเรียนอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ของพัชรา (2533) พบว่า เสียงดนตรีสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก
 ปฐมวัยได้ และการใช้ดนตรีประกอบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ทำให้เด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวลด
 พฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ และมีพัฒนาการของผลงานในด้านความคิดสร้างสรรค์
 ดีขึ้น เช่น การวาดภาพจะมีรายละเอียดมากขึ้น มีการใช้สีมากขึ้น และรู้จักใช้คำพูดในการอธิบายผลงานได้อย่าง
 เหมาะสม ส่วนฉัตรชуда (2537) ได้วิจัยเชิงทดลองโดยใช้ดนตรีประกอบขณะเด็กทำกิจกรรมการเล่นและกิจกรรม
 ศิลปศึกษา เพื่อพัฒนาสติปัญญาของเด็กที่มีอายุ 4-5 ปี ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 จากการทดลองครั้งนี้ผู้
 วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่า ดนตรีช่วยพัฒนาด้านอารมณ์ จิตใจ คือ เด็กมีอารมณ์ร่าเริง สนุกสนาน กระโดดโลดเต้นไป
 ตามจังหวะขณะทำกิจกรรม แสดงความคิดเห็นด้วยกิริยาท่าทางที่สนุกสนาน และมีสมาธิยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตาม
 ผู้วิจัยทั้งสองท่านได้แนะนำให้ระมัดระวังการเปิดเสียงดนตรีที่ดังเกินไป จนทำให้เด็กหยุดชะงักในการทำกิจกรรม
 เพราะเสียงดนตรีที่ดังเกินไปจะไปรบกวนอารมณ์ และความตั้งใจในการทำงานของเด็ก นอกจากนี้การเลือกเสียง
 ดนตรีควรเลือกให้เหมาะสมกับวัยและความต้องการของเด็ก

งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นการทดลอง จากผลการวิจัยได้ชี้ให้
 เห็นว่า ถ้ามารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติกจะช่วยให้ดูแลเด็กออทิสติกได้ถูกต้อง ถ้าพ่อ แม่ ผู้ปกครองมีความรู้
 เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นเสียงดนตรีสามารถลด
 พฤติกรรมก้าวร้าว และเพิ่มสมาธิเด็กปฐมวัยให้ยาวนานขึ้น

การอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย

ครอบครัวมีหน้าที่เป็นแหล่งให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล (รุจา, 2537) ในปัจจุบันครอบครัวไทยมีจำนวนครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541 และศรีสว่าง, 2540) ขนาดครอบครัวเล็กลง (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541; วีระพล, สุทธิณี, สายสวาท และคณะ 2527; ทวี, 2539) มีสมาชิกโดยเฉลี่ย 4-5 คน (สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, 2536) จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลง (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541 และภัสสร, เกื้อ, สุวัฒนา และคณะ, 2538) จำนวนครอบครัวชายามีแนวโน้มลดลง และครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น (ศรีสว่าง, 2540; พิชญ์, 2526; จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541 และทวี, 2539) หนี้สินโดยเฉลี่ยทั่วประเทศครัวเรือนละ 31,387 บาท (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญทางเทคโนโลยีทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง ทวี (2539) พบว่า เครื่องใช้ภายในครัวเรือนที่เคยผลิตใช้เองจากวัสดุในท้องถิ่นก็เปลี่ยนมาใช้ผลิตภัณฑ์จากโรงงานอุตสาหกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องหาอาชีพเสริม โดยย้ายถิ่นไปทำงานรับจ้างในกรุงเทพมหานคร แครี ฟิลิป, วาทีนี และคณะ (2540) พบว่าร้อยละ 63 ของการย้ายถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อหางานทำและหารายได้ และการย้ายถิ่นไปทำงานโดยทิ้งลูกไว้ในความดูแลของพ่อแม่หรือญาติของผู้หญิง เป็นวิธีหนึ่งในการจัดการกับปัญหาความยากลำบากของครอบครัว (แครี และนภภรณ์, 2538)

นอกจากปัญหาเศรษฐกิจแล้ว หลายครอบครัวต้องพบกับปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวนครอบครัวแตกแยก หย่าร้างแยกกันอยู่มากขึ้น จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2531 มีการหย่าร้าง 33,344 คู่ ในปี พ.ศ. 2532 เพิ่มขึ้นเป็น 40,875 คู่ (สมพร, 2538) จันทร์เพ็ญ และคณะ (2541) รายงานว่า การศึกษาหลายชิ้นพบข้อสรุปสอดคล้องกันว่าครอบครัวไทยเพียง 3 ใน 4 ที่พ่อแม่ลูกอยู่ด้วยกัน ส่วนที่เหลือ 1 ใน 4 นับว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงจากภาวะครอบครัวแยกกันอยู่

การอบรมเลี้ยงดูบุตรภายในครอบครัว

ภัสสร, เกื้อ, สุวัฒนา และคณะ (2538) พบว่า เมื่อเด็กอายุ 0-3 ปี มารดาของเด็กเป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีบิดาของเด็กเป็นผู้ให้การช่วยเหลือบ้าง แต่เมื่อเด็กโตขึ้น มีอายุ 3-10 ปี บิดาของเด็กมีส่วนร่วมช่วยดูแลเด็กมากขึ้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ (2536) ที่พบว่า เด็กอายุ 0-3 ปี มีมารดาของเด็กเป็นผู้ดูแลหลักอาจมีญาติช่วยบ้างในบางกิจกรรม และการศึกษาของรติพร (2541) พบว่า มีบิดาเพียงร้อยละ 3.3 ที่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรมาก และจะมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น ร้อยละ 1.2 เมื่อบุตรอายุเพิ่มขึ้น 1 เดือน บิดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าบิดาที่ประกอบอาชีพ และมารดาที่ประกอบอาชีพค้าขาย และอาชีพบริการ หรือรับจ้าง บิดาจะเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่ามารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และจากการศึกษาของจรรยาพร, อำไพ, ศิริกุล และสุวัฒน์ (2539) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรของบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เวลาที่บิดาให้บุตรในแต่ละวัน

ไชแสง (2528) พบว่าการเลี้ยงดูบุตรภายหลังครบกำหนดคลอดของหญิงที่สมรสแล้วในเขตกรุงเทพมหานคร มักเป็นหน้าที่ของปู่หรือย่าหรือตาหรือยาย ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของอุไรวรรณ, กุศล และศิรินันท์ (2540) ที่พบว่าลูกของคนงานโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงขณะเป็นเด็กเล็ก ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก รองลงมาคือ ย่า ยาย ญาติ พี่น้องหรือพี่เลี้ยง ตามลำดับ ยกเว้นครอบครัวที่

ไม่มีคนช่วยเลี้ยงที่บ้าน จึงนำเด็กไปฝากเลี้ยงที่บ้านของผู้เลี้ยง เมื่อเด็กอายุ 3 เดือนขึ้นไป และเมื่อเด็กอายุ 3 ปี ศูนย์เด็กเล็กก็เป็นผู้ดูแลหลัก และเมื่อเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป โรงเรียนก็เป็นผู้ดูแลหลัก ประมาณ 1 ใน 3 ของคนงาน ทั้งชายและหญิงแยกกันอยู่กับลูก ส่วนใหญ่เป็นการแยกกันอยู่เมื่อลูกอายุ 3 เดือนขึ้นไป ด้วยเหตุผลที่ว่าบิดามารดาทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาเลี้ยงลูกเอง หากคนเลี้ยงที่ไว้ใจไม่ได้ และค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงเด็กที่ต่างจังหวัดถูกกว่า ส่วนเด็กในชนบทอีสานที่บิดามารดาย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่ดูแลเด็กเล็กซึ่งเป็นหลาน (ทวิ, 2539)

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยได้ส่งผลกระทบต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัย 0-5 ปี หลายครอบครัวมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักโดยมีบิดาคอยให้การช่วยเหลือ บางครอบครัวบิดามารดาต้องทำงานนอกบ้าน การอบรมเลี้ยงดูจึงเป็นหน้าที่ของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว หรือพี่เลี้ยงเด็ก บางครอบครัวนำบุตรไปฝากเลี้ยงที่บ้านของผู้เลี้ยงหรือศูนย์เด็กเล็ก เด็กบางคนถูกส่งไปเลี้ยงในต่างจังหวัดโดยมีญาติผู้ใหญ่คอยดูแล ส่วนเด็กที่พ่อแม่ย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ผู้สูงอายุก็ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กแทน

ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของเด็กกับการอบรมเลี้ยงดู

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ของเด็กกับการอบรมเลี้ยงดู เท่าที่พบเป็นงานวิจัยที่ศึกษาจากเด็กทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ดังเช่น ปิยะนุช (2530) ศึกษาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อลักษณะทางอารมณ์ของเด็กวัย 4-5 ปี ซึ่งเรียนในโรงเรียนอนุบาล โดยให้บิดามารดาประเมินลักษณะตนเองในด้านความเข้มงวดมีระเบียบ การปกป้องดูแล และความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนลักษณะทางอารมณ์ของเด็ก ถูกประเมินโดยครูและบิดามารดา การศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองเข้มงวด ใช้อารมณ์ และปกป้องต่ำ มีลักษณะทางอารมณ์สูงกว่าเด็กที่ ผู้ปกครองใช้อารมณ์ และปกป้องสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาตามผู้ให้การเลี้ยงดู พบว่าเด็กที่ผู้ปกครองใช้อารมณ์และปกป้องต่ำ ทั้งในกลุ่มที่ผู้ปกครองเลี้ยงเองหรือให้ญาติและคนอื่นเลี้ยง มีลักษณะอารมณ์ไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้ให้ข้อคิดว่าการอบรมเลี้ยงดูไม่ว่าแบบใด หากกระทำจนเกินพอดี ไม่สม่ำเสมอ และขาดความสมดุล เช่น เอาใจใส่เข้มงวด หรือปกป้องมากเกินไป หรือปล่อยปละละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแลเด็กก็อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อเด็กได้ทั้งสิ้น ส่วนวังนิ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเด็กตามพื้นฐานอารมณ์กับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดา จากเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลเอกชน โดยแบ่งลักษณะเด็กตามพื้นฐานอารมณ์ออกเป็น 2 กลุ่มคือ เด็กเลี้ยงง่าย และเด็กเลี้ยงยาก ส่วนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เช่นกัน คือ แบบประชาธิปไตย และไม่ประชาธิปไตย (แบบเข้มงวดกวดขัน และแบบปล่อยตามใจ) จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มเด็กเลี้ยงง่ายนั้นมารดามีแนวโน้มที่จะอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบประชาธิปไตย มากกว่ากลุ่มเด็กเลี้ยงยาก กล่าวคือ มารดาจะอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ร้อยละ 83.8 และอบรมเลี้ยงดูแบบไม่เป็นประชาธิปไตย ร้อยละ 16.2 ส่วนในกลุ่มเด็กเลี้ยงยากมารดาจะอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ร้อยละ 75.24 และแบบไม่ประชาธิปไตย ร้อยละ 24.76 แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าลักษณะเด็กตามพื้นฐานอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดา

การอบรมเลี้ยงดูกับปัญหาสุขภาพจิต

อรทัย (2535) ได้ศึกษาการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี พบว่าเด็กที่มารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 37 คน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี และการเจ็บป่วยทางกาย มีมารดา ญาติผู้ใหญ่ และพี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 57.5, 22.5 และ 2.5 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยกุมารจิตเวช จำนวน 37 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต เด็กกลุ่มนี้มีมารดา ญาติผู้ใหญ่ และพี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 45.9,

16.3 และ 13.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนร้อยละของการได้รับการดูแลจากมารดา น้อยกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรตมา (2530) ที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่ มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูมีพื้นฐานอารมณ์ด้านความสามารถในการปรับตัวดีกว่าเด็กกลุ่มที่ญาติเป็นผู้เลี้ยงดู ส่วนฉวีรัฐดี (2534) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านครอบครัวที่เป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมแปรปรวนในเด็กเฉพาะกรณี ภาควิชากุมาร- เวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 15 ราย พบว่าสมาชิกในครอบครัวและบิดามารดามีทัศนคติในการอบรม เลี้ยงดูแบบไม่สม่ำเสมอ พบได้สูงในทุกครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูที่พบไล่เลี่ยกันลงมาก็คือ ปล่อยปละละเลย การ ตามใจมาก การลงโทษ และไม่ต้องการเด็ก มีเด็กจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.33) ที่ต้องเปลี่ยนคนเลี้ยงบอ ยมารดาไม่ได้เลี้ยงเอง และเด็กไม่มีความผูกพันกับมารดา มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.33) ที่ต้องพบกับความรุนแรง ในครอบครัวในลักษณะของบิดาเมาอะละวาดทุบตีมารดา หรือเด็กถูกทำโทษทางร่างกาย และ/หรือทางจิตใจอย่าง รุนแรงจากผู้เลี้ยงดู จากสถิติการมารับบริการที่ศูนย์สุขวิทยาจิต ช่วงเดือนตุลาคม 2540 - กันยายน 2542 ของเด็ก 0-4 ปี พบว่าปัญหาการเลี้ยงดูและปัญหาครอบครัวมีจำนวน 263 ราย ซึ่งพบมากเป็นอันดับสองรองจากความผิด ปกติของพัฒนาการทางจิตใจ นงพงา (2529) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจิตเวชเด็กบางอย่างกับการอบรม เลี้ยงดูเด็กจากผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 25 คน พบว่าสาเหตุโดยตรงหรือส่วนหนึ่งของสาเหตุปัญหาจิตเวชเด็ก ก็คือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีมากถึง ร้อยละ 80 และร้อยละ 24 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร ซึ่งผู้วิจัยได้สรุป สาเหตุการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสมไว้ 3 อย่างคือ พ่อแม่ขาดความรู้เกี่ยวกับเด็กและบทบาทการเป็นพ่อแม่ พ่อแม่มี เจตคติไม่เหมาะสมต่อเด็ก และพ่อแม่ขาดทักษะของการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พรรณพิมล, พรรณนิภา และศศกร (2541) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขวิทยาจิตในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ปัญหาทางจิตสังคมด้านการเลี้ยงดูผิดปกติ ซึ่งพบมากที่สุด ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่เด็กมากเกินไป และ คาดหวังมากเกินไป คิดเป็นร้อยละ 28 และ 22 ตามลำดับ ส่วนปัญหาทางจิตสังคมด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ผิดปกติ ได้แก่ ผู้ใหญ่ภายในครอบครัวมีความขัดแย้ง ร้อยละ 19.5 การแสดงความรุนแรงเฉพาะกับเด็ก ร้อยละ 18.4 และขาดความอบอุ่น ร้อยละ 12.6

เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และลักษณะทางอารมณ์ของเด็กข้างต้น อาจกล่าว ได้ว่า เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์มักจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ผู้ปกครองมีทัศนคติการอบรมเลี้ยงดูไม่ สม่ำเสมอ อารมณ์ไม่คงที่ เด็กบางคนได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมาก ตามใจมาก ได้รับการดูแล เอาใจใส่มากเกินไป เข้มงวดหรือปกป้องมากเกินไป คาดหวังมากเกินไป เด็กบางคนถูกทำโทษรุนแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ เด็กบางคนเป็นเด็กที่บิดามารดาไม่ต้องการ บางคนเปลี่ยนคนเลี้ยงบอ ย บางคนบิดามารดาไม่ได้เลี้ยงเอง เด็กจึงไม่ผูกพันกับมารดา เด็กหลายคนต้องพบกับปัญหาสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับบิดา มารดาไม่ดี บิดามารดาทะเลาะกัน บิดาเมาสุราแล้วอะละวาดทุบตีมารดา ทำให้เด็กขาดความอบอุ่น

ผู้ทบทวนมีความคิดเห็นว่าการอบรมเลี้ยงดูเด็กในลักษณะใดย่อมขึ้นอยู่กับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับ ผู้เลี้ยงดู ซึ่งแต่ละคนต่างก็มีบุคลิกภาพเฉพาะแตกต่างกันไป ซึ่งผู้เลี้ยงดูต้องเข้าใจธรรมชาติของตนเอง เข้าใจ ธรรมชาติของเด็ก และมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาให้เด็กเป็นคนมีคุณภาพ คือ เด็กรู้จักประเมินตนเอง อย่างเที่ยงตรง ฟังตนเองได้ทั้งแง่อารมณ์ ความคิด และการกระทำ มีความยืดหยุ่น เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุข และบุคคลรอบข้างมีความสุข หากต้องการให้เด็กมีคุณภาพดังกล่าวผู้เลี้ยงดูจะต้องค้นหา วิธีการที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็กแต่ละคน ซึ่งต้องคำนึงถึงความพอดี มีความสมดุล และมีความสม่ำเสมอ

เด็กถูกทารุณ

เด็กถูกทารุณ หมายถึง เด็กที่ถูกบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา ผู้ปกครอง ญาติ คนรู้จัก บิดาเลี้ยง มารดาเลี้ยง หรือผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็ก กระทำทารุณกรรมจนเกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ หรือกระทำทารุณทางเพศ (วิลาสินี, 2534 และ กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์, 2542) การทารุณเด็กเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกยุคทุกสมัย ในปัจจุบันประชากรมีมากขึ้น การส่งข่าวรวดเร็วขึ้น ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทารุณเด็กมีจำนวนมากขึ้น ผู้สนใจที่จะให้ความช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณก็มีมากขึ้นด้วย แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีไม่มากนัก และยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ข้อมูลด้านสถิติเกี่ยวกับเด็กถูกทารุณที่ปรากฏในปัจจุบันจึงต่ำกว่าความเป็นจริง ดังรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไป

สภาพปัญหาการทารุณเด็กในสังคมไทย

ปรากฏการณ์การทำทารุณกรรมเด็กในสังคมไทยมีมาตั้งแต่อดีตกาลแต่ยังไม่มีการรวบรวมตัวเลขสถิติของเด็กที่ถูกทารุณทั้งหมดว่ามีจำนวนเท่าใด ทั้งนี้คงเนื่องมาจากสังคมไทยยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการทารุณเด็ก ประกอบกับวัฒนธรรมและแนวความคิดการใช้อำนาจปกครองของบิดามารดา หรือผู้ปกครอง ได้เอื้อต่อการทำทารุณเด็ก (เอนก, 2534) คือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง เป็นจำนวนมากถือว่าตนมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะทำอะไรกับลูกก็ได้ (จันทร์เพ็ญและคณะ, 2541 และ เอนก, 2534) รวมทั้งการเขียนตัวอย่างรุนแรง จากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็กเยาวชนและครอบครัวพบว่า เด็กที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 60 ถูกทุบตีในบ้าน (จันทร์เพ็ญและคณะ, 2541) ที่ร้ายยิ่งกว่านี้คือการใช้เด็กเป็นที่ระบายอารมณ์เครียดหรืออารมณ์โกรธก็มีเป็นจำนวนมากไม่น้อย (เอนก, 2534) ดังนั้นเด็กและเยาวชนจำนวนมากจึงไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิในฐานะความเป็นคนหนึ่งคนหนึ่งในสังคม (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541)

1. ข่าวการทารุณกรรมเด็กจากหนังสือพิมพ์

กรณีตัวอย่างการทารุณเด็กวัย 0-5 ปี ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย (สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ 28 มค. 2532 อ้างตาม เอนก, 2534) เช่น เด็กชายวัย 11 เดือน ถูกมารดาหักคอตายคาที่ เด็กชายวัย 1 ขวบ ถูกมารดาใช้กำปั้นทุบที่หน้าอย่างรุนแรงหลายครั้งจนเด็กขาดใจตาย เด็กชายวัย 1 ขวบ ถูกมารดาสับด้วยมีดอโต้ขาดใจตาย เด็กหญิงวัย 2 ขวบกับเด็กชายวัย 4 เดือน สองพี่น้อง ถูกมารดาใช้มีดอโต้ฟันจนเสียชีวิตทั้งสองคน เด็กชายวัย 2 ขวบ ถูกมารดาใช้หม้อหุงข้าวทุบศีรษะ และใช้ไม้ขัดแปดซี่ข้างจนถึงแก่ความตาย เด็กชายวัย 5 ขวบ ถูกบิดาเลี้ยงใช้ท่อนไม้ทุบศีรษะจนถึงแก่ความตาย เด็กหญิงวัย 4 ขวบ ถูกมารดาใช้เข็มขัดอย่างรุนแรงจนเด็กบัสสาวะเป็นโลหิต เด็กหญิงวัย 3 ขวบ ถูกมารดาทุบตีเป็นประจำ และจับศีรษะกระแทกกับผนังคอนกรีตจนสมองได้รับความกระทบกระเทือน เด็กชายวัย 4 ขวบ ถูกมารดาทุบตีและกักขังแทบทุกวันใช้กำปั้นทุบหน้าเด็กจนดาบวมลึ้มไม่ได้ เด็กหญิงวัย 3 เดือน ถูกบิดาเลี้ยงจับขาข้างหนึ่งยกขึ้นเอาศีรษะเด็กห้อยลง แล้วใช้มืออีกข้างทุบตีและใช้เท้าเหยียบหน้าอกเด็กจนกระดูกแขนขาและซี่โครงหัก เด็กหญิงวัย 9 เดือน ถูกบิดาเลี้ยงจับหักขาและทำร้ายดวงตาเด็กจนบอดสนิท เด็กหญิงอายุ 4 ขวบ ถูกพ่อข่มขืนจนมีเลือดไหลออกมาจากอวัยวะเพศ (เดลินิวส์, 22 พค. 2542) เด็กชายอายุ 3 ขวบ 9 เดือน และเด็กชายอายุ 1 ขวบ 7 เดือน ถูกตายายปล่อยปละละเลย จับขังในเล้าไก่ ไม่ยอมให้อาบน้ำ นำข้าวใส่กะลามานำให้กิน จนร่างกายผ่ายผอม ผิวหนังพุพองเปื่อยเน่า (เดลินิวส์, 16 มิย. 2542) เด็กชายอายุ 3 ขวบเศษ ถูกบิดาใช้เชือกมัดข้อมือ และมัดหัวนิ้วโป้งเท้าติดกันแล้วช้อนด้วยสายไฟฟ้าจนหมดสติ หลังจากนั้นนำไปใส่โถงมังกรข้างบ้านแล้วจับคนน้ำจนเสียชีวิต (เดลินิวส์, 16 กค. 2542)

2. สถิติการทารุณเด็กจากหน่วยงานราชการและเอกชน

จากสถิติเด็กถูกระงับการทารุณทั่วยุทธประเทศไทยในปีงบประมาณ 2538-2541 ของกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า เด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 0-5 ปี ถูกกระทำทารุณทั้งทางกาย ทางจิตและทางเพศ รวมทั้งสิ้น 125 คน เด็กอายุน้อยที่สุดที่พบว่าถูกทำร้ายทางกายและทางจิตคือ 22 วัน เด็กอายุน้อยที่สุดที่ถูกทารุณทางเพศคือ 4 เดือน และเด็กอายุน้อยที่สุดที่ถูกปล่อยปละละเลยคือเด็กอายุ 1 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.2 สถิติเหล่านี้ได้มาจากข่าวหนังสือพิมพ์ ได้รับแจ้งจากพลเมืองดีขอให้กรมประชาสงเคราะห์ไปช่วยเหลือ และในช่วงที่คุมขังพิณ หงสกุล เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีหน่วยงานดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะจึงได้รับแจ้งให้ไปช่วยเหลือเด็ก ส่วนสถิติการช่วยเหลือเด็กมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กตั้งแต่เดือนมกราคม 2539 - ธันวาคม 2541 พบว่า เด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 0-6 ปี ถูกล่วงเกินทางเพศ ทำร้ายร่างกาย หาย-ลักพา ขอดทาน ปลัดหลง ถูกปล่อยปละละเลย และอยู่ในสถานที่ไม่ปลอดภัยต่อการถูกละเมิดสิทธิ (เช่น มีพี่ชายติดยาเสพติดและดื่มสุรา และการแสวงหาประโยชน์จากเด็กโดยมิชอบ) รวมทั้งสิ้น 96 คน เด็กอายุน้อยที่สุดที่พบว่าถูกทำร้ายร่างกายคือ 2 เดือน เด็กอายุน้อยที่สุดที่ถูกล่วงเกินทางเพศคือ 3 ปี และเด็กอายุน้อยที่สุดที่ถูกนำไปเป็นขอดทาน คือ 3 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.2 เด็กที่ทางมูลนิธิให้การช่วยเหลือมีทั้งเด็กมาขอความช่วยเหลือเองและองค์กรที่อยู่ในเครือข่ายของมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ได้ส่งเด็กมาให้ความช่วยเหลือ

3. สถิติเด็กถูกทารุณที่ใช้บริการในโรงพยาบาล

จากการศึกษารายงานของผู้ป่วยที่ถูกทารุณกรรมทางเพศและร่างกายของโรงพยาบาลมหาราชนคร-เชียงใหม่ จากเดือนมกราคม - เดือนธันวาคม 2534 พบว่า การทารุณกรรมเด็กที่เกิดขึ้นเฉพาะเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 9 รายมีเด็กหญิงอายุ 5 ปีเพียง 1 ราย ถูกกระทำชำเรา นอกนั้นเป็นเด็กอายุ 9-19 ปี (สายันตร์, 2535) และจากการศึกษาของ อุมพร (2535) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง พ.ศ. 2526-2534 พบว่าในผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 5,061 ราย มีผู้ป่วย 18 ราย (ร้อยละ 0.36) ที่ได้รับการลงความเห็นว่าการทารุณหรือสงสัยว่าถูกทารุณทางเพศ ในจำนวนนี้มีจำนวน 16 ราย ที่มีประวัติแน่ชัดว่าถูกระงับการทารุณ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในผู้ป่วย 16 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายเป็นหญิง มีอายุตั้งแต่ 1 ปี 8 เดือน ถึง 14 ปี หนึ่งในสาม ถูกกระทำทารุณครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 0-5 ปี ลักษณะของการกระทำทารุณส่วนใหญ่เป็นการทารุณทางเพศ

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับการทารุณเด็กค่อนข้างกระจัดกระจายอยู่ตามแหล่งข้อมูลและหน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีหน่วยงานหลักที่เก็บข้อมูลเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ทำให้บอกไม่ได้ว่าสถานการณ์ทารุณเด็กที่แท้จริงเป็นอย่างไร มีมากน้อยเพียงใด และเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

ตารางที่ 6.2 แสดงจำนวนเด็กปฐมวัยที่ถูกทารุณ แยกตามปี ประเภทของการทารุณ และแหล่งข้อมูล

ปี(พ.ศ.)	ประเภทของการทารุณ	แหล่งข้อมูล						
		กองคุ้มครองสวัสดิภาพ กรมประชาสงเคราะห์**			มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก**			
		อายุ 0-5 ปี (คน)	ช่วงอายุต่ำสุด	รวม (คน)	อายุ 0-1 ปี (คน)	อายุ 1-6 ปี (คน)	ช่วงอายุต่ำสุด	รวม (คน)
2538	ทางกายและทางจิต	11	4 เดือน	18	← ไม่มีข้อมูล →			
	ทางเพศ	7	8 เดือน					
2539	ทางกาย	24	22 วัน	42	-	13	ไม่ระบุ	39
	ทางจิต				-	-		
	ทางเพศ	18	1.5 ปี		-	8		
	หาย-ลักพา	-	-		-	1		
	อื่นๆ (ไม่ระบุ)	-	-		-	17		
2540	ทางกาย	21	1 เดือน	33	7	6	20 วัน	30
	ทางเพศ	8	1 ปี 8 เดือน		-	10	3 ปี	
	ถูกปล่อยปละละเลย	4	1 เดือน		-	-	-	
	ขอทาน	-	-		3	4	3 เดือน	
2541	ทางกาย	17	3 เดือน	32	2	5	2 เดือน	27
	ทางเพศ	7	1.6 ปี		-	15	3 ปี	
	ถูกปล่อยปละละเลย	8	2 เดือน		-	-	-	
	หาย-ลักพา	-	-		-	1	5 ปี	
	อื่นๆ*	-	-		1	3	1 ปี	
รวม				125				96

อื่นๆ* เช่น เด็กถูกปล่อยปละละเลย เด็กพลัดหลง อยู่ในสถานที่เสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ (มีพี่ชายติดยาเสพติด และดื่มสุรา) การแสวงหาประโยชน์จากเด็กโดยมิชอบ

แหล่งข้อมูล 1. กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์ ปีงบประมาณ 2538-2541

2. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก เดือนมกราคม 2539 - ธันวาคม 2541

** ได้รับข้อมูลเมื่อ 24 กันยายน 2542

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานหลังการทารุณเด็ก

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า เด็กไทยในช่วงปฐมวัย ถูกกระทำทารุณกรรมโดยเฉลี่ยในแต่ละปีมากกว่า 30 คน ซึ่งในความเป็นจริงแล้วจำนวนเด็กที่ถูกกระทำทารุณจะมีมากกว่าจำนวนที่ปรากฏอยู่ในสถิติ เพราะบางส่วนไม่ได้แจ้งต่อหน่วยงานของกรมประชาสงเคราะห์หรือมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก แต่ไปพบแพทย์ หรือจิตแพทย์ด้วยปัญหาทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ หลังจากนั้นก็ไม่ได้ไปติดต่อหน่วยงานใดแม้กระทั่ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ความไม่ชัดเจนในการให้ความหมายของการทารุณกรรม แนวความคิดในการเลี้ยงดูเด็กและการตัดสินใจแจ้งเหตุ

1. การเข้าใจความหมายของการทารุณกรรม

จากการศึกษาของกิติพัฒน์ (2528) พบว่าครูเป็นวิชาชีพที่พบเห็นเด็กที่ถูกทารุณมากที่สุด ส่วนตำรวจมักพบเห็นเด็กที่ถูกกระทำทารุณอย่างร้ายแรง อย่างไรก็ตามในภาพรวมทุกวิชาชีพแล้ว (แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ครู ตำรวจ อัยการ) ผู้ที่พบเห็นเด็กถูกทารุณมีน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะความเข้าใจต่อความหมายของการทารุณกรรมและการปล่อยปละละเลยเด็กยังไม่ชัดเจน และคับแคบ ประการสำคัญคือนักวิชาชีพจำนวนไม่น้อยไม่เชื่อว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองกระทำทารุณเด็กได้ ต่อมาในปี 2538 สมลักษณ์ ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจและเจตคติของวิชาชีพครูต่อปัญหาการกระทำทารุณเด็ก พบว่า ครูที่สอนในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครในระดับก่อนประถมศึกษา ที่พบเห็นเด็กถูกกระทำทารุณมีมากถึงร้อยละ 25 แต่ให้การช่วยเหลือเพียงร้อยละ 16.56

2. แนวความคิดในการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทย

สมลักษณ์ (2537) ศึกษาพบว่า พนักงานสอบสวนระดับร้อยตรีขึ้นไปที่มีหน้าที่ในการดำเนินคดีอาญา พนักงานอัยการประจำศาลเด็กและเยาวชน (ศาลครอบครัว) ผู้พิพากษา (ศาล) ประจำศาลเยาวชนและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ของกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก แพทย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน (ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก มูลนิธิเด็ก มูลนิธิคุ้มครองเด็ก มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก) ซึ่งเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กถูกทารุณกรรมโดยตรง เห็นด้วยกับแนวคิดที่สังคมไทยใช้ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” ร้อยละ 42.6 ไม่แน่ใจร้อยละ 20.2 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 37.2 ผู้วิจัยได้สรุปว่าแนวคิดดังกล่าวยังใช้ได้ ในสังคมไทย ซึ่งจริงๆ แล้วอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ครอบครัววงไทยเด็กโดยการเขียนตีอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นลักษณะการกระทำทารุณกรรมได้ การศึกษารครั้งนี้ยังพบอีกว่า จารีตประเพณีของไทยได้บัญญัติกฎหมายให้อำนาจในการเขียนตีบุตรเพื่อว่ากล่าวสั่งสอนได้ แต่ไม่เกินกว่าเหตุ หรือเด็กจะฟ้องร้องบุพการี บิดามารดาในทางคดีอาญาไม่ได้ ซึ่งอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ปกครองหรือบิดามารดาใช้อำนาจในทางที่ผิดได้ กล่าวคือ เขียนตีเด็กจนรุนแรง เกินเหตุ และอ้างว่าเป็นการว่ากล่าวสั่งสอน

ดังนั้นการรายงานสถิติของเด็กถูกทารุณจึงต่ำกว่าความเป็นจริง ความรุนแรงในครอบครัวคงปิดเงียบในครอบครัว หากจะเปิดเผยออกมาก็เป็นข่าวทางสื่อมวลชน ดังการศึกษาของสมลักษณ์ (2538) ที่พบว่าครูรับข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาเด็กถูกกระทำทารุณโดยผ่านสื่อทางหนังสือพิมพ์มากที่สุด คือร้อยละ 93.4 รองลงมาคือสื่อทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 90.6 รองลงมาคือสื่อทางวิทยุ และจากการพูดคุย คิดเป็นร้อยละ 60.4 และ 56.3 ตามลำดับ

3. การตัดสินใจแจ้งเหตุ

สาขันธ์ (2535) พบว่า เด็กที่ถูกทารุณกรรมทั้ง 9 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ไม่ได้แจ้งความร้องทุกข์ดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดแม้แต่ครั้งเดียว และจากการศึกษาของกิติพัฒน์ (2528)

พบว่า แพทย์ยอมรับว่าเป็นความจริงมีเด็กจำนวนไม่น้อยที่แพทย์พบแล้วแพทย์ไม่ทันนึกคิดว่าเด็กถูกทารุณ (ร้อยละ 65) และแพทย์มีความรู้ถูกต้องว่ายังไม่มิกฎหมายบังคับแจ้งเหตุ (ร้อยละ 30) วิชาชีพแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ครู ตำรวจ และอัยการ ต่างก็มีความรู้ที่ถูกต้องว่า หน่วยงานที่รับแจ้งเหตุควรเป็นหน่วยงานประเภทตำรวจ (ร้อยละ 50.8) เช่น สถานีตำรวจ 191 123 และกองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชน กรมตำรวจ ซึ่งตำรวจก็ยอมรับว่า วิชาชีพตนเกี่ยวข้องกับเด็กถูกทารุณในอัตราส่วนที่สูง ส่วนการแจ้งเหตุที่กรมประชาสงเคราะห์มีเพียงร้อยละ 25.6 เท่านั้น เพราะคิดว่าพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กมีสิทธิอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิธีการของตน (ร้อยละ 32.1) ดังนั้นวิชาชีพเหล่านี้จึงปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กเหล่านั้นโดยให้คำแนะนำ ดักเตือน เรื่องผลเสียการลงโทษเด็กอย่างรุนแรง เพราะคิดว่านั่นเป็นการอบรมลูกไม่ใช่การทารุณแม้จะรุนแรงไปบ้างก็ตาม จากการศึกษาของสมลักษณ์ (2538) พบว่าถึงแม้ครูเป็นผู้พบเห็นเด็กถูกทารุณมีมากแต่ครูได้ให้การช่วยเหลือเพียงร้อยละ 66.25 ไม่ได้ให้การช่วยเหลือถึงร้อยละ 23.75 ด้วยเหตุผลที่ว่าเด็กเป็นผู้อยู่ในปกครองของพ่อแม่ ผู้ปกครองมีสิทธิในการกระทำทารุณ เป็นเรื่องภายในครอบครัว ผู้กระทำทารุณเป็นพ่อของเด็กเอง เด็กต้องอยู่กับพ่อตลอดเพราะแม่ทิ้งไป ผู้ปกครองของเด็กเองไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้อง บางคนพูดจาหยาบคาย หรือครูบางคนเคยให้ความช่วยเหลือเด็กแต่ต่อมาไม่ได้ให้การช่วยเหลือ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองลงโทษเด็กเกินเหตุครูประจำชั้นได้แค่เพียงซักถามว่าร้องรอยที่เห็นนั้นเกิดจากอะไร หากทราบที่เกิดจากผู้ปกครองลงโทษครูก็ไม่เกี่ยวข้องและไม่กล้ายุ่งกลัวถูกทำร้าย จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สถิติเด็กที่ถูกทารุณจึงต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

จะเห็นได้ว่า การรายงานหลังการทารุณเด็กมีน้อยด้วยอุปสรรคต่างๆ เริ่มตั้งแต่ประชาชนไทยยังเข้าใจความหมายการทารุณกรรมเด็กไม่ชัดเจน สังคมไทยมีแนวคิดในการอบรมเลี้ยงดูเด็กว่า “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” กฎหมายของไทยเอื้อให้บิดามารดาเขียนติบดุรเพื่อสั่งสอนได้ เพราะเด็กอยู่ในความปกครองของพ่อแม่ พ่อแม่ย่อมมีสิทธิที่จะลงโทษเด็ก โดยที่บุคคลอื่นไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว เพราะเป็นคนนอกครอบครัว รัฐจึงควรพิจารณาบทบาทในเรื่องนี้เพื่อลดปัญหาการทารุณเด็ก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณเด็ก

พรฤดี (2540) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณเด็กในครอบครัวคือ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ลักษณะครอบครัว และลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายของอัมพล (2530) วิลาสินี (2534) สายันตร์ (2535) และดวงใจ (2527) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณเด็กทารกและเด็กก่อนวัยเรียนดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

อุมาพร (2535) พบว่า ผู้กระทำทารุณร้อยละ 50 เป็นบิดามารดาของเด็ก และจากสถิติเด็กถูกกระทำทารุณในปีงบประมาณ 2538-2541 ของกองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์พบว่า ผู้กระทำต่อเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาหรือบิดาหรือมารดาร้อยละ 24.03 รองลงมาคือคนรู้จักญาติ และบิดาเลี้ยงหรือมารดาเลี้ยง ร้อยละ 23.55, 12.26 และ 11.12 ตามลำดับ

จากการศึกษาของอุมาพร (2535) พบว่าผู้ปกครองที่ทารุณเด็กมักจะละเลยไม่เอาใจใส่เด็กร้อยละ 62.5 มีปัญหาของอารมณ์ (ก้าวร้าว รุนแรง วิตกกังวล ซึมเศร้า) ร้อยละ 43.8 เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังร้อยละ 25 วางงานร้อยละ 18.8 และป่วยเรื้อรังร้อยละ 12.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายันตร์ (2535) ที่พบว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองมีพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ไม่ดีเป็นทุนเดิมอยู่ก่อน มีแนวโน้มที่จะทารุณเด็กหรือละเลยเด็ก และพรเพ็ญ (2535) พบว่าผู้กระทำร้อยละ 66.7 มีอาชีพเป็นกรรมกร รับจ้างใช้แรงงาน เป็นลูกจ้างชั่วคราว ค้าขายเร่

ว่างงาน มีอาการทางจิตมาก่อนร้อยละ 10.6 เมasuราประจำร้อยละ 8.5 นอกจากนี้อัมพล (2530) และวิลาสินี (2534) อธิบายว่าการขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขาดความรู้ด้านจิตวิทยาเด็ก ไม่เข้าใจพฤติกรรมของเด็กแต่ละวัยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การทารุณกรรมเด็ก

2. ลักษณะครอบครัว

อุมาพร (2535) พบว่า ลักษณะครอบครัวของเด็กถูกทารุณ มีปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 93.8 หย่าร้าง หรือแยกทางกัน ร้อยละ 50 ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีร้อยละ 31.3 อยู่กันอย่างแออัดร้อยละ 25 และสาขันธ์ (2535) พบว่ามีเหตุวิกฤตภายในครอบครัว ครอบครัวอาจประสบภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง เกิดการหย่าร้าง ล้มละลาย ฯลฯ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของพรเพ็ญ (2535) พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การทารุณกรรมเด็ก ส่วนหนึ่ง สืบเนื่องมาจากบิดาทำร้ายมารดาแล้วพาลทำร้ายบุตรด้วย และความรุนแรงในครอบครัวส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

3. ลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

จากการศึกษาของ สาขันธ์ (2535) พบว่าเด็กมีลักษณะบางประการที่พิเศษและแตกต่างจากเด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น เป็นเด็กคือ เด็กชน เป็นลูกติดพ่อหรือติดแม่ที่เกิดจากการสมรสครั้งก่อนๆ เป็นลูกที่มีเพศไม่ตรงกับความคิดหวังของพ่อแม่ (สาขันธ์, 2535) และเป็นเด็กเลี้ยงยาก (อัมพล, 2530)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าผู้ปกครองที่กระทำทารุณกรรมเด็กมักมีพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ไม่ดี ปรับตัวไม่เหมาะสม ประกอบอาชีพใช้แรงงาน เป็นลูกจ้างชั่วคราว ว่างงาน และการศึกษาต่ำ สภาพครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต มีปัญหาเศรษฐกิจ ทะเลาะเบาะแว้ง หย่าร้าง หรือแยกทางกัน และอยู่กันอย่างแออัด ส่วนเด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรมมักจะเป็นเด็กคือ ชน เลี้ยงยาก มีเพศไม่ตรงกับความคิดหวังของพ่อแม่ และเป็นลูกบุญธรรม จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองที่กระทำทารุณกรรมเด็กมักอยู่ในภาวะเรื้อรังจำเป็นต้องต่อสู้กับการถูกบีบบังคับทางสังคม มีการปรับตัวไม่เหมาะสม จึงระบายนามโดยการทารุณกรรม

ผลกระทบต่อสุขภาพเด็กหลังถูกทารุณ

1. ด้านจิตใจ

จากการตรวจสภาพจิตใจของเด็กจำนวน 16 ราย ที่ถูกทารุณกรรมพบว่า เกือบทุกรายมีความผิดปกติทางจิตใจ คือ มีอารมณ์เศร้า และแยกตัว ร้อยละ 66.1 หวาดกลัวบางคนแก๊สติดแพทย์ชาย ร้อยละ 33.3 วิตกกังวล ร้อยละ 26.7 ไม่เข้าใจว่าความสุขคืออะไร ร้อยละ 20 มีอาการทางจิต ได้แก่ ความคิดขาดการเชื่อมโยงและประสาทหลอนร้อยละ 6.7 มีภาวะเครียดหลังถูกทารุณร้อยละ 6.7 บ่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 6.7 ไม่มีอาการทางคลินิกร้อยละ 13.3 (อุมาพร, 2535) และจากการศึกษาของณัฐวดี (2534) พบว่า เด็กมีพฤติกรรมแปรปรวน เช่น ก้าวร้าว พุดปิด ขโมย และหนีโรงเรียน เคยพบกับความรุนแรงในครอบครัวในลักษณะของการถูกทำโทษทางร่างกายและ หรือจิตใจอย่างรุนแรงจากผู้เลี้ยงดู จากการค้นคว้าจากเอกสารในต่างประเทศของดวงใจ (2527) ได้ข้อสรุปผลกระทบต่อด้านจิตใจของเด็กที่ถูกทารุณกรรมว่าเป็นเด็กอารมณ์ร้าย โกรธง่าย ชอบก่อเรื่อง ทะเลาะวิวาทนอกบ้านหรือที่โรงเรียน บางคนกลัวผู้ใหญ่มากจนคิดสังเวย ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ หงอยเหงา ซึม แยกตัว คูเป็นเด็กอมทุกข์ตลอดเวลา มีพัฒนาการด้านอารมณ์ผิดปกติ และอาจพบพฤติกรรมมอดิสติค ส่วนวิลาสินี (2534) ได้สรุปผลกระทบของการกระทำทารุณจากทรศนะของจิตแพทย์เด็กและคนอื่นๆว่าเด็กที่ถูกบิดามารดาทำโทษรุนแรงบ่อยๆ บางคนเมื่อโตขึ้นมีลักษณะใจร้อน ุนเฉียว ขาดความยับยั้งชั่งใจ อยู่ไม่นิ่ง มีอาการประสาท

หรือวิตกกังวลสูง ขาดความมั่นใจในตนเอง ส่วนมากเติบโตขึ้นอย่างไม่มีความสุข และกลายเป็นคนติดสารเสพติดในเวลาต่อมา หลายคนมีปัญหาทางการเรียน เรียนหนังสือไม่ดี มีปัญหาเรื่องสมาธิ มองโลกในแง่ร้าย เกล็ดขังผู้ใหญ่ รู้สึกว่าพ่อแม่ทอดทิ้ง เข้มงวดและโหดร้ายทารุณ

2. ด้านร่างกาย

การศึกษาที่รายงานผลกระทบทางด้านร่างกายหลังจากเด็กถูกทารุณกรรมแทบจะไม่มีเลย มีเพียงข้อมูลด้านวิชาการจากจิตแพทย์เด็ก (อัมพล, 2530) ได้แนะนำให้สังเกตอาการบาดเจ็บของเด็ก เช่น แผลน้ำร้อน ลวกหรือไฟไหม้ กระดูกแขนขาหัก การมีกระดูกหักหลายแห่งที่มีระยะการหายต่างกัน มีเลือดคั่งในสมอง มีรอยถูกเขียนตีด้วยสายไฟฟ้าหรือเข็มขัด รอยฟกช้ำบริเวณใบหน้า แก้วหูฉีกขาดจากการตบบริเวณใบหน้า เลือดออกที่ชั้นเรตินาของลูกตา รอยบุหรี่ปื้น รอยไหม้พองเนื่องจากถูกเตารีด อวัยวะเพศอักเสบบ่อยครั้ง หรืออักเสบรุนแรง ส่วนวิลาลินี (2534) ได้สรุปผลกระทบทางด้านร่างกายของการกระทำทารุณจากทรศนะของจิตแพทย์เด็กและคนอื่นๆ ว่า เด็กบางคนเจริญเติบโตช้า แคระแกร็น และการค้นคว้าจากเอกสารในต่างประเทศของดวงใจ (2527) ได้ข้อสรุปผลกระทบทางด้านร่างกายของเด็กที่ถูกทารุณกรรมว่ามีการเจริญเติบโตช้ามากในทุกๆด้าน ทั้งพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และภาษา มีเด็กถึงร้อยละ 25 ที่มีสติปัญญาเสื่อมไปตลอดเนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนมาก

จะเห็นได้ว่าการทารุณกรรมเด็กมีผลกระทบต่อร่างกายรุนแรงมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการถูกกระทำ แต่ไม่มีรายงานการศึกษาที่ชัดเจน และงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการถูกทารุณตั้งแต่ปฐมวัยพบว่า มีน้อยมาก มีเพียงรายงานจากการศึกษาในสถาบันการศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและมักศึกษาในเด็กวัยรุ่นหรือวัยรุ่น ดังนั้นควรผลักดันให้มีงานวิจัย เกี่ยวกับผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก หลังจากการถูกทารุณกรรม เพื่อให้มองเห็นสถานะสุขภาพของเด็กไทยกลุ่มปฐมวัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทารุณควรมีรายงานในสถิติสาธารณสุขด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

1.1 ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อเข้ารับการรักษาแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย สามารถให้การช่วยเหลือ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งในการค้นหาผู้ป่วยที่กระจัดกระจายอยู่ในชุมชน ให้เข้ารับบริการในหน่วยงานของรัฐ

1.2 ควรกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยความคิดปกติทางจิต และการรายงานปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถมองภาพรวมสถานะสุขภาพจิตของคนไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ถึงแม้ไม่มีงานวิจัยขนาดใหญ่ระดับประเทศก็สามารถมองได้จากสถิติการเจ็บป่วยหรือการมารับบริการด้านสุขภาพจิต อันเป็นแนวทางหนึ่งในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

1.3 ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ควรมีบุคลากรที่มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือขั้นต้น และส่งเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษาต่อได้ เพราะปัญหาสุขภาพจิตเด็กต้องใช้ระยะเวลาในการสังเกตอย่างใกล้ชิด

1.4 ควรอบรม อสม. ด้านความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของเด็กแต่ละวัย และการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน (ไม่ควรเอาใจใส่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ไม่ควรคาดหวังเด็กมากเกินไป) เพื่อให้สามารถรณรงค์แก่ประชาชนในหมู่บ้านเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสม

1.5 รัฐควรมีกฎหมายให้เด็กออทิสติกได้อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน และเรียนร่วมกับเด็กในโรงเรียนปกติ เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกมีการปรับตัวกับสังคมได้ดีขึ้น

1.6 รัฐควรตั้งองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณในแง่กฎหมายคือให้มีอำนาจเข้าไปสอดแทรกนำตัวเด็กออกมาจากสิ่งแวดล้อมเดิมที่อันตรายสำหรับเด็ก

1.7 รัฐควรมีกฎหมายเอื้อให้มีการรายงานแจ้งเหตุและคุ้มครองบุคคลที่แจ้งเหตุหรือลงโทษบุคคลที่พบการทารุณเด็กแล้วไม่รายงานแจ้งเหตุ

1.8 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยเด็กถูกทารุณทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ และการปล่อยปละละเลย แก่วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ครู ตำรวจ อัยการ (ผู้พิพากษา ทนายความ และนักกฎหมาย) และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความตระหนักในการรายงานแจ้งเหตุและการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ของเด็กปฐมวัย โดยการสำรวจสุขภาพจิตเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันทั่วประเทศ และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับเล็ก เพื่อหารูปแบบในการป้องกัน และให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีลักษณะพื้นฐานอารมณ์แตกต่างกัน เช่น เด็กเลี้ยงง่ายควรเลี้ยงดูอย่างไร เด็กเลี้ยงยากควรเลี้ยงดูอย่างไร ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความแตกต่างด้านความเชื่อ วัฒนธรรมของท้องถิ่น สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทารุณเด็กในวัย 0-5 ปี เพราะยังมีน้อย และการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลกระทบหลังจากเด็กถูกทารุณตั้งแต่ปฐมวัยซึ่งยังไม่มีรายงานวิจัย

2.4 ควรมีงานวิจัยเพื่อหาวิธีการรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ไม่พร้อมจะมีบุตร หรือครอบครัวที่บิดามารดาป่วยทางจิตเพื่อช่วยบรรเทาปัญหาการทารุณกรรมในเด็ก และปัญหาทางจิตของเด็ก

บรรณานุกรม

กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก กรมประชาสงเคราะห์. สถิติเด็กถูกละเมิด พ.ศ. 2538-2541. เอกสารอัดสำเนา, 2542.

กัญญา รัชมันตา. เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.

กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดามารดาของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติกตามหลักเกณฑ์ของ DSM III-R ซึ่งเด็กมีอายุ 2-8 ปี อยู่ในระหว่างการมารับบริการที่ศูนย์สุขวิทยาจิต โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2533 จำนวน 70 ราย

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ผลกระทบด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม

วิธีเก็บข้อมูล : ให้บิดามารดาของเด็กออทิสติกตอบแบบสอบถาม

กัลยา วิริยะ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก และการดูแลบุตรออทิสติกในมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. (การพยาบาลแม่และเด็ก) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกและพยานุเคราะห์มารดาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา : การรับรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การดูแลบุตรออทิสติก

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. ปัญหาการทารุณกรรมและการปล่อยปละละเลยเด็ก : แนวความคิดและความ

ตระหนักต่อปัญหาของนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ครู ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา และทนายความหรือนิติกร วิชาชีพละ 60 คน รวมเป็น 300 คน ทั้งหมดอยู่ในกรุงเทพมหานคร

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง โดยกำหนดให้ประชากรเป็นนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5 วิชาชีพ และการทำงานต้องเคยพบหรือพบกับเด็ก

คำนิยามศัพท์ :

1. เด็ก หมายถึง ผู้ซึ่งอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส
2. สวัสดิภาพเด็ก หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีในทุกๆด้านของเด็ก ได้แก่ การให้เด็กได้รับอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การศึกษาเล่าเรียน และการคุ้มครองดูแลให้ปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวง เพื่อเอื้ออำนวยให้เด็กได้มีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
3. การปฏิบัติต่อเด็ก หมายถึง แบบแผนการกระทำของบุคคลหรือสังคมที่มีต่อเด็กทั้งด้านการดูแลเอาใจใส่ ดูแลเพื่อสวัสดิภาพและการเจริญเติบโตที่ดีของเด็ก และด้านตรงข้ามคือแบบแผนการกระทำต่อเด็กอย่างขัดขวางพัฒนาการของเด็กและทำลายสวัสดิภาพของเด็ก
4. การทารุณกรรมเด็ก (child abuse) หมายถึง การทำอันตรายหรือคุกคามต่อสุขภาพหรือสวัสดิภาพของเด็กโดยบุคคล ซึ่งต้องดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพหรือสวัสดิภาพของเด็กด้วยการทุบตี ทำร้าย โดยวิธีการต่างๆ รวมถึงการกระทำทารุณทางเพศมีผลทำให้เด็กต้องบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจที่พบว่าไม่ใช่เกิดจากอุบัติเหตุ

5. การปล่อยปละละเลยเด็ก (child neglected) หมายถึง การทำอันตรายต่อสุขภาพหรือสวัสดิภาพของเด็กด้วยการละเลย ไม่เอาใจใส่ ไม่ให้อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย หรือการรักษาพยาบาลอย่างพอเพียง จนเป็นผลทำให้เด็กต้องมีอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

6. ความตระหนักต่อปัญหาการทารุณกรรมและการปล่อยปละละเลยเด็ก หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติของนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่เห็นว่า การทารุณกรรมและการปล่อยปละละเลยเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อเด็กต่อสังคมและต่อประเทศชาติ รวมถึงการอบรมและการปฏิบัติที่แสดงว่ามีส่วนเกี่ยวข้องต่อการป้องกันแก้ไข และช่วยเหลือเด็กถูกทารุณและปล่อยปละละเลย ในฐานะของนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

7. กฎหมายแจ้งเหตุกรณีทารุณกรรมและปล่อยปละละเลยเด็ก (Child Abuse and Neglected Reporting Law) หรือกฎหมายแจ้งเหตุ (Reporting Law) หมายถึง กฎหมายซึ่งตราขึ้นเพื่อกำหนดให้บุคคลใดก็ตามกฎหมายนี้แจ้งหรือรายงานกรณีที่พบเห็นหรือสงสัยว่ามีเด็กถูกทารุณ และปล่อยปละละเลยต่อบุคคลซึ่งระบุไว้ตามกฎหมายนี้ รวมทั้งบทลงโทษสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตาม และบทคุ้มครองสิทธิสำหรับบุคคลผู้แจ้งหรือรายงานเหตุตามกฎหมายนี้

วิธีเก็บข้อมูล :

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการทารุณกรรมและการปล่อยปละละเลย เอกสารทางราชการ รายงาน และบันทึกการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณและปล่อยปละละเลย พระราชบัญญัติ ประกาศของคณะปฏิวัติ กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ และคำสั่งทางราชการที่เกี่ยวข้อง ข่าวในหนังสือพิมพ์ รายวัน และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. เก็บข้อมูลจากงานสนาม เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ โดยเก็บจากนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5 วิชาชีพ

ไขแสง รักวานิช. ผลทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อครอบครัวจากการออกทำงานนอกร้านของหญิงที่สมรสแล้วในเขตกรุงเทพมหานคร. ข่าวสารการชนคดี. 30(6):77-78, 2528.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : หญิงทำงานนอกร้านที่สมรสแล้วในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ผลทางเศรษฐกิจและสังคม

วิธีเก็บข้อมูล : ส่งแบบสอบถามตามรายชื่อ แล้วให้ส่งกลับมายังผู้วิจัย

แคร์ รีคเตอร์ และนภภรณ์ หะวานนท์. การมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิงในครอบครัวไทย : นัยยะที่มีต่อการพัฒนาประเทศ และสวัสดิการสังคม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพส, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้หญิงในครอบครัวไทย

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : การมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจของผู้หญิง

วิธีเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจสังคมของสำนักงานสวัสดิการแห่งชาติ พ.ศ. 2531

2. สํารวจข้อมูลสถานภาพการทำงานของสมาชิกในแต่ละคนในครัวเรือน โดยนับรวมงานในครัวเรือนที่ไม่มีค่าตอบแทน รายได้ส่งกลับทั้งในส่วนที่ครัวเรือนส่งกลับและได้รับพร้อมทั้งระบุมความสัมพันธ์ของสมาชิกที่ส่งเงินกลับบ้าน

3. สัมภาษณ์ระดับลึกสมาชิกครัวเรือนที่มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นครัวเรือนที่ต้องพึ่งพารายได้ของผู้หญิงเป็นหลัก หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการที่จะต้องพึ่งพาในลักษณะดังกล่าว

แคร์ รีคเตอร์, ฟิลิป เกสต์, วาทีนี บุญชะล็กมี และคณะ. การย้ายถิ่นเป็นการเพิ่มรายได้ หรือเพิ่มความเครียดให้กับครอบครัวชนบท. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 211. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครัวเรือนที่ย้ายถิ่นในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2535 จำนวน 505 ครัวเรือน

การสุ่มตัวอย่าง : คัดเลือกจากครัวเรือน 5 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรที่ศึกษา : การย้ายถิ่น เศรษฐกิจและสังคม

นิยามศัพท์ : การย้ายถิ่น หมายถึง การเคลื่อนย้ายข้ามตำบลอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน

วิธีเก็บข้อมูล :

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครัวเรือน เมื่อ พ.ศ. 2535 จากผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
2. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากข้อมูลเดิม
3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล เป็นการสัมภาษณ์ด้านลึกจากผู้ย้ายถิ่นกลับบ้านมาซึ่งบ้านเดิมที่เคยอยู่ และ

สัมภาษณ์ผู้ย้ายถิ่นออก (ที่กรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล)

จรวยพร สุภาพ, อำไพ วรรณเชษฐอิสรา, ศิริกุล อัครานุกฤษ, และสุวัฒน์ ศรีสรณ์. การเลี้ยงดูบุตรคนแรกวัยแรกเกิด - 2 เดือน ของบิดา ตามเกณฑ์พัฒนาการ และความต้องการของวัยทารก. วารสารกรมการแพทย์ 21 (9):303-310,2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดาที่พานุครคนแรกอายุประมาณ 2 เดือน มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.

การสุ่มตัวอย่าง : จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดอัตราส่วนการเกิดปัญหา = 0.156 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 203 คน ในการวิจัยนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 220 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : การปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2541.

ฉัตรชดา เรียรปรีชา. พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่มีเสียงดนตรี. ปรินญาณินพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัยชายหญิง อายุระหว่าง 4-5 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2536 โรงเรียนอนุบาลวัดนางนอง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ห้องเรียน ห้องเรียนละ 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : พัฒนาการทางสติปัญญา เสียงดนตรีประกอบการจัดกิจกรรม

วิธีเก็บข้อมูล : จับสลากห้องเรียนเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สร้างความคุ้นเคยกับเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบวัดพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามวาดภาพของกูดอินน์พี-แฮร์ริส โดยทำการทดสอบเป็นรายกลุ่ม และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ดำเนินการทดลอง โดยเปิดเทปเสียงดนตรีให้แก่กลุ่มทดลองขณะจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) กิจกรรมการเล่นตามมุม กิจกรรมกลางแจ้ง ตั้งแต่เด็กเริ่มทำกิจกรรมจนกระทั่งจบกิจกรรม สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) กิจกรรมการเล่นตามมุม กิจกรรมกลางแจ้ง โดยไม่มีเสียงดนตรีประกอบ ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบเช่นนี้ 5 วันต่อสัปดาห์ รวมระยะเวลาในการทดลองทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

เมื่อครบกำหนดเวลาทำการทดสอบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบวัดพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบวาดภาพของกูดอินฟ-เธร์ริส ฉบับเดียวกับแบบสอบก่อนการทดลอง และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

ณัฐวดี ณ มโนรม. ปัจจัยทางด้านครอบครัวที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมแปรปรวนในเด็ก : ศึกษาเฉพาะกรณีหน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กที่มาติดต่อเพื่อตรวจและรับการรักษา ที่หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 15 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมแปรปรวนในเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัวที่เป็นสาเหตุ

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้ปกครอง ตรวจสอบสภาพจิตเด็ก โดยใช้แบบทดสอบทางจิตและติดตามเยี่ยมบ้าน

ดวงใจ กสถานติกุล. การทารุณกรรมผู้เยาว์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 28(3):313-325,2527.

เคลลินิวส์, (22 พฤษภาคม 2542). พ่อใจสัตว์เดรัจฉานข่มขืนลูกในไส้ 2 คน. หน้า 16.

เคลลินิวส์, (16 มิถุนายน 2542). ตำรวจไม่แจ้งข้อหาตายคู่หูโหดทารุณหลานชาย. หน้า 1, 2.

เคลลินิวส์, (16 กรกฎาคม 2542). ลูกคนโตก็ไม่เว้นแก้งทำให้เรือล่มจมน้ำตายต่อหน้า. หน้า 1, 15.

ทวี ถาวร. ผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในชนบทอีสาน.

รายงานการวิจัย, มหาสารคาม : สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เลือกแบบเจาะจง 527 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในการฟัง การพูด ไม่จำกัดเพศ และอายุ กำหนดเป้าหมายรวมร้อยละ 25 ของจำนวนประชากรในหมู่บ้าน

ตัวแปรที่ศึกษา : ผู้สูงอายุในชนบทอีสาน การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

นิยามศัพท์ :

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า 60 ปี,
2. ชนบท หมายถึง พื้นที่อยู่นอกเขตเทศบาล นอกเขตสุขาภิบาล เขตเมือง
3. การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว หมายถึง ความแตกต่างในความเป็นอยู่ของครอบครัว เปรียบเทียบในช่วงเวลาที่บิดามารดาของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุ กับช่วงเวลาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ช่วงเวลาที่บิดามารดาของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุ กับช่วงเวลาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

วิธีเก็บข้อมูล : แบ่งเขตพื้นที่อีสานตามแนวตั้งออกเป็น 3 เขต คือ เขตชายแดนด้านตะวันออกของภาค แนวกลางของภาค และแนวชายแดนด้านตะวันตกของภาค แล้วเลือกจังหวัดที่สะดวกต่อการวิจัย เขตละ 1 จังหวัด แล้วสำรวจเลือกหมู่บ้านชนบทเก่าแก่มียุคน้อยกว่า 100 ปี สืบค้นประวัติได้ มีครัวเรือนและประชากรไม่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยจำนวนครัวเรือนและประชากรต่อหมู่บ้านนอกเขตเทศบาลของภาคอีสาน มีจำนวนผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมู่บ้าน ตามลักษณะการกระจายของประชากรตามหมวดอายุของภาคอีสาน

ธนุ ชาติธนานนท์. คู่มือประกอบการใช้ ICD 10. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, มปป.

นางพญา ลิ้มสุวรรณ. Proper child rearing As Prevention of Some child Psychiatric Disorders.

วารสารสมาคมจิตแพทย์. 31(4):191-198,2529.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 25 คน (อายุ 4-15 ปี)

ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเลี้ยงดูเด็ก, การเจ็บป่วยทางจิตของเด็ก

ปิยะนุช ประจักษ์จิตต์. **ทัศนคติของผู้ปกครองและการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อประสบการณ์ในวัยเด็กก่อนเข้าเรียน.** ศูนย์สุขภาพจิต ๓ กระทรวงสาธารณสุข ใน เอกสารการประชุมทางวิชาการเรื่อง การวิจัยทางการศึกษา และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ครั้งที่ 5 เล่ม 3, 12-16 ตุลาคม 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ปกครองของเด็กโรงเรียนอนุบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ทัศนคติและการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ลักษณะบิดามารดา ลักษณะทางอารมณ์ในเด็ก

วิธีการเก็บข้อมูล :

1. บิดามารดาตอบแบบสอบถามทัศนคติและการอบรมเลี้ยงดูเด็ก
2. บิดามารดาตอบแบบประเมินลักษณะของตนเอง
3. ครูและบิดามารดาประเมินลักษณะทางอารมณ์ในเด็ก

พรรณพิมล หล่อตระกูล, พรรณนิภา มีรสล้ำ และศศกร วิชัย. **ปัจจัยทางจิตสังคมในเด็กและวัยรุ่นที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 43(3):226-237,2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพจิตในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540

ตัวแปรที่ศึกษา : ปัจจัยทางจิตสังคม เด็ก วัยรุ่น ครอบครัว การเลี้ยงดู

วิธีเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง Axis V Abnormal psychosocial situation ฉบับปรับปรุงใหม่ตามการวินิจฉัยแบบ multiaxial ของ ICD-10 จากผู้ปกครองผู้ป่วยนอกใหม่ที่ศูนย์สุขภาพจิต เก็บข้อมูลผู้ปวยลงในแบบบันทึกอาการผู้ป่วยใหม่ของศูนย์สุขภาพจิต

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. **การศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์. วารสารสมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย.** 3(2):18-35,2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : รายละเอียดของข่าวเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวที่รายงานโดยหนังสือพิมพ์รายวันภาษาไทย จำนวน 67 เรื่อง

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ความรุนแรงในครอบครัว

นิยามศัพท์ : ความรุนแรงในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวทำร้ายต่อกันทั้งทางกายหรือทางจิตใจ เช่น การทำทารุณกรรม การทำทารุณบุตร ตลอดจนความรุนแรงระหว่างพี่น้องหรือระหว่างเครือญาติ

วิธีเก็บข้อมูล : เลือกว่าข่าวทุกข่าวที่มีเนื้อหาว่า ผู้กระทำ และเหยื่อของการทำร้ายทางกายหรือทางจิตใจที่เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกันหรือเป็นเครือญาติกัน จากหนังสือพิมพ์รายวันจำนวน 3 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ และมติชน ตั้งแต่ฉบับวันที่ 1 เมษายน 2530 - 31 มีนาคม 2531

พรฤดี นิธิรัตน์. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกระงับการกระทำทารุณกรรมของเด็กในครอบครัว : ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : นักเรียนชั้นมัธยมประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จำนวน 413 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ลักษณะครอบครัว ลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก การเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะวิกฤตในครอบครัว

นิยามศัพท์ :

1. ลักษณะครอบครัว หมายถึง ประเภทครอบครัว สิ่งแวดล้อม จำนวนสมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจฐานะ
2. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง หมายถึง อาชีพ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร สถานภาพสมรส การเสพยาเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน
3. ลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก หมายถึง เพศ ภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง

วิธีเก็บข้อมูล : ให้ออบแบบสอบถาม

พัชรา พุ่มพชาติ. อิทธิพลของเสียงดนตรีที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัย. ปรินญาณิพนธ์ มหาวิทยาลัย (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กปฐมวัยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อายุระหว่าง 4-5 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2533 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน

การสุ่มตัวอย่าง :

1. สุ่มโรงเรียน 1 โรงเรียน
 2. คัดเลือกเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยครูประจำชั้นพิจารณาเด็กก้าวร้าวตามเกณฑ์จากแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นต่อมาผู้วิจัยสังเกตเด็กที่ครูเสนอชื่อว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวที่สร้างขึ้นเอง ในขณะทำกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ กิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) เล่นตามมุม เล่นกลางแจ้ง และเกมการศึกษา โดยสังเกตพฤติกรรมของเด็กครั้งละ 1 คน คนละ 3 นาที ทุกกิจกรรม แล้วนำคะแนนที่ได้มาพิจารณาเลือกเด็กที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่ใกล้เคียงกัน จับฉลากเพื่อจัดเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน
- ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ใช้เสียงดนตรีประกอบ การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ

นิยามศัพท์ :

1. เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง เด็กที่มีการกระทำหรือการใช้คำพูดท่าทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น หรือสิ่งของแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ
 - 1.1 พฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้คำพูด หมายถึง การพูดให้ผู้อื่นเกิดความโกรธ น้อยใจ ไม่พอใจ สังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของการพูดถ่มถุย คำหยาบคาย คำสบถ คำข่มขู่ และโต้เถียง
 - 1.2 พฤติกรรมก้าวร้าวโดยการกระทำ หมายถึง การแสดงอาการกิริยาท่าทางที่ก่อให้เกิดความเสียหาย ทั้งต่อสิ่งของและทรัพย์สินบุคคลของตนเองและผู้อื่น สังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกจากการใช้กิริยา ขว้างปา ทบตอย ตีกัน แย่งของ ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือผู้อื่น
2. การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ประกอบเสียงดนตรี หมายถึง การเปิดเสียงดนตรีที่บรรเลง โดยไม่มีเนื้อร้องประกอบให้เด็กฟังในขณะที่เด็กทำกิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) ซึ่งได้แก่ การวาดภาพระบายสี การพิมพ์ภาพ การปั้น การพับ การฉีก การติด การปะ การร้อย และการประดิษฐ์
3. การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ หมายถึง การไม่ใช้เสียงดนตรีเปิดให้เด็กฟังในขณะที่เด็กทำกิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) ซึ่งได้แก่ การวาดภาพระบายสี การพิมพ์ภาพ การปั้น การพับ การฉีก การติด การปะ การร้อย และการประดิษฐ์
4. เสียงดนตรีประกอบในการทำกิจกรรม หมายถึง เสียงดนตรีที่เกิดจากการใช้เครื่องดนตรี ทั้งประเภท ดีด สี ตี เป่า ซึ่งมีการบรรเลงอย่างแผ่วเบา นุ่มนวล และมีท่วงทำนองที่สดชื่นรื่นเริง ทำให้รู้สึกสบาย และผ่อนคลายอารมณ์

วิธีเก็บข้อมูล :

1. แบ่งกลุ่มเด็กก้าวร้าวออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. ให้กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ใช้เสียงดนตรีประกอบ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ปกติ ใช้เวลาทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 40 ครั้ง

3. หลังการทดลองผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมโดยการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวชุดเดิม ไปสังเกตเด็กแต่ละคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในกิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ กิจกรรมสร้างสรรค์ (ศิลปะศึกษา) เล่นตามมุม เล่นกลางแจ้ง และเกมการศึกษา โดยสังเกตพฤติกรรมเด็กครั้งละ 1 คน คนละ 3 นาที ในทุกกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม

พิชญ์ สมพอง. สถาบันครอบครัวในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2526.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครอบครัวในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 192 ครอบครัว

การสุ่มตัวอย่าง : เลือกจังหวัดที่มีประชากรหนึ่งล้านขึ้นไป ได้ 8 จังหวัด สุ่มเหลือ 4 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่ม 1 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่ม 1 หมู่บ้าน สุ่มหมู่บ้านละ 50 ครอบครัว ถ้าหมู่บ้านนั้นไม่ถึงเก็บข้อมูลหมด

ตัวแปรที่ศึกษา : บทบาทเครือญาติ, ระบบครอบครัว

นิยามศัพท์ :

1. บทบาทเครือญาติ หมายถึง บทบาทเครือญาติต่อครอบครัวในด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง
2. ระบบครอบครัว หมายถึง ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ครอบครัวตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และสังเกตการณ์

พริยา ธารารพพิสุทธิกุล. การศึกษาลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของทารกและปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ณ โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ทารกที่มีอายุ 4-8 เดือน จำนวน 265 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร ระหว่างมกราคม 2529 - มีนาคม 2529 เป็นทารกที่คลอดปกติ ครอบกำหนด มีน้ำหนักและส่วนสูงเกณฑ์ปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา : ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ เพศ ลำดับการเกิด อาชีพมารดา ประสบการณ์เจ็บป่วยของมารดาและตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว จำนวนพี่น้อง อายุมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และเศรษฐกิจฐานะ

นิยามศัพท์ : ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมลักษณะต่างๆ ที่เด็กแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็นลักษณะต่างๆ ได้แก่ ระดับการเคลื่อนไหว ความสม่ำเสมอทางสรีระของร่างกาย ปฏิกริยาตอบสนองต่อบุคคล หรือสิ่งเร้า ความสามารถในการปรับตัว ความรุนแรงของการตอบสนอง และลักษณะอารมณ์ ในการสรุปผลใช้พฤติกรรมเหล่านี้แบ่งทารกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ทารกเลี้ยงง่าย ทารกเอาใจยาก และทารกเลี้ยงยาก

วิธีเก็บข้อมูล : สอบถามมารดาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามวัดพื้นฐานอารมณ์ของ carey มาเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ภัสสร ลิมานนท์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวีณา วิบูลย์เศรษฐ์ และคณะ. สรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย. เอกสารสถาบันหมายเลข 227/38. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครอบครัวไทย ทั้งในเขตเมืองและชนบท จำนวน 3,237 ครอบครัว (ภาคเหนือ 662 ครอบครัว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 665 ครอบครัว ภาคกลาง 666 ครอบครัว ภาคใต้ 444 ครอบครัว กรุงเทพมหานคร 800 ครอบครัว)

การสุ่มตัวอย่าง : คัดเลือกครอบครัวที่จะตกเป็นตัวอย่างเพื่อเลือกบุคคลที่จะให้สัมภาษณ์ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) คือ กำหนดให้มีครอบครัวที่ตกเป็นตัวอย่างในจำนวนใกล้เคียงกันจากแต่ละภาค โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในขนาดของภาค (ไม่ได้เลือกแบบ proportional to size of population)

ตัวแปรที่ศึกษา : ครอบครัวไทย (การสมรส สถานะความเป็นอยู่ของครอบครัว การเลี้ยงบุตร การจัดสรรเวลาของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุ ทัศนคติ และค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัว)

นิยามศัพท์ :

1. ครัวเรือน หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน และรับประทานอาหารร่วมสำหรับเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงครอบครัวของแต่ละบุคคล
 2. ครอบครัว หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน (อาจจะอาศัยอยู่ประจำหรืออาศัยอยู่ชั่วคราว) ภายในบ้านที่ตกเป็นตัวอย่างและกลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันโดยทางสายโลหิต หรือโดยการสมรส
- วิธีเก็บข้อมูล :** สัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวตามหลักเกณฑ์ดังนี้
1. หากในบ้านตัวอย่างมีหลายครัวเรือนให้เลือกมา 1 ครัวเรือน และใน 1 ครัวเรือนที่เลือกมามีหลายครอบครัวให้เลือก 1 ครอบครัว ให้สัมภาษณ์สามีภรรยาทั้งคู่หนึ่งที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้
 2. หากในบ้านตัวอย่างมีคู่สมรส 1 คู่ (1 ครอบครัว) ให้เลือกสัมภาษณ์สามีหรือภรรยาคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านขณะที่เข้าไปขอสัมภาษณ์
 3. ขณะขอเข้าสัมภาษณ์หากในบ้านมีคู่สมรส 1 คู่ (ไม่อยู่ในบ้าน) มีสมาชิกอื่นที่เป็นโสด (อยู่ในบ้าน) ให้สัมภาษณ์สมาชิกที่เก่าย่าง/หม้าย
 4. หากในบ้านตัวอย่างมีสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต แต่โสดทุกคน ให้สัมภาษณ์ผู้มีอาวุโสกว่า
 5. คนโสด หย่าร้าง/หม้าย ที่อยู่นคนเดียว เป็นเจ้าของบ้าน ควรสัมภาษณ์ด้วยในฐานะที่เป็นครอบครัวเดี่ยว (อยู่คนเดียว)

มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. สถิติเด็กถูกทารุณ พ.ศ. 2539-2541. เอกสารอัดสำเนา, 2542

รติพร ถึงฝั่ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาและพัฒนาการตามวัยของบุตรวัย 60 ปี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 5,424 ราย

วิธีเก็บข้อมูล : ข้อมูลที่ใช้ศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการวิจัยเรื่องดัชนีวัดพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2530 ซึ่งทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบพัฒนาการ

ระริน สุรวฒนานันท์. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกระดับก่อนประถมศึกษา : กรณีศึกษาโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้บริหารหรือผู้ช่วยผู้บริหาร โรงเรียน สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 36 คน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา กรุงเทพมหานคร 415 คน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน 803 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างง่าย

ตัวแปรที่ศึกษา : ความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเด็กออทิสติก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการศึกษาของผู้บริหารสำหรับเด็กออทิสติกระดับก่อนประถมศึกษา และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้บริหารในการจัดการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก

วิธีเก็บข้อมูล : ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างและให้ส่งกลับภายใน 10 วัน หลังจากรับแบบสอบถาม

รุจา ภูโพลย์. การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

วรรตมา สุขวัฒนานันท์. การศึกษาเปรียบเทียบพื้นฐานอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียนตามลักษณะปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเลี้ยงดู. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-6 ปี ในศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวันคืนแดงของสมาคม วาย ดับบลิว ซี เอ และสถานเลี้ยงเด็กกลางวันศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง แห่งละ 50 คน รวมเป็น 100 คน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างง่าย

ตัวแปรที่ศึกษา : พื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเลี้ยงดู

วิธีเก็บข้อมูล : แจกแบบสอบถามให้มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

วรุณา กลกิจ โกวินท์. การศึกษาพฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44 (3) : 228-237, 2542.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็ก 1-5 ปี ที่มาตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่คลินิกสุขภาพเด็กสบาย ศูนย์บริการสาธารณสุขทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ ศูนย์สาธารณสุข 11 ประดิพัทธ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 17 ประชาชื่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทั้งสองห้อง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2538 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 จำนวนเด็กที่ทำการศึกษา แห่งละ 100 คน รวมเป็น 600 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง คือ เด็กปกติไม่มีโรคทางกาย ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมอารมณ์เด็ก ช่วงอายุ

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์ผู้ปกครองและเขียนลงในแบบสำรวจ โดยพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมเรื่องสัมภาษณ์ และดูแลคลินิกสุขภาพเด็กสบาย ทำครั้งละ 1-3 ชุด/คน/วัน สัปดาห์ละ 2 วัน โดยผู้วิจัยได้ไปตรวจ ติดตามเป็นระยะๆ ตลอดทุก 2 สัปดาห์

วิลาสินี ชัยสิทธิ์. การกระทำทารุณกรรมเด็ก. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช. 18(3):107-116,2534.

วิระพล เขาวนัถกษณ์, สุทธิณี ทองสอาด, สายสวาท พงษ์โสภา และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบขนาดครอบครัวเกษตรกรในภาคเหนือระหว่าง 2 ช่วงอายุ กรณีบ้านคอนตัน ต.เหมืองแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่. วารสารภูมิศาสตร์. 9(3):25-40,2527.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครวเรือนเกษตรกรที่มีทั้ง 2 ช่วงอายุ คือ มีบิดา/มารดา ของหัวหน้าครัวเรือนที่มีบุตรแล้วเป็นช่วงอายุที่ 1 และหัวหน้าครัวเรือนที่มีบุตรแล้วเป็นช่วงอายุที่ 2

การสุ่มตัวอย่าง : แบบไม่เกี่ยวข้องกับโอกาสทางสถิติ (Non-probability sampling) และเจาะจงเลือกเฉพาะครัวเรือนเกษตรกรตามคุณสมบัติที่กำหนดได้ 58 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 30 ของครัวเรือน ทั้งหมดในหมู่บ้าน

ตัวแปรที่ศึกษา : จำนวนบุตรในช่วงอายุที่ 1 และช่วงอายุที่ 2

นิยามศัพท์ :

1. ช่วงอายุที่ 1 หมายถึง บิดา/มารดาที่ยังมีชีวิตอยู่ของหัวหน้าครัวเรือนปัจจุบัน
2. ช่วงอายุที่ 2 หมายถึง หัวหน้าครัวเรือนปัจจุบันและภรรยาที่มีบุตร

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ใช้ถามสามีหรือภรรยาของครอบครัวทั้ง 2 ช่วงอายุ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ คือ เอกสารหนังสือ สิ่งพิมพ์ของทางราชการและรายงานต่างๆ

วัจนี ไทงาม. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเด็กตามพื้นฐานอารมณ์กับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดา : กรณีศึกษามารดาของเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลเอกชน เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เป็นมารดาของเด็กวัยก่อนเรียน โดยเด็กต้องมีคุณสมบัติดังนี้คือ อายุอยู่ในช่วง 3-6 ปี เป็นนักเรียนใน

โรงเรียนอนุบาลเอกชน เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2538 ซึ่งไม่มีความพิการ ไม่มีโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว หรือ ปัญหาอื่น และอาศัยอยู่ร่วมกันกับมารดา ส่วนมารดาของเด็กต้องสามารถอ่านออกเขียนได้และให้ความร่วมมือ

การสุ่มตัวอย่าง : ประมาณาจากอุบัติการณ์ของปัญหาที่ได้จากการศึกษาของอรรพรรณ จิตสุภวัฒน์ ซึ่งมีจำนวน 233 รายขึ้นไป ในที่นี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทุกรายในโรงเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ตัวแปรที่ศึกษา : การอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดา พื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา

วิธีเก็บข้อมูล :

1. สืบจากรายชื่อเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลที่สุ่มจากสมุดทะเบียนประวัติและตรวจสอบคุณสมบัติของเด็กให้ตรงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2. รอพบมารดาหรือผู้มารับ-ส่ง เด็กในตอนเช้าและบ่ายเพื่อขอความร่วมมือ หากในกรณีที่พบผู้อื่นที่มีมารดาของเด็กจะฝากแบบสอบถามไปให้มารดาของเด็กเป็นผู้ตอบและให้นำมาส่งคืนในวันรุ่งขึ้น หรือถ้าหากพบมารดาที่จะสอบถามด้วยตัวเองและอนุญาตให้มารดาเด็กนำแบบสอบถามไปทำที่บ้านได้และนำมาส่งคืนในวันรุ่งขึ้นเช่นกัน

ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ผลการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวในเด็กที่พัฒนาการช้า และพัฒนาการปกติ. ใน ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. พัฒนาการของเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว. รายงานการวิจัย. สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก (WHO). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กทุกคนที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี ของพื้นที่การศึกษา ซึ่งครอบคลุมเด็กทั้งหมด 77 คน เป็นเด็กในตำบลหนองโสน จำนวน 36 คน และในตำบลหนองจิก 41 คน ตำบลทั้งสองอยู่ในอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ซึ่งเด็กทั้งหมดมีภาวะโภชนาการปกติ ณ จุดเริ่มต้นศึกษา

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : คู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย

วิธีเก็บข้อมูล : จับผลมาได้ตำบลหนองโสนเป็นพื้นที่ควบคุม และตำบลหนองจิกเป็นพื้นที่ทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด Nonrandomized pretest posttest control group design โดยครอบครัวในพื้นที่ทดลองจะได้รับคู่มือส่งเสริมลูกให้ฉลาดสมวัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลี้ยงดูเด็ก

การตรวจพัฒนาการเด็ก ผู้ตรวจพัฒนาการเด็กจำนวน 5 คน ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทดสอบพัฒนาการเด็กโดยใช้ DDST เป็นเวลา 4 วัน และออกฝึกปฏิบัติจริงกับเด็กวัยเดียวกันจำนวน 2-3 คน เพื่อให้คุ้นเคยและเข้าใจรายละเอียดของวิธีทดสอบ ผู้ตรวจสอบพัฒนาการเด็ก 1 คน รับผิดชอบเด็กประมาณ 16 คน และติดตามตรวจพัฒนาการเด็กคนเดียวกันไปตลอดการศึกษา การตรวจพัฒนาการตรวจ 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง 4 เดือน และครั้งที่ 3 หลังการทดลอง 8 เดือน

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. ครอบครัวไทยในปัจจุบัน และความต้องการความช่วยเหลือและการแทรกแซง. ในศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บก.). สมาคมสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. หน้า 8-32. กรุงเทพมหานคร : JPRINT, 2540.

ศูนย์สุขวิทยาจิต กรุงเทพมหานคร. สถิติผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขวิทยาจิต ตุลาคม 2540 - กันยายน 2542. เอกสารอัดสำเนา, 2542.

สมพร เทพสิทธิ. ครอบครัวไทยในยุคโลกาภิวัตน์. กรุงเทพมหานคร : สมชายการพิมพ์, 2538.

สมลักษณ์ ขนอม. การคุ้มครองสิทธิเด็กในประเทศไทย. ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กถูกทารุณกรรมในครอบครัว. ปรินต์งานพิมพ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ พนักงานสอบสวน (ตำรวจ) พนักงานอัยการ ผู้พิพากษา แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชน จำนวน 129 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ทศนคติต่อแนวคิดการคุ้มครองสิทธิเด็กถูกทารุณกรรมในครอบครัว ทศนคติต่อมาตรการคุ้มครองสิทธิเด็กถูกทารุณกรรมในครอบครัว

วิธีเก็บข้อมูล : ส่งแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

สมมติฐาน คัดพิสูทธิ์. ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติของวิชาชีพครูที่สอนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในระดับก่อนประถมศึกษาที่มีต่อปัญหาการกระทำทารุณเด็ก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ครูที่สอนในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร ในระดับก่อนประถมศึกษา จำนวน 323 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบ Multi Stage Random Sampling คือ สุ่มหาพื้นที่เขตที่จะลงเก็บข้อมูล 24 เขต จากทั้งหมด 34 เขต สุ่มเลือกโรงเรียนที่เปิดสอนในระดับชั้นก่อนประถมศึกษา 213 โรงเรียนจากทั้งหมด 735 โรงเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนที่ต่ำที่สุดที่สามารถยอมรับได้คือ 288 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : ประสิทธิภาพและการรับรู้ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเด็กถูกกระทำทารุณ ความรู้ที่มีต่อปัญหาการกระทำทารุณเด็ก เจตคติที่มีต่อปัญหาการกระทำทารุณ

นิยามศัพท์ :

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำทารุณเด็ก หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำทารุณเด็กทางด้านร่างกาย เพศ และอารมณ์จิตใจ
2. เจตคติที่มีต่อปัญหาการกระทำทารุณเด็ก หมายถึง เจตคติในบทบาทต่อวิชาชีพครู เจตคติในทางสังคม และเจตคติในทางกฎหมายที่มีต่อปัญหาการกระทำทารุณเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์จำนวน 500 ชุด ได้รับกลับคืน 323 ชุด

สายนันตร์ แสงวนิช. คดีการทารุณกรรมเด็กในเชียงใหม่ : การหารูปแบบแก้ไขและจัดการทางกฎหมาย. ปริญญาโทรัฐศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันการทารุณกรรมเด็กในจังหวัดเชียงใหม่ เช่น สารวัตรใหญ่ และสารวัตรสอบสวนของสถานีตำรวจในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ประชาสงเคราะห์จังหวัดเชียงใหม่ จิตแพทย์ นักกฎหมาย สื่อมวลชน ผู้พิพากษาคดีเด็กและเยาวชน และตัวแทนมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก ตัวแทนศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก จำนวน 12 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : คดีการทารุณกรรมเด็ก รูปแบบแก้ไข การจัดการทางกฎหมาย

นิยามศัพท์ :

1. การทารุณกรรมทางด้านร่างกาย หมายถึง การที่เด็กถูกทารุณกรรมจากผู้ใหญ่ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง หรือผู้เลี้ยงดู นายจ้าง ครู ด้วยการขู่ การเฉียดตีน การทุบตีอย่างทารุณ ปล่อยให้แมลงสัตว์กัดต่อย จงใจให้เด็กสูดควันพิษ ทำร้ายร่างกายด้วยของมีคม ของร้อน กักขังบริเวณ การผูกมัด การให้อาหารและน้ำ หรือวิธีการอื่นๆ ที่ทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บและขาดอิสรภาพ
2. การทารุณกรรมทางเพศ หมายถึง การปฏิบัติทางเพศ หรือการข่มขืนที่ฝ่ายกระทำซึ่งมีอายุมากกว่า โดยกระทำต่อเด็ก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจทางเพศให้กับตนเองโดยไม่คำนึงว่า การกระทำนั้นจะถูกต้องตามศีลธรรมหรือไม่
3. สภาวะทางจิตใจ หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกที่มีผลต่อความสามารถในการคิดใคร่ครวญที่แสดงออกให้เห็น และวัดได้โดยสังเกตจากปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและความประพฤติ

4. การปรับตัว หมายถึง ความพยายามของคนในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียดทางด้านจิตใจโดยกระบวนการของจิตใจที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติที่เรารู้จักกันในรูปของกลไกทางจิตและการใช้ความพยายามในการสร้างความสุขสงบให้กับจิตใจ ตลอดจนการใช้สิ่งประดับประคองอารมณ์ซึ่งการกระทำเหล่านี้อาจมีผลทำให้ความเครียดลดลงได้

5. เด็ก หมายถึง เด็กชายและเด็กหญิงที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี

6. ผู้เลี้ยงดู หมายถึง ผู้ปกครองตามกฎหมายและผู้ที่ได้รับมอบหมายให้มีภาระเลี้ยงดู

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์

ศุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์. ภาวะทางจิตสังคมของเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ ในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และมูลนิธิคุ้มครองเด็ก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศที่อาศัยอยู่ในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และมูลนิธิคุ้มครองเด็กจำนวน 10 ราย

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : ภาวะทางจิตสังคมของเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ

วิธีเก็บข้อมูล :

1. สัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับสภาพครอบครัวและความคิดเห็นต่อการดำเนินชีวิต

2. สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงออกเป็นปัญหาในด้านพฤติกรรม อารมณ์ สุขภาพร่างกาย การนอน การรับประทานอาหาร การเรียน และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3. ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับกลไกของการทารุณกรรมทางเพศต่อเด็ก

4. ให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การศึกษาสภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2536.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดา มารดาของเด็กอายุ 0-3 ปี (นับถึงวันที่คณะผู้ช่วยนักวิจัยไปสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล คือ ช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2534) ในทุกภาคของประเทศไทย

การสุ่มตัวอย่าง : แบ่งประชากรตามภาคภูมิศาสตร์เป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ แล้วสุ่มอย่างง่าย ภาคภูมิศาสตร์ละ 1 จังหวัด โดยจังหวัดนั้นต้องไม่เป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะคือ ไม่เป็นเมืองศูนย์กลางของภาค ไม่เป็นจังหวัดที่คนเชื้อชาติอื่นมากเป็นพิเศษ และไม่เป็นจังหวัดที่มีการอพยพย้ายถิ่น เข้า-ออกมากผิดปกติ ในแต่ละอำเภอสุ่มตำบล และหมู่บ้านมาศึกษา ยกเว้นอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาในทุกตำบล เนื่องจากมีครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-3 ปีในแต่ละตำบลน้อย โดยให้มีจำนวนครัวเรือนที่ศึกษาอำเภอละประมาณ 200 ครัวเรือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด ประมาณ 800 ครัวเรือน

ตัวแปรที่ศึกษา : ตัวแปรอิสระหรือตัวพยากรณ์ ได้แก่ องค์ประกอบด้านตัวเด็กและครอบครัวของเด็ก ความรู้และความพร้อมของพ่อแม่ในการมีบุตร สภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การให้นม การให้อาหาร การดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย การพาเด็กไปรับวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรค ความเชื่อในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตัวแรกเกิดของเด็ก น้ำหนักตัวเด็กที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเองในด้านต่างๆ การฝึกกิริยามารยาทและการอบรมเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : สัมภาษณ์บิดา หรือมารดาของเด็กที่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 0-3 ปี โดยการซักถามจากความจริงของพ่อแม่ที่มีต่อการเลี้ยงดู พัฒนาการของเด็กวัยต่างๆ กรณีที่เด็กยังเล็กมากก็ให้พ่อแม่ตอบตามความรู้ หรือประสบการณ์ที่พ่อแม่เคยพบมา และตามความรู้ของพ่อแม่ในการที่จะอบรมเลี้ยงดูลูกที่มีต่อพฤติกรรมที่ตั้งคำถามขึ้นมา โดยมีกรอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สัมภาษณ์ในการซักถาม

อรทัย คล้ายสุวรรณ. การเปรียบเทียบบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 0-5 ปี ที่มารับบริการระหว่างแผนกกุมารเวชศาสตร์ และหน่วยกุมารจิตเวช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : บิดาของบุตรวัย 0-5 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชศาสตร์ และหน่วยกุมารจิตเวช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ทั้งหมด 77 ราย

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจง

ตัวแปรที่ศึกษา : บทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร 0-5 ปี พฤติกรรมของบุตรทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ

วิธีเก็บข้อมูล : แจกแบบสอบถามให้กับบิดาของผู้ป่วยเด็กวัย 0-5 ปี ให้บิดาทำการตอบ ในรายที่บิดามีได้เป็นผู้พามาพบบริการเอง ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์กับมารดาและฝากแบบสอบถามซึ่งติดแสตมป์ไปกับมารดาผู้ป่วย เพื่อให้บิดาผู้ป่วยตอบและส่งกลับคืนทางไปรษณีย์

อรพรรณ เมฆสุกะ, อัมพร โอตระกุล และสุวัฒน์ ศรีสรณ์. ความซุกของปัญหาจิตเวชในประชาชน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 32(3):97-110,2530.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรทุกวัยในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 5 เขต คือ พญาไท พระโขนง ดุสิต บางรัก และบางเขน

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มครอบครัวละ 400 ครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา : ความซุกของปัญหาทางจิตเวชของประชาชนในช่วงอายุต่างๆ

วิธีเก็บข้อมูล : พยาบาลสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมให้เข้าใจแบบสอบถาม ไปสัมภาษณ์บิดาหรือมารดาในครอบครัวนั้นๆ ตามแบบ-สอบถาม

อรวรรณ ฐิตสุกวัฒน์. ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานอารมณ์เด็กก่อนวัยเรียน ณ แพลตดินแดง อาคารที่ 1-11 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่อาศัยในแฟลตดินแดงอาคารที่ 1-11 ถนนประชาสงเคราะห์ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 255 คน ที่เป็นเด็กคลอดปกติ ครอบงำหนด ไม่มีความพิการ ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ไม่มีลักษณะเด็กปัญญาอ่อน ภาวะโภชนาการปกติ สุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์และคลอดปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด ไม่มีอาการทางจิตประสาทที่เห็นเด่นชัด และมารดาอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับเด็ก

การสุ่มตัวอย่าง : แบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างประมาณจากอุบัติการณ์ของปัญหาที่ได้จากการศึกษาของแมคเควิด และคาร์ย์ ในเรื่องการวัดพื้นฐานอารมณ์เด็ก 3-7 ปี

ตัวแปรที่ศึกษา : พื้นฐานอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียน เพศ ลำดับการเกิดของเด็ก สถานภาพสมรสของมารดา ลักษณะอาชีพของมารดา การตอบสนองอารมณ์ของมารดา

วิธีเก็บข้อมูล : เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากบัตรบันทึกประวัติของโครงการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่อาศัยในแฟลตดินแดง อาคารที่ 1-3 และสำรวจเด็กตั้งแต่แฟลตที่ 1-11 อย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นได้ส่งใบนัดสัมภาษณ์มารดาของเด็กที่ได้คัดเลือกไว้ ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมภาษณ์มารดาของเด็กตามห้องของแต่ละคน โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 และได้อธิบายวิธีการและรายละเอียดในการตอบก่อน หลังจากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์ ในช่วงวันที่ 25 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2529

แบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด สุขภาพทั่วไป ความเจ็บป่วย ตลอดถึงประวัติการอยู่อาศัยร่วมบ้านของเด็กและมารดา

แบบสอบถามชุดที่ 2 มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของเด็กและมารดา

ส่วนที่ 2 การตอบสนองอารมณ์บุตรของมารดา มี 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพื้นฐานอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 100 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา แบ่งความถี่ของการแสดงพฤติกรรมออกเป็น 6 ระดับ คือ แทบจะไม่เคยกระทำเลย นานๆครั้งจึงกระทำ ปกติไม่ค่อยกระทำ ปกติ

กระทำบ้าง กระทำบ่อยๆ และกระทำเสมอเกือบเป็นประจำ พื้นฐานอารมณ์ที่วัดมี 9 ด้าน คือ ระดับกิจกรรม การปฏิบัติตัวเป็นเวลา ปฏิกริยาตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้าใหม่ ความสามารถในการปรับตัว ความรุนแรงของการตอบสนอง ลักษณะอารมณ์ ระดับสมาธิ และช่วงความสนใจ การหันเหความสนใจ และระดับความทนของประสาทรับรู้

อัมพล สุอำพัน. กลุ่มอาการทารุณเด็ก ใน วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ และอัมพล สุอำพัน (บก.)
จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. หน้า 310-317. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2530.

อินทิรา พัวสกุล และพนมศรี เสาร์สาร. สภาพชีวิตของเด็กยุคไฮเทคที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์. 17(10):653-659,2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : เด็กที่มีปัญหาและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมบุคลิกภาพและสุขภาพจิต

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) เด็กจำนวน 50 ราย ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาท
เชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2531-2534.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. การทารุณเด็กทางเพศ : รายงานผู้ป่วย 16 ราย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 36(8):583-
591, 2535.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ระหว่าง พ.ศ. 2526-2534 จำนวน 16 คน

การสุ่มตัวอย่าง : แบบเจาะจงผู้ป่วยที่มีประวัติแน่ชัดว่าถูกระงับทำทารุณ

ตัวแปรที่ศึกษา : สภาพจิตของผู้ป่วย, ปัญหาทางจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วย

วิธีเก็บข้อมูล : ศึกษาจากประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย

อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, กุศล สุนทรชาติ และศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. แบบแผนการเลี้ยงดูลูกของพ่อที่เป็น
เป็นคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานคร. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 222. กรุงเทพมหานคร :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : คนงานชายและคนงานหญิงที่มีสามีเป็นคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีลูก 0-12 ปี ในกรุงเทพมหานคร
และจังหวัดใกล้เคียง (ปทุมธานี สมุทรปราการ นครปฐม และนนทบุรี)

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างง่าย สุ่มโรงงานจากบัญชีรายชื่อโรงงานอุตสาหกรรมของกรมแรงงาน 40 โรงงาน สุ่มคณงานในโรงงาน
455 คน

ตัวแปรที่ศึกษา : พฤติกรรมการเลี้ยงดูลูก การปฏิบัติตัวของพ่อที่เป็นคณงาน ทักษะคิดต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

วิธีเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดสนทนากลุ่ม

อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์. บันทึกสถิติผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ไม้ได้ตีพิมพ์, 2542.

เอนก ขมจินดา. แง่คิดกฎหมายต่อปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งทารุณกรรม. เวชสารแพทย์ทหารบก. 44(9):
165-172,2534.

Wongchai, Y. Child Abuse and Neglect in Thailand : Working Children and Abandoned Children.
In Prevention and Protection of Working Children and Abandoned Children. Second Asian Regional
Conference on Child Abuse and Neglect. Country Reports and Case Studies. 8-13 February 1988 Bangkok,
Thailand.

บทที่ 7

สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส

สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส

ประเทศไทยได้ลงนามรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้องและการพัฒนาเด็ก (World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children) ร่วมกับนานาประเทศทั่วโลกเมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2534 และจัดทำปฏิญญาเพื่อเด็กไทย โดยมีหลักการว่า เด็กทุกคนสมควรที่จะได้รับการพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพ ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานและการคุ้มครองให้พ้นจากการถูกเอารัดเอาเปรียบของบุคคลและสังคม เด็กทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กด้อยโอกาสในลักษณะใดก็ตาม จะต้องได้รับการพัฒนาตามหลักการนี้ ในปี พ.ศ. 2538 กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ได้ดำเนินการสำรวจระดับครัวเรือนทั่วประเทศ ประมาณการว่าเด็กอายุ 0-14 ปี จำนวน 6.029 ล้านคนอยู่ในครอบครัวยากจน เป็นเด็กกำพร้า 350,191 คน เป็นเด็กถูกทอดทิ้ง 112,426 คน เป็นเด็กพิการทางกายหรือจิต 467,671 คน และเด็กชนกลุ่มน้อย 211,289 คน (กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538 อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ และคณะ, 2541) เพื่อความเข้าใจปัญหาทางสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ และความต้องการการบริการจากภาครัฐ ในบทนี้จะทบทวนสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ด้อยโอกาส ได้แก่ เด็กพิการ เด็กที่ย้ายถิ่นตามพ่อแม่ซึ่งเป็นแรงงานอพยพ เด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง และเด็กที่อยู่ห่างไกล ได้แก่ เด็กชาวเขา

เด็กพิการ

จำนวนเด็กพิการ การสำรวจระดับครัวเรือนของกรมประชาสงเคราะห์ในปี พ.ศ. 2538 (อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ และคณะ, 2541) ประมาณการเด็กพิการทางกายและจิต อายุ 0-14 ปี ทั่วประเทศ 467,671 คน ในขณะที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2541) ได้ทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการในวัยเรียนและก่อนวัยเรียน เมื่อปี พ.ศ. 2540 และคาดประมาณผู้พิการอายุ 0-19 ปี ในประเทศไทย มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 66,585 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.38 ของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน ซึ่งน้อยกว่าของการสำรวจแรกถึง 8 เท่า จำนวนผู้พิการอายุ 0-19 ปี ในเขตชนบท จากการแจงนับและปรับด้วยอัตราการตกแจงนับแล้วเท่ากับ 52,220 คน ร้อยละ 18 เป็นเด็กอายุแรกเกิด - 4 ปี

จากการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลที่ปรากฏในภาคผนวกของรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2541) จำนวนเด็กพิการอายุแรกเกิด - 5 ปี ในเขตชนบททั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 11,305 และ 2,076 คน ตามลำดับ โดยมีลักษณะความพิการแสดงตามตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7.1 จำนวนเด็กพิการอายุแรกเกิด - 5 ปี ในเขตชนบททั่วประเทศและในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามประเภทความพิการ พ.ศ. 2540

ประเภทความพิการ	เขตชนบททั่วประเทศ	กรุงเทพมหานคร
การได้ยิน	1,460	595
มองเห็น	549	116
กายหรือการเคลื่อนไหว	2,932	366
จิตใจหรือพฤติกรรม	58	78
สติปัญญา	2,644	400
ซ้ำซ้อน	3,562	512
รวม	11,205	2,067

แหล่งข้อมูล : จากโครงการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการฯ ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2541

เนื่องจากไม่สามารถแยกข้อมูลของเด็กพิการอายุแรกเกิด - 5 ปี ในเขตเมืองทั่วประเทศจากรายงานได้ จึงไม่สามารถสรุปตัวเลขประมาณการของจำนวนเด็กพิการอายุแรกเกิด - 5 ปี ทั่วประเทศไทยได้ มีเพียงตัวเลขจากรายงานการสำรวจ 1 อำเภอในชนบทภาคใต้เมื่อปี พ.ศ. 2533-2534 (Pongprapai et al, 1996) พบว่าอัตราความชุกของเด็กพิการอายุ 0-5 ปีที่วินิจฉัยยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญเท่ากับร้อยละ 1.09 เป็นชายร้อยละ 1.19 หญิงร้อยละ 0.98 หนึ่งในสามเป็นความพิการทางสมอง หนึ่งในสามเป็นความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หากใช้ตัวเลขความชุกนี้ และตัวเลขประชากรเด็ก 0-4 ปี ที่ประมาณโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข จะประมาณได้ว่ามีเด็กพิการอายุ 0-4 ปีทั่วประเทศเท่ากับ 58,123 คน ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

สถานะสุขภาพ จากการทบทวนไม่พบการศึกษาสถานะสุขภาพของเด็กพิการ หากอิงตามคำนิยามที่ใช้ในรายงานของ Pongprapai et al (1996) ก็ถือว่าเด็กพิการอายุ 0-5 ปีทุกรายมี handicap เนื่องจากเด็กปกติในวัยนี้ต้องการการดูแลจากผู้ใหญ่อยู่แล้ว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความพิการ จากผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2534) ซึ่งศึกษาเด็กและเยาวชนพิการอายุ 0-25 ปี ที่มารับบริการจากหน่วยงานของรัฐ ระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2530 จำนวน 1,240 คน เป็นเด็กพิการอายุ 0-5 ปี จำนวน 70 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (ไม่ได้แสดงผลจำแนกตามอายุ) พบว่า ร้อยละ 41 ไม่เคยได้รับการตรวจครรภ์ขณะตั้งครรภ์ เด็กคนนี้ ร้อยละ 47.7 มารดาคลอดเด็กที่บ้าน ร้อยละ 75 ของเด็กทั้งหมดเป็นการเกิดปกติ มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม หรือต่ำกว่าร้อยละ 25.8 บุคคลที่สังเกตพบความผิดปกติของเด็กและเยาวชนพิการจากรายงานข้างต้นส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 77) เพียงร้อยละ 0.8 ที่สังเกตพบโดยแพทย์หรือพยาบาล โดยร้อยละ 15.4 สังเกตพบตั้งแต่แรกคลอด การบกพร่องของการมองเห็นจะสังเกตเห็นที่แรกคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 31) รองลงมาคือการบกพร่องทางร่างกาย เกิดบครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 45.7) สังเกตพบเมื่ออายุ 1-6 ปี โดยเฉพาะความพิการของการได้ยินและความพิการทางสติปัญญา มีเพียงร้อยละ 28 ของผู้ที่ทราบประวัติได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ 5 ครั้ง มีถึงร้อยละ 20 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย

ความพิการส่วนหนึ่งเกิดจากโรคที่ป้องกันได้หรือรักษาไม่ให้เกิดความพิการได้ จากการศึกษาเด็กนักเรียนโรงเรียนสอนคนตาบอด วิทยาโท ในปีการศึกษา 2529 จำนวน 141 คน เป็นตาบอดจากโรคที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของตาตำร้อยละ 51 ต้อกระจกแต่กำเนิด และต้อหิน (สภาวะรัตน์ และรุ่งทิพย์, 2530) การศึกษาย้อนหลังเด็กที่มาตรการด้วยปัญหาหูตึงในวัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 219 ราย มีสาเหตุจากประสาทหูพิการมากที่สุด (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสมและขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 19.2) ซึ่งสามารถป้องกันได้หากได้พบแพทย์และได้รับเครื่องช่วยฟังก็จะมีโอกาสพัฒนาทางการพูดได้ตามวัยหรือได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวัย (จงพัฒนา และคณะ, 2535) จากการตรวจประเมินเด็กพิการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ก็พบเช่นกันว่าร้อยละ 34 ของความพิการป้องกันได้โดยการได้รับการดูแลสุขภาพมารดาและทารกที่มีคุณภาพ (โดยการฝากครรภ์ การคลอดในสถานพยาบาลและการให้ภูมิคุ้มกันโรค) และร้อยละ 85 จะลด handicap ได้มาก หากได้รับการส่งต่อไปดูแลในสถานพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (Pongprapai et al, 1996)

การบริการสำหรับเด็กพิการ ในการศึกษามารดาของเด็กปัญญาอ่อนที่พานุกรมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชานุกูล กมลวรรณ (2536) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.5) เพื่อให้บุตรได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม มีความต้องการให้ช่วยกระตุ้นพัฒนาการและฝึกทักษะให้บุตรสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (ร้อยละ 82) รองลงมาได้แก่ ช่วยรักษาให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเด็กปกติ (ร้อยละ 62.5) และต้องการคำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลบุตร (ร้อยละ 45) Pongprapai et al, (1996) สรุปว่า เด็กพิการในชุมชนมุสลิมในชนบทภาคใต้ เข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพน้อยมาก ส่วนใหญ่อยู่อย่างตามมีตามเกิด การวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2534) พบเช่นกันว่า สถานศึกษาความพิการเฉพาะทางมีน้อยเกินไป มีความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้พิการในชนบทหรือท้องที่ห่างไกล โดยต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การตรวจรักษาและคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ต้องการให้รัฐจัดทุนอุดหนุนการศึกษา จัดบริการและแนะแนวการศึกษาต่อ และอาชีพ โดยส่วนใหญ่ต้องศึกษาที่โรงเรียนในหมู่บ้านที่คนอาศัยอยู่มากที่สุด ต้องการการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสิทธิเช่นเดียวกับคนไม่พิการ ต้องการได้รับการด้านสาธารณสุขไปไกลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และต้องการที่จะมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น

ปัจจุบันกรมประชาสงเคราะห์มีสถานสงเคราะห์สำหรับเด็กพิการ 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพิการทางสมองและปัญญา อупกระดูกแรกเกิดถึง 7 ปี สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา รับเด็กอายุ 7-18 ปี และสถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ รับเด็กอายุ 7-18 ปี นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานของรัฐในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขให้บริการเด็กพิการที่มีปัญหาทั่วไปและปัญหาพิการเฉพาะด้าน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป หน่วยงานในสังกัดของกระทรวงศึกษา เพื่อให้การศึกษาแก่เด็กที่มีปัญหาพิเศษและหน่วยงานของเอกชนในรูปแบบของมูลนิธิต่างๆ ได้แก่ โรงเรียนสอนคนตาบอดของมูลนิธิช่วยคนตาบอด

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบแก่เด็กและเยาวชนที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายและสติปัญญา (สชช., 2534) สอดคล้องกันว่าปัญหาและอุปสรรคที่ประสบมากที่สุดคือ งบประมาณค่อนข้างจำกัด รองลงมาคืออุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ไม่เพียงพอ และไม่ทันสมัย ขาดความรู้และความร่วมมือจากบิดามารดาและผู้ปกครองของผู้พิการและบุคลากรไม่เพียงพอ

การฟื้นฟูเพื่อให้เด็กพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเชิงคนทั่วไปได้ ต้องการความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐในการจัดสวัสดิการให้เพียงพอแก่ผู้พิการ และชุมชนที่จะต้องร่วมมือกันฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชนของตนเอง ดังโครงการฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชนอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งทำให้เด็กพิการมีพัฒนาการดีขึ้น สามารถเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติในวัยเดียวกันได้ (รัชติกร, 2531) เรื่องที่รัฐควรทำเป็นนโยบายเร่งด่วน คือ การผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญสำหรับให้บริการฟื้นฟูแก่ผู้พิการให้เพียงพอและกระจายการบริการให้ครอบคลุมแก่ผู้พิการในชนบท พร้อมทั้งฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพให้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะพิการ สามารถวินิจฉัยภาวะที่จะก่อให้เกิดความพิการได้แต่เนิ่นๆ และให้การรักษาเพื่อป้องกันความพิการได้ สามารถให้คำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพได้และส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรให้งบประมาณสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้พิการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตที่พึ่งตนเองได้ ประกอบอาชีพได้เหมาะสม และจัดบริการสาธารณะที่เอื้อต่อคนพิการตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญด้วย

ลูกคนงานก่อสร้าง

ในช่วงทศวรรษของเศรษฐกิจฟองสบู่ที่ผ่านมา มีการขยายตัวของอุตสาหกรรมอย่างมาก ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ได้เติบโตอย่างรวดเร็ว มีการก่อสร้างอาคารสูงที่เป็นสำนักงานและที่อยู่อาศัยมากมายในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ๆ ทั่วประเทศ กลุ่มคนที่เป็นฐานของความสำเร็จในการก่อสร้างคือกรรมกรบ้านช่องเหล่านี้คือ คนงานก่อสร้าง กลุ่มคนเหล่านี้มีสถานภาพทางสังคมที่ตกอยู่ในวงจรของความด้อยโอกาส คือการศึกษา ไร้ฝีมือ ค่าแรงต่ำ และยากจน สังคมให้ความสนใจในคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของคนกลุ่มนี้น้อย ทำให้สูญเสียโอกาสที่จะพัฒนาให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้มแข็ง เพื่อร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนของสังคมไทย ข้อมูลจากกองวิชาการ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในปี พ.ศ. 2535 มีคนงานก่อสร้างในบริษัทที่จดทะเบียนกับกรมแรงงาน 199,889 คน ร้อยละ 67 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แต่เนื่องจากมีบริษัทก่อสร้างขนาดเล็ก ที่มีคนงานจำนวนน้อยอีกจำนวนมาก ที่มีได้จดทะเบียน จึงประมาณการว่าจำนวนแรงงานก่อสร้างน่าจะมากกว่า 2 ล้านคน (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2542ก) หลังวิกฤตเศรษฐกิจจำนวนคนงานก่อสร้างทั่วประเทศจากสถิติการตรวจแรงงานมี 139,773 คน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2542) คนงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานอพยพมาจากชนบท (ทั้งตามฤดูกาลและจากการที่มีรายได้จากอาชีพเกษตรกรรมไม่พอเลี้ยงครอบครัว) ต้องกลับไปประกอบอาชีพดั้งเดิมในภูมิลำเนา อย่างไรก็ตาม ปัญหาภาวะการอพยพแรงงานนี้จะย้อนกลับมาอีกครั้งเมื่อภาวะเศรษฐกิจฟื้นตัวขึ้น จึงควรจะศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมาเพื่อวางแผนรองรับและป้องกันปัญหาสุขภาพของคนกลุ่มนี้

ลักษณะครอบครัวคนงานก่อสร้าง

เนื่องจากคนงานต้องอพยพตามแหล่งก่อสร้าง คนงานเหล่านี้ส่วนหนึ่งต้องจากครอบครัวแยกมาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนใหม่ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างไทย (ศิริพร, 2541) พบว่าลักษณะความสัมพันธ์กับครอบครัว (พ่อ-แม่-ลูก) มีได้ 3 ลักษณะ คือ

1. เมื่อคนงานหญิงตั้งครรภ์ก็จะกลับไปคลอดที่บ้าน เลี้ยงลูกอ่อนระยะหนึ่งแล้วฝากเด็กไว้กับตา ยายของเด็ก ตัวคนงานหญิงกลับมาทำงานก่อสร้างอยู่กับสามี
2. คนงานหญิงจะไม่กลับบ้าน จะคลอดลูกและเลี้ยงลูกในที่พักคนงาน จนลูกโตถึงวัยเข้าโรงเรียน จะส่งลูกกลับไปอยู่กับญาติเพื่อให้เด็กเข้าเรียนหนังสือ
3. ฝ่ายชายเท่านั้นที่อพยพไปทำงานก่อสร้าง ส่วนภรรยายังคงอยู่เลี้ยงลูกที่บ้านเดิม

ลักษณะครอบครัวของแรงงานก่อสร้างดังกล่าว โดยเฉพาะประเภทที่เด็กเกิดและเติบโตในที่พักคนงานซึ่งแออัดสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมและไม่มีสุขอนามัย สภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มักมีความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของเด็กลูกคนงานก่อสร้างเป็นอย่างยิ่ง

ผู้ทบทวนได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลโครงการการศึกษาปีมหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2537-8 โดยได้รับอนุเคราะห์ฐานข้อมูลจากหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ การสำรวจนี้ทำในคนงานก่อสร้างโครงสร้าง-ฐานรากที่พักอยู่ในแหล่งก่อสร้าง 5 พื้นที่ทั่วประเทศ (8 จังหวัด) จำนวน 184 แห่ง สัมภาษณ์คนงานก่อสร้าง 3,612 คน เป็นชาย 2,409 คน (ร้อยละ 66) หญิง 1,203 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-39 ปี (พิสัย 11-71 ปี) ผู้ที่เคยสมรสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) เคยคุมกำเนิด ผู้ที่ยังอยู่กินด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 13.5 ไม่เคยคุมกำเนิด และร้อยละ 9.6 ไม่ได้คุมกำเนิดในปัจจุบัน สำหรับคนงานสตรีในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-44 ปี) ทั้งสิ้น 1,084 คน ร้อยละ 77.3 มีการคุมกำเนิด โดยใช้ยากิน ร้อยละ 43.3 ทำหมันหญิงร้อยละ 28.4 ใช้อุปกรณ์ร้อยละ 17.9 และใส่ห่วงคุมกำเนิดร้อยละ 5.3

ขณะสำรวจมีคนงาน 146 คน (ร้อยละ 4) ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93) ผ่าครรภ์เมื่อตั้งครรภ์บุตรคนนี้ ครั้งหนึ่งคลอดระหว่างที่ยังทำงานก่อสร้าง (ไม่ได้หยุดงานเมื่อใกล้คลอด) และร้อยละ 22 ผ่าคนอื่นเลี้ยงดูลูก ดังแสดงในตารางที่ 7.2 อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้แยกกว่าเป็นการผ่าเลี้ยงช่วงกลางวันหรือผ่าเลี้ยงทั้งวัน จึงไม่สามารถบอกได้ว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวนเท่าไรที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่

สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี ที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ในที่พักคนงานทุกวันมีร้อยละ 63.5 เมื่อโตถึงวัยเข้าเรียนยังคงอยู่กับพ่อแม่เพียงร้อยละ 47.6

สภาพแวดล้อมที่อยู่ของเด็กที่อาศัยในที่พักคนงาน จากการศึกษาการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 15 ขวบ ในชุมชนปกติ ชุมชนแออัดและชุมชนก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปี 2534 (โครงการส่งเสริมและเผยแพร่งานวิชาการพัฒนาชุมชน, มปป.) พบว่าเด็กในชุมชนก่อสร้างมีสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง แม้เมื่อเทียบกับชุมชนแออัดที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ก็ยังต่ำกว่ากันมากทั้งในด้านการถ่ายเทของอากาศ มีฝุ่นและแมลง มีน้ำขังเฉาะเฉาะ ไม่มีพื้นที่ว่างให้เด็กเล่น ขาดอากาศบริสุทธิ์บริเวณบ้าน มีฝุ่นละอองมาก มีเสียงดังขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด และอุณหภูมิภายในที่พักไม่เหมาะสมกับเด็ก

การเลี้ยงดูเด็ก จากการทำสถิติวิเคราะห์ข้อมูลจากโครงการสำรวจคนงานก่อสร้างโครงสร้างฐานรากที่พักอยู่ในแหล่งก่อสร้าง 5 พื้นที่ทั่วประเทศ (2538) ที่กำลังเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่า เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 87 หนึ่งในสามเลี้ยงลูกด้วยนมผง มีเพียงร้อยละ 9 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมชันทาน (ตารางที่ 7.2)

การได้รับวัคซีน เด็กอายุ 2 เดือนแรกได้รับวัคซีนครบตามกำหนดอายุมากที่สุด แต่ก็ยังเพียงร้อยละ 59.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) ที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุร้อยละ 90 เด็กอายุมากกว่า 2 เดือน ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดน้อยเพียงร้อยละ 21-33 (ตารางที่ 7.3) ยังมีเด็กจำนวนหนึ่งที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย

ตารางที่ 7.2 ร้อยละของคณงานก่อสร้างที่มีบุตรต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามการฝากครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร กับเขตพื้นที่ก่อสร้างที่สำรวจ

การคลอด กับการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี	กรุงเทพ มหานคร	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	ชายฝั่งทะเล ตะวันออก
ฝากครรภ์	97	94	96	86	95
คลอดระหว่างทำงานก่อสร้าง	55	65	42	43	45
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	82	100	79	88	80
เลี้ยงลูกด้วยนมผง	36	15	54	37	30
เลี้ยงลูกด้วยนมชั้นหวาน	6	18	4	6	10
ฝากคนอื่นเลี้ยง	31	13	25	19	13

แหล่งข้อมูล : การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคณงานก่อสร้าง พ.ศ. 2537-2538 ทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยผู้ทบทวน

ตารางที่ 7.8 ร้อยละของคณงานก่อสร้างที่มีบุตรต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามการรับวัคซีนของบุตร และอายุเด็ก (เดือน)

	อายุ (เดือน) ของบุตรคณงานก่อสร้าง (เป็นร้อยละ)				
	1-2 เดือน	3-4 เดือน	5-6 เดือน	7-10 เดือน	10 เดือนขึ้นไป
ไม่ได้รับ	14.8	0	0	9.5	0
ได้รับครบตามกำหนดอายุ	59.3	25	21.4	33.3	22.2

แหล่งข้อมูล : การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคณงานก่อสร้าง พ.ศ. 2533-2538 ทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยผู้ทบทวน

การเลี้ยงดูเด็กของแม่ในชุมชนก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลไม่ต่างจากชุมชนปกติและชุมชนแออัด (โครงการส่งเสริมฯ, นปป.) โดยมีการดูแลด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและสารพิษอยู่ในเกณฑ์สูง แต่การพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านความคิดสร้างสรรค์ ด้านจิตใจและด้านคุณธรรมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เด็กจะถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวมานานๆ และแม่ไม่มีเวลาเล่นกับลูกเลย ส่วนใหญ่ พ่อแม่จะทะเลาะกันให้เด็กเห็น ประมาณครึ่งหนึ่งจะใช้อารมณ์เวลาลงโทษเด็ก (วรรณวิมล, 2535) ในด้านการให้นม ร้อยละ 82 ให้ลูกดูดนมแม่เหลือง เพราะมีแพทย์ พยาบาลแนะนำ ที่เหลือบิบบิงเพราะคิดว่าเป็นของเสียหรือเชื่อว่าจะทำให้เด็กท้องเสีย ร้อยละ 44 ให้นมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 48 ให้นมแม่ร่วมกับนมผสม ร้อยละ 22 ให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 48 ให้นมแม่นาน 6 เดือน ถึง 1 ปี และร้อยละ 28 ให้นาน 1-2 ปี

สถานะสุขภาพของลูกคณงานก่อสร้าง มีการศึกษาสถานะสุขภาพของลูกคณงานก่อสร้างที่เป็นเด็กปฐมวัยน้อย จากการศึกษารวบรวม (2535) ในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี จากแหล่งก่อสร้าง 19 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 15.2 มีน้ำหนักแรกเกิด 2500 กรัม หรือน้อยกว่า (ได้จากการสอบถาม 79 ใน 100 คน จำน้ำหนักแรกเกิดได้) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ให้มีไม่เกินร้อยละ 7

ร้อยละ 45 มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 และร้อยละ 5 มีทุพโภชนาการระดับ 2 โดยเด็กหญิงขาดสารอาหารมากกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 65.9 เทียบกับร้อยละ 37.3) และช่วงอายุที่ขาดอาหารมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 4-6 ปี (ร้อยละ 58.8) ช่วงอายุแรกเกิดถึง 2 ปี พบร้อยละ 51.3 ช่วงอายุ 2-4 ปี พบร้อยละ 45.5 ตามลำดับ การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (โครงการส่งเสริมฯ, มปป.) พบว่าเด็กในชุมชนก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นโรคขาดสารอาหาร (เกณฑ์การวินิจฉัย) (ไม่สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย) ร้อยละ 18.3 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเด็กในชุมชนปกติ (ร้อยละ 44.6 และ 13.2) และชุมชนแออัด (ร้อยละ 45.7 และ 42.7) ในการศึกษาเดียวกันนี้ ทั้งนี้ไม่ได้มีรายละเอียดจำแนกตามอายุ หากเด็กในกลุ่มชุมชนก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยทารก ซึ่งเกือบทั้งหมดได้รับนมแม่ อาจอธิบายผลการศึกษาที่พบว่า ภาวะโภชนาการดีนี้ได้

สถานะสุขภาพของเด็กลูกแรงงานย้ายถิ่นที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร มีการศึกษาน้อยมาก ยูวดี (2536) ได้ศึกษาเด็กลูกแรงงานย้ายถิ่นในเขตอุตสาหกรรมเมืองแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี พบเช่นกันว่า ภาวะโภชนาการของเด็กกลุ่มนี้ต่ำกว่าเด็กไทยทั่วไป คือร้อยละ 65 มีภาวะโภชนาการปกติ (น้ำหนักเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536) ร้อยละ 32 มีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1 ร้อยละ 3 มีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 2

เด็กในชุมชนที่มีการจัดสวัสดิการศูนย์เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 12.5) ต่ำกว่าเด็กที่ถูกทิ้งไว้ในพื้นที่ต้นทางอพยพ (ร้อยละ 34) อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่แม่เลี้ยงดูเอง และบางคนมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2540) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะแหล่งเดียวและศึกษาไม่ถี่รอบคร่าว

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้นชี้ว่า ภาวะโภชนาการของเด็กลูกคนงานก่อสร้างยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ให้มีภาวะขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ 3 ไม่เกินร้อยละ 1 และต่ำกว่าเด็กทั่วไปวัยเดียวกันที่สำรวจในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งมีภาวะขาดสารอาหารระดับที่ 2 ร้อยละ 2 ระดับที่ 3 ร้อยละ 0.12 (วณิชชา, 2539)

เมื่อถามประวัติความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ยูวดี (2536) พบว่ามีเด็ก 13 ราย จาก 255 ราย (ร้อยละ 5) ป่วยด้วยโรคหัด ทั้งนี้มีประวัติว่าได้รับวัคซีนครบในขวบปีแรกร้อยละ 80 เด็กร้อยละ 19 เคยเจ็บป่วยจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุจากท้องร่วงมากที่สุด (ร้อยละ 48) รองลงมาคือ ปอดบวม (ร้อยละ 14.5) ชักจากไข้สูง (ร้อยละ 10) เป็นไข้เลือดออกร้อยละ 4 ไข้สมองอักเสบร้อยละ 2 และอุบัติเหตุคือน้ำร้อนลวก 1 ราย (ร้อยละ 2)

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าคนงานในแหล่งก่อสร้าง 5 พื้นที่ทั่วประเทศ (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2542ก) พบว่า มีการระบาดของไข้เลือดออก ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาเจ็บป่วยในเด็กถึงร้อยละ 32.5 ของแหล่งก่อสร้างในเขตสำรวจภาคใต้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบร้อยละ 3 ในเขตสำรวจตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเขตอื่นไม่พบ

พัฒนาการของเด็กลูกแรงงานย้ายถิ่น ยูวดี (2536) ได้ศึกษาเด็กลูกแรงงานย้ายถิ่นที่พำนักในเขตอุตสาหกรรม เมืองแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี นาน 3 เดือน - 5 ปี จำนวน 255 คน ตรวจวัดพัฒนาการของเด็กอายุ 1-5 ปี โดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยของอุดม และคณะ (2535) เมื่อกำหนดเกณฑ์ผ่านตามกิจกรรมที่เส้นอายุลากผ่านที่ร้อยละ 50-90 พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการรวมทุกหมวดไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 72 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผ่านเกณฑ์ด้านการชักกล้ามเนื้อมัดใหญ่มากที่สุด (ร้อยละ 87) รองลงมาคือการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านที่เด็กผ่านเกณฑ์ต่ำสุดคือ พัฒนาการด้านภาษาและการได้ยิน ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 46 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กคือ อายุเด็ก โดยเด็กอายุน้อยจะมีพัฒนาการดีกว่าเด็กอายุมาก และการช่วยเหลือสนับสนุนของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยบวก

บทบาทของชุมชนและการจัดบริการให้แก่เด็ก การศึกษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในชุมชน ก่อสร้าง 9 แห่ง (โครงการส่งเสริมฯ, มปป.) ไม่พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลเด็ก โดยผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครแต่อย่างใด กิจกรรมที่มีมักอยู่ในรูปของโครงการโดยองค์กรเอกชน เช่น ศูนย์เด็กเล็กเคลื่อนที่ของ มูลนิธิเด็ก เพื่อให้การศึกษาพื้นฐานแก่เด็กถูกรกรรกรก่อสร้าง จัดอาหารกลางวันพร้อมเผยแพร่ความรู้โภชนาการ ให้ความปลอดภัยแก่เด็กและพัฒนาเด็กให้มีอารมณ์ จิตใจ สติปัญญา เหมาะสมกับวัย โดยต้องเป็นโครงการที่มี ระยะเวลาก่อสร้างอย่างน้อยปีครึ่ง มีเด็กอย่างน้อย 20 คน ชุมชนกับบริษัทก่อสร้างต้องการและให้ความร่วมมือ ในการจัดตั้งศูนย์ (สุชาติ, 2529) ในชุมชนที่เป็นกรณีศึกษาเฉพาะ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2540) ที่บริษัทนายจ้างให้ความร่วมมือกับมูลนิธิแห่งหนึ่ง มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเพื่อสอนและให้อาหารพร้อมทั้ง บริการตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่เด็กอายุ 2-5 ขวบ

หน่วยงานที่ให้บริการของรัฐควรใช้โอกาสที่ภาวะแรงงานอพยพยังหาคิดอยู่นี้ ศึกษารูปแบบการให้ บริการที่มีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวแรงงานอพยพเหล่านี้ โดยประสานบริการทั้งทางสุขภาพและการศึกษา เพื่อให้เด็กลูกของแรงงานเหล่านี้ได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็ง ร่วมเป็นพลังที่สำคัญในการพัฒนา สังคมไทยต่อไป

เด็กถูกทอดทิ้ง

จำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ข้อมูลสถิติเด็กในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศไม่ได้สะท้อนสถานการณ์เด็กที่ถูกทอดทิ้งที่เป็นจริง เนื่องจากถูกจำกัดด้วยจำนวนเด็กที่รับได้ ยังมีเด็กที่ถูกทอดทิ้งในสังคมและตามโรงพยาบาลต่างๆ ที่ไม่มีรายงาน จึงทำให้ไม่สามารถประมาณการสถิติเด็กปฐมวัยที่ถูกทอดทิ้งได้ การสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์เมื่อปี พ.ศ. 2538 ประมาณการเด็กอายุ 0-14 ปี ที่ถูกทอดทิ้งทั่วประเทศเท่ากับ 112,426 คน และเด็กกำพร้า 350,191 คน (จันทร์เพ็ญและคณะ, 2541) จากการสำรวจจำนวนเด็กทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในโรงพยาบาลศูนย์ สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ 40 แห่งทั่วประเทศ (ไม่มีรายละเอียดว่ารวมโรงพยาบาลประเภทไหน) พบว่ามีเด็กทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้ง 100, 90, 120 คนต่อารตลอด 100,000 รายในปีพ.ศ. 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ แม้จะเป็นตัวเลขจากโรงพยาบาลเพียง 40 แห่ง และถึงเดือนมิถุนายน 2541 เท่านั้น ก็ยังแสดงแนวโน้มของการทอดทิ้งเด็กแรกเกิดที่สูงขึ้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ (อารยา, 2542)

สาเหตุของการทอดทิ้งเด็ก เด็กที่ถูกทิ้งไว้ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ครั้งหนึ่งมาจากการทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาลหลังคลอด (อุไรวรรณ, 2534 อ้างถึงในรัตโนทัยและคณะ, 2537) ร้อยละ 14 เป็นเด็กกำพร้า ร้อยละ 11 เนื่องจากพ่อแม่มีฐานะยากจน ร้อยละ 1.8 เร่ร่อนหรือพลัดหลงกับผู้ปกครอง ร้อยละ 3 พ่อแม่ต้องโทษ (ข้อมูลของกรมประชาสงเคราะห์ พ.ศ. 2539, อ้างถึง ใน สมท่อน, 2540) สุภารัตติ (2535) จึงได้ศึกษามารดานอกสมรสที่มากลอบบุตรที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยได้สรุปจากการสังเกตท่าทีของมารดาที่ไม่สนใจบุตร ไม่มีการเตรียมตัวสำหรับบุตร เหม่อลอย วิตกกังวล ซึมเศร้า ปิดบังข้อมูลส่วนตัว ไม่ฝากครรภ์ และไม่มีญาติมาเยี่ยมว่า ร้อยละ 81 มีแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตรไว้ในโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตรได้แก่ การตั้งครรถ์จากการถูกข่มขืนและการที่ถูกสามีทอดทิ้งอย่างถาวร (ร้อยละ 100) การตั้งครรถ์ขณะที่กำลังศึกษามีแนวโน้มทอดทิ้งบุตรร้อยละ 67 มารดาที่ไม่มีรายได้ หรือรายได้ต่ำมากมีแนวโน้มทอดทิ้งบุตรร้อยละ 60 ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สภาพอารมณ์ ความคิดเห็นต่อสามี ความคิดเห็นต่อการตั้งครรถ์และต่อบุตรครรถ์นี้ สัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเดิมและครอบครัวสามี และการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรถ์และคลอดบุตรคนนี้ อย่างไรก็ตาม

การตัดสินใจแนวโน้มนำการทอดทิ้งบุตรกระทำโดยอาศัยความรู้สึกของผู้วิจัยแต่ผู้เดียว ซึ่งอาจลำเอียงได้เนื่องจากเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องหลังของมารดาด้วย อีกทั้งงานวิจัยนี้ไม่ได้หาความสัมพันธ์ของแนวโน้มนำการทอดทิ้งบุตรจริง

จากข้อมูลขององค์การเอกชนสหทัยมูลนิธิ พบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มาถูกลงโทษในระหว่าง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นมารดาที่รับภาระเพียงผู้เดียว โดยมีปัญหาตั้งครรถ์นอกสมรส ย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงาน หรือเรียนหนังสือตามเมืองใหม่ มีการศึกษาน้อย หรือมีรายได้ต่ำ ตั้งครรถ์ขณะอายุ 15-20 ปี แยกทางหรือหย่าร้าง ถูกข่มขืนหรือตั้งครรถ์กับคนในครอบครัว และสามีหรือภรรยาตายจาก นอกจากนี้เด็กยังเป็นกำพร้าจากภัยธรรมชาติ เช่น ปี 2532 ที่เกิดอุทกภัยในภาคใต้ และปี 2533 ที่เกิดภัยพิบัติจากใต้ฝุ่นเกย์เป็นต้น (จินตนา นนทเปาระยะ 2531 อ้างถึงใน อุ๋นตา, 2535) และกำพร้าจากการที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ซึ่งคาดประมาณว่าจะมีจำนวนสะสมสูงถึง 30,485 คน ในปี พ.ศ. 2544 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, อ้างถึงใน อภริณี, 2541) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่สามารถระบุได้ว่า เด็กกำพร้าจากบิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นสัดส่วนเท่าใดของเด็กกำพร้าทั้งหมด

พัฒนาการของเด็กที่ถูกทอดทิ้ง

เนื่องจากสถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและเอกชนมีเจ้าหน้าที่ที่เลี้ยงเด็กไม่พอเพียงกับจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้งให้อุปการะ ทำให้ดูแลเด็กได้ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีการเติบโตผิดปกติ มีภาวะทุพโภชนาการ เจ็บป่วยบ่อย โดยเฉพาะโรคทางเดินหายใจ โรคหุ้่น้ำหนว และมิพัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน

จากการศึกษาเด็กอายุแรกเกิดถึง 3 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท โดยใช้ Denver Development Screening Test ที่ปรับสำหรับเด็กไทย รัตโนทัย และคณะ (2537) พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ร้อยละ 89.3 มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ร้อยละ 87.5 มีพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเองล่าช้า ร้อยละ 80.3 มีพัฒนาการด้านการใช้มือและปัญญาล่าช้า และร้อยละ 72.5 มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากการขาดความรักและความเอาใจใส่ในการให้ความรักและความอบอุ่น การอบรมพี่เลี้ยงเด็กและการจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเข้มข้น จึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพัฒนาการให้ดีขึ้น (รัตโนทัย และคณะ, 2537 และ สุมาลี, 2537) การศึกษาจากสถานสงเคราะห์บ้านเด็กเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ก็พบเช่นกันว่า ร้อยละ 84 มีพัฒนาการช้า (ใช้แบบวินิจฉัยคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี, Diagnostic Inventory Screening for Children) และร้อยละ 65 มีวุฒิภาวะทางสังคมต่ำกว่าเกณฑ์ (ใช้แบบทดสอบวุฒิภาวะทางสังคม, Vineland Social Maturity Scale) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ของพัฒนาการและวุฒิภาวะทางสังคมกับระยะเวลาที่มายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ พัฒนาการด้านที่ช้ามากที่สุดคือด้านภาษา ซึ่งผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่าอาจเป็นเพราะเด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษา เด็กได้รับการกระตุ้นน้อย เนื่องจากมีเด็กจำนวนมากแต่มีพี่เลี้ยงจำนวนน้อย ส่วนพัฒนาการด้านที่ช้าน้อยที่สุดคือ พัฒนาการด้านสังคมเนื่องจากสถานสงเคราะห์จะมีคนมาเยี่ยมและทักทายเด็กอยู่เสมอ (อากร, 2542) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่เลี้ยงดูที่บ้านพบว่าเด็กที่เลี้ยงในสถานสงเคราะห์มีพัฒนาการช้ากว่าเด็กที่เลี้ยงที่บ้าน โดยเฉพาะด้านภาษา จากการศึกษาของอภิญา (2530) ที่ศึกษาพัฒนาการทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและการใช้ประโยคในการสื่อสารของเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3-6 ปี) ที่เลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ และในครอบครัวปกติ จำนวน 160 คน โดยมาจากแหล่งละ 80 คน พบ

ว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในครอบครัวปกติ มีพัฒนาการทางภาษาด้านการใช้จำนวนถ้อยคำและการใช้ประโยคสูงกว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

จากงานวิจัยที่ทบทวนมานี้พอสรุปพัฒนาการของเด็ก ก่อนวัยเรียนที่เลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ว่ามีพัฒนาการช้าทางภาษาด้านจำนวนถ้อยคำและการใช้ประโยค ดังนั้นเด็กในสถานสงเคราะห์จึงควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา ผู้รับผิดชอบควรให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงถึงแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็ก และตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

สถานะสุขภาพของเด็กในสถานสงเคราะห์ จากข้อมูลของกรมประชาสงเคราะห์รวบรวมจากสถานสงเคราะห์เด็กอ่อน 8 แห่งทั่วประเทศ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2538-2542) จำนวนเด็กอายุ 0-6 ปี ที่รับไว้ในสถานสงเคราะห์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก อยู่ในพิสัย 1,433-1,555 คน แต่จำนวนครั้งที่เด็กได้รับการดูแลสุขภาพสูงขึ้นจาก 4,951 ครั้ง เมื่อปี พ.ศ. 2538 (เฉลี่ย 3.5 ครั้ง/คน/ปี) เป็น 7,988 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2542 (เฉลี่ย 5.5 ครั้ง/คน/ปี) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือโรคทางเดินหายใจ รองลงมาคือโรคของหู คอ จมูก (ตารางที่ 7.4) หากรวม 2 ปัญหาซึ่งเป็นปัญหาของระบบเดียวกันแล้วจะเป็นครึ่งหนึ่งของสาเหตุการป่วยของเด็กในสถานสงเคราะห์ และมีจำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคนี้อันเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3-4 เท่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา รองลงมาคือโรคของระบบทางเดินอาหารซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเกือบสองเท่า ทั้งสองปัญหานี้ส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้ โดยการระวังเรื่องสุขอนามัยของเด็กและพี่เลี้ยง รวมทั้งการมีห้องสำหรับแยกเด็กเมื่อเจ็บป่วยออกจากเด็กที่ไม่ป่วย มีข้อน่าสังเกตว่า การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แสดงถึงการเอาใจใส่ในส่วนนี้ของเจ้าหน้าที่เนื่องจากวิธีรายงานที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าเด็กกลุ่มนี้มีสถานะสุขภาพต่างจากเด็กทั่วไปอย่างไร

การบริการสังคมแก่เด็กที่ถูกทอดทิ้ง จินตนา นนทะเปารยะ 2530 (อ้างถึงใน สมท่อน, 2540 ได้) แบ่งการบริการแก่เด็กที่ถูกทอดทิ้งเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การดูแลเด็กในระบบสถานสงเคราะห์ (Institutional Care) เป็นการให้ความช่วยเหลือเด็กโดยเลี้ยงดูในระบบเลี้ยงรวมมีพี่เลี้ยงหรืออาสาสมัครดูแลเด็ก หน่วยงานรัฐที่ให้บริการ เช่น สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ด ฯลฯ ส่วนหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการ เช่น มูลนิธิมิตรมวลเด็ก สถานคริสเตียนสงเคราะห์เด็กกำพร้า มูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าของสตรีไทยมุสลิมแห่งประเทศไทย วัดสระแก้ว ฯลฯ การเรียนรู้ของเด็กในสถานสงเคราะห์จะแตกต่างจากเด็กอื่นๆ ทั่วๆ ไป เพราะสังคมที่แคบ ไม่รู้สภาพสังคมภายนอกที่แท้จริง เด็กที่อยู่สถานสงเคราะห์นานๆ จะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอกได้ยาก และมักจะมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ การดูแลเด็กในระบบนี้มีข้อดีคือ สามารถเลี้ยงดูเด็กได้ครั้งละมากๆ แต่มีข้อเสียคือ เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลเอาใจใส่เด็กทุกคนได้อย่างทั่วถึง

ตารางที่ 7.4 การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยเด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กแรกเกิด - 6 ปี

โรคที่เป็น	ปี 2538		ปี 2539		ปี 2540		ปี 2541		ปี 2542	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผื่นหนัง	428	8.64	491	10.69	626	6.82	614	7.79	585	7.37
2. ตา	145	2.93	219	4.77	251	2.73	232	2.94	242	3.05
3. หู คอ จมูก	760	15.35	1,017	22.13	2,024	22.05	1,861	23.62	1,707	21.52
4. เหวือกและฟัน	84	1.70	162	3.53	201	2.19	159	2.02	119	1.50
5. หัวใจและกระโหลกเวียนเลือด	56	1.13	55	1.19	53	0.58	69	0.88	61	0.78
6. โรคเลือด	-	-	-	-	137	1.49	21	0.27	17	0.21
7. ทางเดินหายใจ	1,801	36.38	1,640	35.69	3,198	34.84	2,901	36.81	3,075	38.76
8. ทางเดินอาหาร	628	12.68	567	12.34	1,020	11.11	1,132	14.37	1,098	13.84
9. ทางเดินปัสสาวะ	137	2.77	-	-	61	0.66	49	0.62	42	0.53
10. สูติ-นรีเวช	25	0.51	-	-	27	0.29	-	-	-	-
11. กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ และกระดูก	65	1.31	42	0.91	57	0.62	56	0.76	51	0.64
12. คอมพิวเตอร์	2	0.04	7	0.15	9	0.10	16	0.20	15	0.19
13. โรคสมองและระบบประสาท	7	0.14	33	0.72	24	0.26	34	0.43	24	0.30
14. โรคทางจิตเวชศาสตร์	8	0.16	15	0.32	48	0.52	17	0.22	25	0.32
15. โรคติดเชื้อ	2	0.04	36	0.78	-	-	66	0.84	25	0.32
16. อุบัติเหตุ	243	4.91	276	6.01	391	4.26	172	2.18	205	2.58
17. อื่นๆ เช่น เหา อีสุกอีใส ตรวจสุขภาพทั่วไป	560	11.31	35	0.76	1,052	11.46	481	6.10	642	8.09
รวม	4,951	100	4,595	100	9,179	100	7,880	100	7,933	100
จำนวนเด็กที่รับไว้ใน สถานสงเคราะห์ (ราย)	1,433		1,461		1,555		1,455		1,455	

หมายเหตุ : เด็กบางคนอาจเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2543

2. การดูแลเด็กในระบบครอบครัวอุปถัมภ์ (Foster Family Care) บางแห่งอาจจะเรียกว่า “การฝากเลี้ยงตามบ้าน” หรือ “ครอบครัวอุปถัมภ์” หน่วยงานที่ให้บริการได้แก่ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย เด็กกำพร้าจะได้รับการเลี้ยงดูแบบชั่วคราวจากครอบครัวที่แจ้งความจำนงขอรับเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งต้องผ่านการคัดเลือกแล้วว่า เหมาะสมที่จะเลี้ยงดูเด็กได้ โดยมีรูปแบบการรับเงินค่าตอบแทนจากการเลี้ยงดูเป็นรายเดือน และรูปแบบการไม่รับเงินค่าตอบแทน การให้บริการลักษณะนี้ มีแนวความคิดที่จะให้เด็กได้เติบโตอยู่กับครอบครัวเพื่อจะได้รับความรัก ความอบอุ่น มีคนดูแลเอาใจใส่เหมือนอยู่บ้านของตนเอง แต่ก็มีผลเสียคือ เด็กอาจจะขาดโอกาสที่จะเป็นบุตรบุญธรรม และอาจจะรู้สึกมีปมด้อย เพราะต้องมีนักสังคมสงเคราะห์มาเยี่ยมเป็นประจำ และเป็นผู้มีสิทธิ์พิจารณาเกี่ยวกับชีวิตของเขาได้มากกว่าคนอื่น ซึ่งอาจจะสร้างความรู้สึกแก่เด็กได้ว่าตนแตกต่างจากเด็กคนอื่นๆ

ในปีงบประมาณ 2538 มีเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบครอบครัวอุปถัมภ์จำนวน 482 ราย เป็นชาย 244 ราย หญิง 238 ราย ในจำนวนนี้มีเด็กถูกทอดทิ้งอยู่ 148 ราย (กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย, 2538)

3. การดูแลเด็กในระบบหมู่บ้าน (Children's Village) หน่วยงานรัฐที่ให้บริการได้แก่ สถานสงเคราะห์เยาวชนมูลนิธิมหาราช ส่วนหน่วยงานภาคเอกชนที่ให้บริการ ได้แก่ โสสะมูลนิธิ การเลี้ยงดูเด็กกำพร้าแบบนี้มีแนวคิดที่จะให้เด็กอยู่กับครอบครัวโดยสร้างบ้านเป็นหลังๆ แบบหมู่บ้านในบริเวณเดียวกัน เด็กกำพร้าจะได้อยู่แบบพี่น้องจำนวนบ้านละ 9-11 คน เพื่อให้เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ คือ มีพ่อแม่ พี่น้องเสมือนครอบครัว

จริงๆ มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยคาดหวังที่จะให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เมื่อเติบโตขึ้น เป็นการป้องกันปัญหาและพัฒนาเด็กให้เป็นเด็กที่มีคุณภาพ ได้รับการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการบริการทางสังคมที่อยู่ แต่ก็มีข้อเสียคือ ความเป็นอยู่จะแตกต่างกับชีวิตภายนอกที่แท้จริง เพราะเด็กเล็กมิได้สัมผัสกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกสถานที่สงเคราะห์ทำให้เด็กไม่มีความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ภายนอกได้ดีพอ

4. การดูแลเด็กในระบบครอบครัวบุญธรรม (Adoptive Family Care) หน่วยงานที่ให้บริการภาครัฐ ได้แก่ กรมประชาสงเคราะห์ ส่วนภาคเอกชนที่จดทะเบียนกับกรมประชาสงเคราะห์เพื่อจัดบริการดังกล่าว ได้แก่ มูลนิธิสงเคราะห์ของสภากาชาดไทย มูลนิธิสงเคราะห์เด็กพญา มูลนิธิสหทัยมูลนิธิ การรับเด็กให้เป็นบุตรบุญธรรมทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศเป็นการหาครอบครัวใหม่ทดแทนให้เด็กแบบถาวร เด็กจะได้ไปอยู่กับครอบครัวใหม่ที่แจ้งความจำนงขอเด็กไปเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งจะต้องผ่านการตรวจสอบ พิจารณาให้ขึ้นไปตามพระราชบัญญัติการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมปี พ.ศ. 2522 และผ่านการทดลองเลี้ยงดูเด็กไม่ต่ำกว่า 6 เดือนยกเว้นกรณีมีผู้ขอรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมเป็นญาติ หรือพร้อมบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ของผู้ที่จะเป็นบุตรบุญธรรม เพื่อให้เด็กได้อยู่กับครอบครัวที่เหมาะสม และเพื่อป้องกันการนำเด็กไปแสวงหาผลประโยชน์ แนวความคิดในการหาครอบครัวบุญธรรมให้กับเด็กได้กลับไปอยู่กับครอบครัว แม้จะมีใช้ครอบครัวที่แท้จริงก็ตาม แต่เด็กก็จะเติบโตอยู่ในสภาพที่ดีและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับความรักความเอาใจใส่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคมอย่างเต็มที่

การดูแลเด็กในระบบครอบครัวบุญธรรมนี้ ในทางทฤษฎีแล้วถือว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการสงเคราะห์เด็กกำพร้า แต่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ขอรับเด็กที่จะเป็นบิดามารดา เตรียมสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และชุมชน ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่เด็ก

ในปีงบประมาณ 2538 ได้อนุมัติให้จดทะเบียนรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมแก่ครอบครัวชาวไทย 3,347 ราย และครอบครัวชาวต่างประเทศ 302 ราย รวมจำนวน 3,649 ราย (กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย, 2538)

จากลักษณะการให้บริการสังคมแก่เด็กกำพร้าทั้ง 4 รูปแบบจะเห็นว่า รูปแบบการให้บริการในระบบสถานสงเคราะห์เป็นรูปแบบที่ต้องพัฒนาหาวิธีการให้บริการใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็ก โดยเฉพาะ การให้ความรักความอบอุ่นทดแทนแก่เด็กซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีต่อไป

อุ้นตา (2535) ได้ศึกษาสถานภาพและนโยบายเกี่ยวกับเด็กที่ถูกทอดทิ้ง โดยการสัมภาษณ์เด็กในสถานสงเคราะห์ของภาครัฐบาลและเอกชนร่วมกับการสังเกตในสถานที่ สรุปว่าในด้านวัตถุ สถานสงเคราะห์ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ดีถึงปานกลางและบางแห่งดีมาก แต่ในด้านการดูแลให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็กยังเป็นปัญหา เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย ได้เสนอแนะให้ชักชวนและจูงใจให้ประชาชนสนใจอาสาสมัครช่วยให้อาหารทางใจแก่เด็ก ถึงแม้ว่าเด็กถูกทอดทิ้งในเขตเมืองมีมากกว่าในชุมชนชนบทก็ควรจะต้องมีการกระจายขยายบริการสถานสงเคราะห์ของทั้งภาครัฐและเอกชนออกไปสู่ส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น สำหรับการป้องกัน ควรดำเนินการที่จุดทิ้งเด็ก เช่น โรงพยาบาล สร้างความผูกพันต่อสายโลหิต โดยให้เด็กอยู่กับแม่ทันทีหลังคลอด ตามโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์ แม่-ลูก และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้มีความไวในการสังเกตว่า หญิงคนใดมีลักษณะหรือแนวโน้มจะทิ้งเด็ก เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือได้ทัน

จากการศึกษาสาเหตุการตายของผู้เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2540 - 30 มิถุนายน 2541 ใน 6 จังหวัดของประเทศ คือ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช น่าน ระนอง กรุงเทพมหานคร และนครสวรรค์ (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2542ข) พบว่า โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อ HIV เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก (ครึ่งหนึ่งของ

การตายทั้งหมด) ของชายและหญิงอายุ 25-44 ปี และหญิงอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 27) และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามของชายอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 10.7) ผลกระทบที่สำคัญคือการเพิ่มจำนวนของเด็กกำพร้าที่เป็นบุตรของกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ที่เสียชีวิตนี้ จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อ้างถึงใน อภิรดี, 2541) จะมีจำนวนเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมเป็น 30,845 คน ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งสถานสงเคราะห์และองค์กรเอกชนไม่สามารถจะครอบคลุมได้ เป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะสร้างเครือข่ายทางสังคม และให้การสนับสนุนเลี้ยงดูผู้เยาว์เหล่านี้ในฐานะสมาชิกหนึ่งของชุมชน ทั้งนี้จะต้องมีการให้ความรู้แก่ชุมชน เตรียมความพร้อมของเครือข่าย หรือครอบครัวที่จะอุปการะเด็ก ส่งเสริมองค์กรทางศาสนาให้ มีบทบาทนำ รวมทั้งดึงให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อลดการพึ่งพิงสถาบันภายนอก (อภิรดี, 2541)

เด็กเร่ร่อน

เด็กเร่ร่อน หมายถึง เด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งแน่นอน อาจอาศัยอยู่ใต้สะพาน ตามตลาด ตามชายหาด ใต้ถุนอาคารใหญ่ หรือสถานที่ก่อสร้าง มีวิถีชีวิตที่ดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดด้วยการกระทำทุกอย่างทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย งานวิจัยเรื่องเด็กเร่ร่อนมีน้อยมาก ยิ่งเด็กเร่ร่อนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ยิ่งไม่พบบางวิจัยเลย ในการทบทวนนี้จึงเสนอข้อมูลเด็กเร่ร่อนในภาพรวม

ปัจจุบัน ยังไม่มีสถิติจำนวนเด็กเร่ร่อนทั่วประเทศอย่างชัดเจน มีแต่เพียงตัวเลขประมาณการ โดยกรมประชาสงเคราะห์คาดประมาณว่ามีเด็กเร่ร่อนในปี พ.ศ. 2535 2537 และ 2539 เท่ากับ 10,876 คน 12,451 คน และ 14,254 คน ตามลำดับ (อ้างถึงใน วัลลภ, 2540) จากการสำรวจเด็กเร่ร่อนบนท้องถนนที่พบเห็น ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2538 วันเดียวพร้อมกัน 71 จังหวัด พบว่า มีเด็กเร่ร่อนที่พบเห็นบนท้องถนนกรุงเทพมหานคร 93 คน ภูมิภาค 70 จังหวัด 830 คน (วิสา เบญจมะโน 2538, อ้างถึงใน เจือจันทร์ และคณะ, 2538)

สถิติจำนวนเด็กปฐมวัยที่ออกมาเร่ร่อนยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน แต่มีแนวโน้มว่าอายุเริ่มแรกของเด็กที่ออกมาเร่ร่อนลดลง การศึกษาของนิตยา กัทลิตระพันธ์ (2535) พบว่า ในจำนวนเด็กที่ศึกษา 505 คน เด็กที่ออกมาเร่ร่อนเมื่ออายุ 6 ปี หรือต่ำกว่าเท่ากับร้อยละ 4 ในขณะที่การศึกษาเด็ก 623 คน ที่รับไว้ในสถานสงเคราะห์และบ้านอุปถัมภ์เด็กของรัฐบาล 12 แห่งในปี พ.ศ. 2537 มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ถึงร้อยละ 29 (สกศ. 2537 อ้างถึงใน เจือจันทร์ และคณะ 2538) เด็กเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจพลัดหลงจากพ่อแม่หรือพ่อแม่/ผู้ปกครองงใจนำมาทิ้งไว้ จึงถูกนำมาส่งที่สถานสงเคราะห์ เด็กปฐมวัยที่เร่ร่อนอาจไม่ได้เป็นส่วนที่สูงมาก แต่น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจริง

จากการศึกษาของ นิตยา กัทลิตระพันธ์ (2535) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เด็กออกมาเร่ร่อน สำหรับเด็กชาย ร้อยละ 32 และเด็กหญิงร้อยละ 40 หนีออกจากบ้านมาเที่ยว ร้อยละ 10 เพื่อนชวนมาเที่ยวหรือพลัดหลง เด็กชาย ร้อยละ 10.9 และหญิงร้อยละ 20 เป็นเครื่องมือขอทานหรือเร่ขายของตามต่างๆ ร้อยละ 8.9 เพราะครอบครัวไม่เป็นสุข วัลลภ (2540) สรุปสาเหตุที่ทำให้เด็กกลายเป็นเด็กเร่ร่อนได้ว่า การพัฒนาประเทศที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง โดยเฉพาะครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกขาดความพร้อม ความรู้ความเข้าใจในการครองคู่ และเลี้ยงดูลูก มีการทอดทิ้งและใช้ความรุนแรงต่อลูก ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เด็กตัดสินใจหนีออกมาเป็นเด็กเร่ร่อน ขณะเดียวกัน ภาวะทางสังคมที่เต็มไปด้วยอบายมุข สถานะเร่ร่อนที่เกิดขึ้นมากมาย ได้กลายเป็นแรงกดดันสำคัญที่ดึงเด็กๆ ออกจากครอบครัวให้หลงผิด สนุกสนาน จนกลายเป็นเด็กเร่ร่อน จำนวนไม่น้อย

เด็กเร่ร่อนเหล่านี้จะหลับนอนตามที่สาธารณะ เก็บเศษอาหารมากิน เก็บเศษเหล็ก เศษขยะไปขาย หรือขายบริการทางเพศ มักติดบุหรี่และติดสารระเหย ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนัง เช่น หิด ผื่นคัน กลาก เกื้อื้อน มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เหม่อลอย หรือสับสน (วัลลภ ตังคณานุรักษ์ 2531, อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2541) เป็นโรคขาดอาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ มีภาวะผิดปกติทางด้านสมอง (ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์ 2535 อ้างถึงใน วัลลภ 2540) เด็กเหล่านี้ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมอย่างไร้สวัสดิภาพไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิเด็ก ขาดโอกาสที่จะศึกษาเล่าเรียน (เจือจันทร์ และคณะ 2538) เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย เต็มโตเป็นผู้ใหญ่ที่ตกอยู่ในวงจรของความค้ำอโยโอกาส มีปัญหาอื่นอย่างต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ เช่น การตั้งครรภ์นอกสมรส จึงเป็นความจำเป็นที่รัฐจะต้องมีนโยบายเสริมสร้างครอบครัวให้เข้มแข็งและมีสุข เพื่อป้องกันการออกมาเร่ร่อนของเด็ก สำหรับเด็กที่เร่ร่อนในปัจจุบัน ควรมีการจัดการสำรวจแบบเร่งด่วน ให้ทราบจำนวน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ โดยสนับสนุนองค์กรเอกชนและชุมชนให้มีส่วนเข้ามาโอบอุ้ม ดูแลเด็กเหล่านี้แทนหน่วยงานของรัฐซึ่งมีข้อจำกัดทั้งสถานที่ บุคลากร และรูปแบบที่ยืดหยุ่น เหมาะสมกับเด็กกลุ่มนี้

เด็กชาวเขา

ชาวไทยบนพื้นที่สูงหรือชาวเขาเป็นประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มใหญ่ ประมาณว่ามี 800,000-1,000,000 คน กระจายอยู่ใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน, 2541) ในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน น่าน ดาก และกาญจนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 5,600 ครัวเรือน (27,514 คน) พบว่า โดยเฉลี่ยมีสมาชิก 5 คน/ครัวเรือน สัดส่วนประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี สูงถึงร้อยละ 35.8 และหนึ่งในสามเป็นประชากรวัยเด็กต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 12.9 ของประชากรทั้งหมด)

ผลการสำรวจพบว่าอัตราการเกิดเท่ากับ 26.1 ต่อประชากรพันคน ซึ่งสูงกว่ารายงานของศูนย์วางแผนครอบครัวชาวเขา จังหวัดลำปาง ที่รายงานว่าอัตราเกิดของชาวเขาโดยรวมเท่ากับ 15.3 ต่อประชากรพันคน (ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว, 2539) อัตราการตาย 19.7 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน และอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี 24.5 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตพันคน ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราเฉลี่ยของทั่วประเทศในปีเดียวกัน (ตารางที่ 7.5) แต่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

ตารางที่ 7.5 อัตราการเกิด, การตาย (ต่อประชากรพันคน) ทารกตายและเด็กตายอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน)

	เชียงราย	เชียงใหม่	แม่ฮ่องสอน	ลำพูน	น่าน	ดาก	กาญจนบุรี	รวม	เป้าหมาย
อัตราการเกิด	25.6	21.7	32.1	19.7	25.6	35.6	25.8	26.1	
อัตราการตาย	2.5	6.7	6.3	5.3	5.8	6.9	10.2	5.9	
อัตราการตายในทารก	9.7	23.0	8.1	42.9	18.0	33.3	11.0	19.7	21
อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	9.7	23.0	24.4	42.9	18.0	53.3	11.0	24.5	30

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2541

อัตราการคุมกำเนิดของหญิงอายุ 15-44 ปี ที่แต่งงานอยู่กินกับสามีใกล้เคียงกันเกือบทุกจังหวัด คือ ร้อยละ 62.1-74.0 (ยกเว้นจังหวัดตาก ซึ่งมีอัตราต่ำสุดคือร้อยละ 51.1) ซึ่งสูงกว่าอัตราการคุมกำเนิดที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2528-2531 (อ้างอิงใน ศูนย์สารสนเทศด้านประชากรและอนามัยครอบครัว, 2539) ที่พบเพียงร้อยละ 34.9 และจากการสำรวจเร่งด่วนเมื่อพ.ศ. 2536-2538 ที่พบร้อยละ 40-65 นับเป็นความสำเร็จของการให้บริการวางแผนครอบครัว วิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ ยาฉีด ยาเม็ด และหมันหญิง

จากการสำรวจหญิงที่มีบุตรอายุไม่เกิน 1 ปี (ตารางที่ 7.6) พบว่า ขณะตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ต่ำ (ประมาณร้อยละ 50) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ำมากในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (เพียงร้อยละ 28) ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบตามเกณฑ์ในขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยร้อยละ 70.6 การคลอดทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 55.2 หมอตำแยร้อยละ 19.8 และผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมร้อยละ 8.2 ที่เหลือทำคลอดโดยบุคคลอื่น เช่น สามี แม่ และญาติ มีเพียงร้อยละ 27.5 ที่ได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ ข้อมูลเหล่านี้แสดงถึงแนวโน้มการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่ที่ดีขึ้นกว่าเมื่อสิบปีที่แล้ว ซึ่งมีอัตราฝากครรภ์ในชาวกะเหรี่ยงเพียงร้อยละ 4.5 และทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงร้อยละ 4 (พัฒนา และคณะ, 2530 อ้างอิงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539) ถึงร้อยละ 40 ในกลุ่มหญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อายุต่ำกว่า 30 ปี (Perngpan et al, 1992)

สถานะสุขภาพ จากการสำรวจข้างต้น โดยการสอบถามหัวหน้าครัวเรือน พบว่า ทราบน้ำหนักแรกเกิดของเด็กเพียงร้อยละ 59 มีเด็กน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม เฉลี่ยร้อยละ 10.8 ยกเว้นของจังหวัดเชียงรายที่มีร้อยละ 4.3 (ทราบน้ำหนักแรกเกิด 70 คน จากเด็กต่ำกว่า 1 ปี 99 คน เท่ากับร้อยละ 71) (ตารางที่ 7.6) เป็นแนวโน้มที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับการสำรวจเร่งด่วนเมื่อ พ.ศ. 2536-2538 ที่พบร้อยละ 5.8 (เฉพาะที่ได้ชั่งน้ำหนัก) ถึงร้อยละ 13 (ศูนย์สารสนเทศฯ, 2539)

ในการศึกษาของสำนักนโยบายและแผน (2541) ได้ชั่งน้ำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทำการชั่งน้ำหนักได้ 2,581 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,471 คน เท่ากับครอบคลุมร้อยละ 74) พบว่า เด็กขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 30.3 ขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 8.4 และขาดสารอาหารระดับ 3 ร้อยละ 2.2 ซึ่งสูงกว่าตัวเลขเฉลี่ยของการสำรวจสถานะสุขภาพในปีเดียวกัน (ตารางที่ 7.7) และดีขึ้นจากเมื่อปี 2536-2538 เพียงเล็กน้อย การสำรวจเร่งด่วนครั้งนั้นพบขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 24-35 ขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 4.8-13.6 ขาดสารอาหารระดับ 3 ร้อยละ 0.6-2.5 (ศูนย์สารสนเทศฯ, 2539)

ตารางที่ 7.6 ร้อยละของการดูแลก่อนคลอด หลังคลอด และน้ำหนักแรกเกิด

เป้าหมายแผนฯ 7	การสำรวจเร่งด่วน พ.ศ. 2536-2538 ⁽¹⁾	การสำรวจ พ.ศ. 2540 ⁽²⁾
จำนวนตัวอย่าง (ราย)		604
การดูแลก่อนคลอด		
ฝากครรภ์ครบ 75	29.4-43.7	50.0
ตามเกณฑ์		
ฝากครรภ์ไม่ครบ		27.9
ไม่ฝากครรภ์		22.1
การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก		
ได้รับวัคซีนครบ		
ได้รับวัคซีนไม่ครบ		70.6
ไม่ได้รับวัคซีน		12.6
ผู้ทำคลอด		16.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข } 80		
เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์	40.2-65.1	55.2
ที่อบรมแล้ว		8.2
หมอดำแย		
สามีทำคลอด		19.8
แม่สามีทำคลอด		2.5
แม่ตนทำคลอด		1.5
ญาติ		2.4
การดูแลหลังคลอด		3.8
ได้รับการดูแลครบ 70		
ตามเกณฑ์	9.4-54.4	27.5
ได้รับการดูแลไม่ครบ		
ไม่ได้รับการดูแล		40.3
น้ำหนักเด็กแรกเกิด		32.2
จำนวนตัวอย่าง		
ต่ำกว่า 2500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7		41.3
2500-2999 กรัม	5.8-12.9	10.8
3000-3499 กรัม		34.2
3500 กรัมขึ้นไป		39.8
		15.2

แหล่งข้อมูล : ⁽¹⁾ - การสำรวจเร่งด่วนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขา (อ้างถึงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539)

⁽²⁾ - การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน, 2541)
จำนวนตัวอย่าง 602 ราย

ตารางที่ 7.7 ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี

เป้าหมายแผนฯ 7	การสำรวจเร่งด่วน พ.ศ. 2536-2538 ⁽¹⁾	การสำรวจ พ.ศ. 2540 ⁽²⁾
จำนวนตัวอย่าง ภาวะโภชนาการ		2581
ปกติ		59.1
1° ไม่เกินร้อยละ 10	23.6-35.2	30.3
2° ไม่เกินร้อยละ 1	4.8-13.6	8.4
3°	0.6-2.5	2.2

แหล่งข้อมูล : ⁽¹⁾ - การสำรวจเร่งด่วนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขา (อ้างถึงใน ศูนย์สารสนเทศฯ, 2539)

⁽²⁾ - การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน, 2541) จำนวนตัวอย่าง 602 ราย

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอาการท้องร่วงร้อยละ 13 โดยได้รับการดูแลโดยการให้ ORS ร้อยละ 50.7 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ที่กำหนดให้อัตราการใช้ ORS ในชุมชนเท่ากับร้อยละ 50 ถือว่าบรรลุเป้าหมาย (ตารางที่ 7.8)

ตารางที่ 7.8 ร้อยละการเป็นไข้/ท้องร่วงและการดูแล ในเด็กอายุ 0-4 ปี ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

เด็กเป็นไข้	28.5
ได้รับการเช็ดตัว	44.9
คิมน้ำมาก ๆ	5.7
ได้รับการเช็ดตัวและคิมน้ำมาก ๆ	26.9
ได้รับการดูแลอื่นๆ	22.4
เด็กท้องร่วง	13.0
ได้รับ ORS	50.7
ได้รับน้ำข้าว	3.3
คิมน้ำมาก ๆ	15.2
ได้รับ ORS และน้ำข้าว	6.6
ได้รับ ORS และคิมน้ำมาก ๆ	11.5
ได้รับน้ำข้าวและคิมน้ำมาก ๆ	1.9
ได้รับ ORS น้ำข้าวและคิมน้ำมาก ๆ	11.4

หมายเหตุ : จำนวนเด็กอายุ 0-4 ปี 3468 ราย

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผน, 2541

การได้รับวัคซีนป้องกันโรค

เมื่อสิบปีที่ผ่านมา เด็กชาวเขาได้รับวัคซีนครบทุกประเภทน้อยมากมีเพียงร้อยละ 11-42 ที่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 อย่าง (พีระสิทธิ์, 2529 อ้างถึงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539) ส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีน BCG ป้องกันวัณโรค มีเพียงร้อยละ 15.6 ที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน (พิณณ์ และคณะ, 2530 อ้างถึงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539) สำหรับกลุ่มที่อยู่ในเขตโครงการพัฒนาชาวเขา อัตราการเคยได้รับวัคซีนของเด็กต่ำกว่า 5 ปี สูงกว่าเป็นร้อยละ 69-83 (Pempgarn et al, 1992) การสำรวจเร่งด่วนเมื่อปี พ.ศ. 2536-2538 (อ้างถึงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539) พบว่า อัตราการได้รับวัคซีน BCG ใกล้เคียงกับเป้าหมายตามแผนคือ ได้รับร้อยละ 83-90 ในขณะที่อัตราการได้รับวัคซีนอื่นๆ ต่ำกว่าเป้าหมายมาก (ตารางที่ 7.9)

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน, 2541) โดยสอบถามหัวหน้าครัวเรือนถึงประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคเด็กอายุ 12-23 เดือน ในช่วงขวบปีแรก พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำในทุกจังหวัด ซึ่งโดยภาพรวมแล้ว พบว่า เด็กได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคมากที่สุด คือ ร้อยละ 85 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเป็นวัคซีนที่ฉีดเพียงเข็มเดียวในสถานบริการสาธารณสุขที่ ทำคลอดให้ ส่วนวัคซีนชนิดอื่น เช่น บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน โปลิโอ หัดและวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ซึ่งจะต้องฉีดในระยะหลังและต้องฉีดต่อเนื่องหลายเข็ม จึงมีสัดส่วนการได้รับครบน้อยกว่า คือประมาณร้อยละ 60-70 (ตารางที่ 7.9)

ตารางที่ 7.9 ร้อยละของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคในขวบปีแรก

เป้าหมายแผนฯ 7	การสำรวจเร่งด่วน พ.ศ. 2536-2538 ⁽¹⁾	การสำรวจ พ.ศ. 2540 ⁽²⁾	
วัณโรค	90	83.4-90	85.4
คอตีบ ไอกรน	90	31.2-55.2	69.6 (DPT)
บาดทะยักและ โปลิโอ			70.9 (OPV)
หัด	80	32.3-70.2	66.2
ตับอักเสบบี	95	28.2-46.4	57.0
ไข้มองอักเสบบี	-	16.0-25.1	

แหล่งข้อมูล : ⁽¹⁾ - การสำรวจเร่งด่วนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขา (อ้างถึงในศูนย์สารสนเทศฯ, 2539)

⁽²⁾ - การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน, 2541) จำนวนตัวอย่าง 602 ราย

เมื่อพิจารณาถึงการได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบชนิดและครบชุดตามเกณฑ์ พบว่า มีสัดส่วนน้อยเพียงร้อยละ 48.5 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าสัดส่วนการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของเด็กอายุ 12-23 เดือน จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ปี 2539 (ร้อยละ 83.60) และต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ซึ่งกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 90

เด็กชาวเขาเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของเด็กที่อยู่ห่างไกลในแง่ของภูมิศาสตร์ที่มีหน่วยงานของรัฐรับผิดชอบ โดยเฉพาะ แต่ด้วยความด้อยโอกาสทางสังคม สถานะสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ไม่ว่าจะวัดด้วยดัชนีสุขภาพตัวใดยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 และบางดัชนียังห่างไกลเป้าหมายมาก ยังมีเด็กที่อยู่ห่างไกลทั้ง

ในแง่กายภาพ เช่น เด็กชาวเล เป็นต้น และเด็กที่อยู่ห่างไกลในแง่สังคม เช่น เด็กยากจนในชนบท และในเมือง เป็นต้น ที่หน่วยงานบริการของรัฐควรปรับนโยบายและแผนงานบริการให้เข้าหาประชากรกลุ่มนี้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บริการได้ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กและจัดทำปฏิญญาเพื่อเด็กไทย ซึ่งมีหลักการว่าเด็กทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กด้อยโอกาสในลักษณะใดก็ตามจะต้องได้รับการพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพ ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานและการคุ้มครองให้พ้นจากการถูกเอาเปรียบของบุคคลและสังคม อีกทั้งตามรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 มาตรา 53 กำหนดให้เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐ จากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม เด็กและเยาวชนที่ไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ และมาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีนโยบายที่เป็นรูปธรรมและแผนงานที่ชัดเจนในการจัดการบริการที่ครอบคลุมเพื่อพัฒนาเด็กด้อยโอกาสเหล่านี้ให้เป็นที่เต็มตามศักยภาพ การทบทวนรายงานการศึกษาวิจัยและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายดังนี้

ปัญหาสำคัญที่ทำให้การวิเคราะห์แนวโน้มจำนวนเด็กด้อยโอกาสเป็นไปได้ยาก มาจากการขาดฐานข้อมูลการสำรวจเป็นระยะๆ อีกทั้งข้อมูลที่มีอยู่ยังมีความขัดแย้งกัน มีตัวเลขที่แตกต่างกันถึง 8 เท่า ดังเช่น ผลการสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์ในปี พ.ศ. 2538 ได้ตัวเลขประมาณการเด็กพิการอายุ 0-14 ปี เท่ากับ 467,671 คน ในขณะที่การจแนับและการรวบรวมข้อมูลทุกยภูมิของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปี พ.ศ. 2540 ได้ตัวเลขเด็กพิการอายุ 0-19 ปี เพียง 66,585 คน ทั้งที่ฐานอายุกว้างกว่าการสำรวจแรก แม้นิยามของเด็กพิการจะไม่ตรงกันทีเดียวก็ไม่ควรจะต่างกันมากเช่นนี้ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าตัวเลขจำนวนเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสที่แท้จริงเป็นเท่าไร และการวางแผนเพื่อบริการและแก้ไขปัญหของเด็กกลุ่มนี้เป็นไปได้ยาก หากอิงตัวเลขความชุกของเด็กพิการปฐมวัย จากการศึกษาในระดับอำเภอที่พบร้อยละ 1.09 และใช้ตัวเลขของศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ที่ประมาณการว่ามีเด็กอายุ 0-4 ปี ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 5,332,399 คน ก็อาจประมาณได้ว่า น่าจะมีเด็กพิการอายุแรกเกิด - 4 ปี ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 เท่ากับ 58,123 คน ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม อย่างไรก็ตาม เด็กด้อยโอกาส 2 กลุ่มที่น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแน่นอน คือ เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน อันเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงที่ผ่านมา และเด็กกำพร้า ซึ่งเป็นผลจากโรคเอดส์ที่คร่าชีวิตของพ่อแม่เด็ก ยืนยันได้จากการสำรวจสาเหตุการตายว่าเป็นสาเหตุอันดับต้นของการตายในวัยหนุ่มสาว

แม้ว่าจะไม่สามารถประมาณการจำนวนเด็กด้อยโอกาสได้ถูกต้อง แต่จากการทบทวนรายงานในการศึกษานี้ก็อุปกับกระแสสังคมทั้งในและนอกประเทศ สรุปได้ว่า มีแนวโน้มความต้องการได้รับการสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กพิการที่ต้องการการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนไม่พิการได้เป็นปกติ

แนวโน้มนั้นสถานะสุขภาพของเด็กคือโอกาสเหล่านี้ที่วัดโดยดัชนีสติดิซิฟ หากวิธีการจัดระบบบริการยังเป็นเช่นปัจจุบัน การได้รับบริการสุขภาพด้านแม่และเด็ก และความเจ็บป่วย จะยังต่ำกว่าเป้าหมายและมีช่องว่างห่างจากกลุ่มเด็กทั่วไปมาก ทำให้เด็กเหล่านี้มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถเติบโตได้เต็มตามศักยภาพ ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ การอยู่ในครอบครัวและชุมชนที่ด้อยโอกาสทางสังคมและไม่ได้รับการดูแลจากภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ทำให้เด็กเหล่านี้เสียโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทางสติปัญญาและสังคม มีแนวโน้มที่จะต้องเป็นใหญ่ที่จมปลักอยู่กับวงจรของความด้อยโอกาสนี้ จึงควรที่จะมีการปรับนโยบายสำหรับแก้ปัญหาของเด็กกลุ่มนี้ดังนี้

เด็กพิการ

- เพิ่มการผลิตบุคลากรทุกระดับเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการ
- จัดการฝึกอบรมบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทั่วไปเรื่องการป้องกัน การวินิจฉัยภาวะที่อาจก่อให้เกิดความพิการ และการรักษาเพื่อป้องกันความพิการ รวมทั้งให้มีความสามารถในการให้คำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญได้เหมาะสม
- กระจายการบริการแก่ผู้พิการ ให้ครอบคลุมถึงผู้พิการที่อยู่ในเขตชนบท
- จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการให้เพียงพอ
- เน้นการให้การศึกษาและพัฒนาผู้พิการให้สามารถประกอบอาชีพเพื่อการพึ่งตนเองได้
- จัดบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อคนพิการ
- สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อการฟื้นฟูเด็กพิการ ซึ่งจะช่วยแก้ความขาดแคลนบุคลากรของภาครัฐได้ และทำให้การดูแลผู้พิการเป็นโครงการที่ยั่งยืน

ลูกคนงานก่อสร้าง

- กำหนดเป็นกฎหมายบังคับการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับครอบครัวคนงานก่อสร้างที่ปลอดภัยต่อสุขภาพเด็ก การตั้งสถานเลี้ยงดูเด็กกลางวันเพื่อดูแลสุขภาพและพัฒนาการเด็ก
- จัดการบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่นให้ครอบคลุมลูกของแรงงานอพยพโดยไม่ยึดติดกับรูปแบบเดิมๆ และสามารถติดตามให้บริการเมื่ออพยพไปยังแหล่งก่อสร้างอื่นหรือกลับถิ่นฐานเดิม โดยประสานงานกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง และแสวงหาความร่วมมือจากบริษัทนายจ้าง

เด็กถูกทอดทิ้ง

- ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็งโดยการให้ความรู้ด้านครอบครัว ศึกษาแก่เยาวชนทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบ เตรียมความพร้อมให้แก่คู่สมรส และครอบครัวที่กำลังจะมีบุตรคนแรก เพื่อให้มีความผูกพันกับบุตร และพร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะตามมาได้อย่างเหมาะสม
- สนับสนุนชุมชนในการสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อเลี้ยงดูเด็กกำพร้า ซึ่งจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นอันเป็นผลพวงของโรคเอดส์ โดยการให้ความรู้แก่ชุมชน เตรียมความพร้อมของเครือญาติหรือครอบครัวที่จะอุปการะเด็ก ส่งเสริมองค์กรทางศาสนาให้มีบทบาทนำ และตั้งองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วม
- ให้การสนับสนุนสถานสงเคราะห์ทั้งของภาครัฐ เอกชน และชุมชน พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็กให้รอบด้าน
- ให้การสนับสนุนองค์กรเอกชนในการดำเนินงานช่วยเหลือเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ให้เป็นศูนย์กลางที่แสวงหาความร่วมมือจากสังคม

เด็กเร่ร่อน

- ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็งและมีสุข เพื่อป้องกันการออกมาเร่ร่อนของเด็ก

- จัดทำการสำรวจจำนวนเด็กเร่ร่อนแต่ละกลุ่มอายุแบบเร่งด่วน
 - สนับสนุนองค์กรเอกชนและชุมชนให้ทำหน้าที่โอบอุ้มดูแลเด็กเร่ร่อนแทนหน่วยงานของรัฐ
- เด็กที่อยู่ห่างไกล เช่น เด็กชาวเขา**
- จัดบริการที่เข้าหากลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตเพื่อให้สามารถบริการได้

กรอบคลุม

2. ด้านวิจัย

งานวิจัยเกี่ยวกับเด็กด้อยโอกาสกลุ่มปฐมวัยยังมีอยู่น้อยมาก เมื่อเทียบกับงานวิจัยด้านสุขภาพของเด็กทั่วไปในกลุ่มอายุเดียวกัน หัวข้องานวิจัยที่ต้องการมีดังนี้

เด็กพิการ

- ศึกษาหาแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการที่เหมาะสมกับชุมชนแต่ละพื้นที่ ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท โดยเน้นการแสวงหาความร่วมมือจากผู้อยู่ในชุมชน

- พัฒนาการผลิตอุปกรณ์ช่วยเหลือเด็กพิการที่ผลิตได้ในประเทศ เพื่อเป็นการพึ่งตนเอง และอาจตั้งเป้าหมายเชิงพาณิชย์ในการผลิตเพื่อส่งออกโดยเฉพาะประเทศข้างเคียงที่มีเด็กพิการจากสงคราม

- พัฒนาโครงสร้างที่อยู่อาศัย สถานที่สาธารณะ โรงเรียน และอื่นๆ ที่อำนวยความสะดวกแก่เด็กพิการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

ลูกคนงานก่อสร้าง

- ศึกษารูปแบบของการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวแรงงานอพยพ

เด็กถูกทอดทิ้ง

- พัฒนาวิธีวิจัยเพื่อประมาณการจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้ง สำหรับเป็นฐานในการวางแผนงานของหน่วยให้บริการที่เกี่ยวข้อง

- ศึกษาหาวิธีการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กในสถานสงเคราะห์ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในสภาพที่เป็นจริงของสถานสงเคราะห์ในปัจจุบัน โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

- ศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายสังคมที่พร้อมอุ้มชูเด็กกำพร้าหรือเด็กที่ถูกทอดทิ้งที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของสังคมแต่ละวัฒนธรรม

เด็กเร่ร่อน

- พัฒนาวิธีวิจัยเพื่อประมาณการจำนวนเด็กเร่ร่อน เพื่อเป็นฐานในการวางแผนช่วยเหลือของหน่วยงานต่างๆ ได้ถูกต้อง

- ศึกษารูปแบบการให้บริการทางสุขภาพและการศึกษา เพื่อพัฒนาเด็กเร่ร่อนที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เติบโตหลุดพ้นจากวงจรของความด้อยโอกาส

เด็กที่อยู่ห่างไกล เช่น เด็กชาวเขา

- พัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับเด็กที่อยู่ห่างไกลกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีวัฒนธรรมที่ต่างกัน เช่น เด็กชาวเล เป็นต้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

เป็นปัญหาของเด็กด้อยโอกาสทุกกลุ่ม ควรวิจัยหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทั้งปัจจัยทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้อง

บรรณานุกรม

กมลวรรณ ภูวัฒนานนท์. การศึกษาเจตคติและสัมพันธภาพของมารดาที่มีต่อบุตรปัญญาอ่อน.

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ประชากรที่ศึกษา มารดาของเด็กปัญญาอ่อนที่พาบุตรมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชานุกูล

การสุ่มตัวอย่าง : เป็นการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 200 คน เป็นเด็กอายุ 1-5 ปี 104 คน (ร้อยละ 52)

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบเชิงปริมาณ

เครื่องมือวิจัย : ใช้แบบสอบถามถามมารดาในหัวข้อ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. เจตคติของมารดาต่อบุตรปัญญาอ่อน
3. สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรปัญญาอ่อน

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. การบริหารงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน 2541/2542. กสร. 4/2542.

โครงการส่งเสริมและเผยแพร่งานวิชาการพัฒนาชุมชน. การศึกษาสถานะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 5 ขวบ ของครอบครัวไทยในชุมชนปกติ ชุมชนแออัด และชุมชนก่อสร้างเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปี 2534. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, มปป.

ประชากรที่ศึกษา : บิดามารดาที่มีลูกอายุ 0-5 ขวบ และผู้นำชุมชนในเขต กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

การสุ่มตัวอย่าง :

1. บิดามารดา
 - 1.1 เขตกรุงเทพฯ แบ่งพื้นที่เป็น 4 ส่วน เลือกเขตที่มีชุมชนแออัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในแต่ละเขต, ชุมชนก่อสร้าง เลือกชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนแออัดนั้น ได้แก่ เขตดุสิต จตุจักร บางคอแหลมและคลองสาน เขตละ 60 ครัวเรือน
 - 1.2 เขตปริมณฑล ได้แก่ จ.ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม เลือกชุมชนแออัดที่มีขนาดใหญ่ที่สุด จังหวัดละแห่ง ชุมชนก่อสร้างเลือกที่อยู่ในชุมชนแออัดเช่นกันจังหวัดละ 40 ครัวเรือน
2. ผู้นำชุมชน เลือกเขตละ 3 คน

เครื่องมือวิจัย :

1. ข้อมูลทัศนคติ
2. ข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มี โครงสร้าง แบบประกอบการสังเกต ชั่ง-วัด เด็กอายุ 0-5 ขวบ

จงพัฒนา รุมาคม, วันเพ็ญ บุญประกอบ, ศศิธร ไพทีกุล และคณะ. สาเหตุการพุดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 31:122-128, 2535.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพุดซ้ำกว่าวัยที่มารวมที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง มกราคม 2533 - ธันวาคม 2534

นิยามศัพท์ : พุดซ้ำกว่าวัย หมายถึง การที่เด็กไม่สามารถเปล่งคำพุดที่มีความหมายได้เลยเมื่ออายุ 2 ปี

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2541.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วินัส อุคมประเสริฐกุล และคณะ. ผลการสำรวจ ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างในประเทศไทย พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542 (ก)

เป็นรายงานการวิเคราะห์ผลการวิจัยของโครงการ “การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้าง พ.ศ. 2537-2538.”

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. สาเหตุการตาย. 2542 (ข)

เจือจันทร์ จงสถิตย์อยู่, ทิพย์สุดา สุเมธเสนีย์ และมาลี ศรีอรุณ. การศึกษาพื้นฐาน : โอกาสของเด็กเร่ร่อน. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2538.

มาลัย ว่องชาญชัยเลิศ. การศึกษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กกำพร้าตีกวชิราลงกรณ์. วิทยานิพนธ์รัฐฉัตร์แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ ของแพทยสภา, 2529.

ยุวดี ลีลิตนาวิระ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตเด็กก่อนวัยเรียน ในแรงงานย้ายถิ่น เขตอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 1-5 ปี ที่เป็นบุตรแรงงานย้ายถิ่นที่มาทำงานและมีบ้านพักอยู่ในเขตอุตสาหกรรมเมืองแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มแบบ cluster random sampling โดยแบ่งประชากรเป็นกลุ่ม (ไม่ได้บอกวิธีแบ่งกลุ่ม) แล้วสุ่มหมู่บ้านแบบง่าย 5 หมู่บ้าน คือ ม. 2 ม. 3 ม. 6 ม. 10 และ ม. 11 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี โดยพ่อแม่ของเด็กต้องเป็นแรงงานย้ายถิ่นที่มาอยู่ในเขตเมืองแหลมฉบังเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่เกิน 5 ปี จำนวน 255 คน

ตัวแปรและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :

1. สุขภาพเด็ก ใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพเด็กตามเกณฑ์การประกวดเด็กดีเด่นด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2535

2. พัฒนาการเด็ก ใช้แบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทย ของอุคม ลักษณวิจิตรและคณะ (2535) โดยใช้เกณฑ์ผ่านที่เปอร์เซนไทล์ที่ 10

3. คุณภาพชีวิตของเด็กแบ่งเป็น 3 ส่วน

3.1 คุณภาพชีวิตด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย โดยมีคะแนนด้านภาวะโภชนาการ : ภูมิคุ้มกันโรค :

ประวัติการเจ็บป่วย : ความสะอาดและสมบูรณ์ของร่างกาย = 25 : 20 : 25 : 30

3.2 คุณภาพชีวิตด้านพัฒนาการทางสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม

3.3 สิทธิพื้นฐานการเมืองการปกครอง โดยมีคะแนนด้านมีใบเกิด : มีสำเนาทะเบียนบ้าน = 50 : 50

โดยมีสัดส่วนความสำคัญของคะแนนในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละด้านเท่ากับ 40 : 40 : 20

ตามลำดับ

4. การเลี้ยงดูบุตร ใช้แบบสัมพันธ

เกณฑ์การขาดสารอาหารใช้น้ำหนักเทียบกับอายุ และส่วนสูงเทียบกับอายุ ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536.

รัชติกร แสงสร. การศึกษาการฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชนศึกษาเฉพาะกรณีโครงการฟื้นฟูเด็กพิการในชุมชน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.

รัตโนทัย พลับรู้อกร, นันทนา ทัดพิทักษ์กุล และสมจิตต์ ชีรมโนภาพ. การศึกษาปัญหาพัฒนาการของเด็กในสถานสงเคราะห์และผลของการส่งเสริมพัฒนาการต่อเด็กกลุ่มนี้. ว.กรมการแพทย์ 19:352-359, 2537.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กอายุแรกเกิด - 3 ปี ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2532 จำนวน 167 ราย

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ตรวจวัดพัฒนาการเด็กโดยใช้ Denver Development Screening Test ซึ่งได้นำมาทดสอบกับเด็กไทยแล้ว โดยพูนสุข และคณะ (2523) ตรวจพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้มือและปัญหา ด้านภาษา ด้านสังคม และการช่วยตัวเอง เด็กที่ไม่สามารถทำข้อทดสอบข้อใดข้อหนึ่งของพัฒนาการแต่ละด้านในขณะที่มาตรฐานเด็กอายุ เดียวกันเกินร้อยละ 90 ทำได้ โดยเปิดโอกาสให้ทำซ้ำ 3 ครั้ง ถือว่า เด็กรายนั้นมีพัฒนาการล่าช้าในด้านนั้น

รายงานการวิจัย เรื่อง “การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้าง พ.ศ. 2537-2538.

ผลการวิจัยร่วมระหว่างสถาบัน : มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มปป.

ประชากรที่ศึกษา : คนงานก่อสร้างที่อยู่ในระยะการก่อสร้างโครงสร้างฐานราก ในพื้นที่ซึ่งมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง :- เทศบาลเมือง จ.ชลบุรี; อ.เมือง จ.เชียงใหม่ และ อ.เมือง จ.พิษณุโลก; อ.เมือง จ.ขอนแก่น และ อ.เมือง จ.หนองคาย; อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และ จ.ภูเก็ต ทั้งจังหวัด; เขตคลองเตยและเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

การสุ่มตัวอย่าง : ชั้นตอนที่ 1 : หากรอบประชากร จากข้อมูลเทศบาลและขั้บรดสำรวจ ชั้นตอนที่ 2 แต่ละพื้นที่สุ่มแหล่งก่อสร้างขนาดใหญ่ (> 10,000 ตรม.) 10 แห่งและแหล่งก่อสร้างขนาดเล็ก (< 10,000 ตรม.) 10 แห่ง แล้วสุ่มคนงานแต่ละ 20 คน รวม 400 คน ต่อ 1 เขตสำรวจ

วิธีการศึกษา/ตัวแปรและเครื่องมือวิจัย : เชีงสำรวจแบบตัดขวาง, วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ข้อมูลของแหล่งก่อสร้าง ใช้แบบสำรวจร่วมกับการสังเกตและสอบถามหัวหน้าครอบครัวหรือผู้รับเหมาหรือผู้แทนของทุกๆ กลุ่มของผู้รับเหมาช่วง

2. ข้อมูลสภาพที่อยู่อาศัยของคนงาน ใช้แบบสำรวจสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบดูแลที่พักคนงาน

3. ข้อมูลทางด้านสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างใช้แบบสำรวจสัมภาษณ์คนงาน

- ลักษณะทั่วไปของคนงานก่อสร้าง

- การวางแผนครอบครัว

- การจัดหาอาหารการกิน

- การพักผ่อนหย่อนใจ

- ลักษณะงาน การมีและการใช้เครื่องมือป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

- ความมั่นคงก้าวหน้าในการทำงาน สวัสดิการ การรู้จักสิทธิต่างๆ โอกาสในการพัฒนาฝีมือ

- ภาวะเศรษฐกิจ

- การเจ็บป่วยและพฤติกรรมเมื่อเกิดเจ็บป่วยคำรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อสถานที่ที่ไปรับบริการ

วชิชา กิจวรพัฒน์, ณัฐวรรณ เขาวนัถิตติกุล, แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ. โครงการสุ่มสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 19:55-66,2539.

โครงการสุ่มสำรวจ แบบตัดขวางในทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2536 โดยทำการสุ่มจังหวัดละ 1-2 อำเภอ อำเภอละ 1-2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ทั้งหมด 235 หมู่บ้าน ประชากรอายุ 0-5 ปี จากการสุ่มทั้งหมด 11,773 คน ทำการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงเปรียบเทียบกับกราฟของกองโภชนาการ พ.ศ. 2530 หาคความชุกของภาวะขาดสารอาหารในแต่ละภาค แต่ละพื้นที่ (เช่น เขตเมือง ชนบท สวนยางพารา ประมง อุตสาหกรรม ชุมชนแออัด) เมื่อใช้เกณฑ์น้ำหนักต่ออายุในการประเมิน พบว่าภาวะขาดสารอาหารทุกระดับโดยรวมของทุกภาค คือร้อยละ 33.9 โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 43.5 รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 36.2 และภาคใต้ร้อยละ 36.1 ภาคที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุดคือ ภาคกลางร้อยละ 21.8 อายุที่พบภาวะขาดสารอาหารได้มากที่สุดคือ อายุมากกว่า 2 ปี พบร้อยละ 45 และพบน้อยที่สุดที่อายุ 0-1 ปี คือเพียงร้อยละ 9.1 พื้นที่ที่พบภาวะขาดสารอาหารมากที่สุดคือ เขตอศพพ ร้อยละ 40.7 รองลงมาคือเขตพื้นที่สูงร้อยละ 40.6 พื้นที่ที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุดคือ เขตอุตสาหกรรมร้อยละ 23.7 เมื่อใช้เกณฑ์ส่วนสูงต่ออายุในการประเมินภาวะขาดสารอาหาร พบความชุกโดยรวมของภาวะขาดสารอาหารลดลงเหลือร้อยละ 21.5 โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 26.3 รองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 25.2 และภาคเหนือร้อยละ 21.0 เมื่อใช้น้ำหนักต่อ ส่วนสูงในการประเมินพบว่าภาวะขาดสารอาหารพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 9.8 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 6.5 ภาคที่พบภาวะขาดสารอาหารน้อยที่สุด กลับเป็นภาคเหนือร้อยละ 3.4 และภาคใต้ร้อยละ 4.8 การใช้น้ำหนักต่อส่วนสูงในการประเมินยังพบว่าภาวะ โภชนาการเกินหรือโรคอ้วนพบมากที่สุดในภาคกลางร้อยละ 4.8 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 4.3 พบน้อยที่สุดที่ภาคเหนือเพียงร้อยละ 1 อายุที่พบโรคอ้วนมากที่สุดคืออายุ 0-1 ปี ร้อยละ 6.2 รองลงมาคืออายุ 4-5 ปี ร้อยละ 3.6 พื้นที่ที่พบภาวะอ้วนมากที่สุดคือเขตอุตสาหกรรมร้อยละ 5.3 การวิจัยนี้ยังเปรียบเทียบการประเมินภาวะโภชนาการตามมาตรฐานของ NCHS ซึ่งใช้เกณฑ์ตัดสินน้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุ และน้ำหนักต่อ ส่วนสูงที่ <2 SD เป็นภาวะผิดปกติ ฉะนั้นความชุกของภาวะขาดสารอาหารเมื่อใช้น้ำหนักต่ออายุโดยรวมจึงเหลือร้อยละ 18.6 ใช้ส่วนสูงต่ออายุ ร้อยละ 16.0 และใช้น้ำหนักต่อส่วนสูงร้อยละ 5.9 ภาคที่พบว่าภาวะขาดสารอาหารมากที่สุดยังคงเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.8 และรองลงมาคือภาคใต้ร้อยละ 19.9 และภาคเหนือร้อยละ 18.4 ที่พบน้อยที่สุดคือภาคกลางร้อยละ 9.1 การวิจัยนี้ยังได้ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเฉพาะผู้เลี้ยงดูเด็กที่ขาดสารอาหารจำนวน 626 คน พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่น้ำหนักแรกเกิดน้อย ประวัติการเจ็บป่วยบ่อย ประวัติการกินอาหารน้อยกับ นมชั้นหวานแทนนมแม่ ครอบครัวยากจนมีที่ทำกินน้อยและมีหนี้สิน สภาพครอบครัวแออัด สิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะและน้ำประปาไม่เพียงพอ

วรรณวิมล ลิ้มวงศ์ทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการ; ศึกษาเฉพาะครอบครัวเด็กก่อนวัยเรียนในลูกกรรรมกรก่อสร้างเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2535

ประชากรที่ศึกษา : มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน (แรกเกิด - 6 ปี) ที่ครอบครัวประกอบอาชีพกรรมกร ก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

การสุ่มตัวอย่าง : ได้ชื่อแหล่งก่อสร้างในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลของบริษัท 19 แห่ง จากสมาคมผู้รับเหมาก่อสร้างไทย แบ่งเป็นแหล่งก่อสร้างขนาดใหญ่ 5 บริษัท 300 ครอบครัว และแหล่งก่อสร้างขนาดเล็ก 14 บริษัท อีก 300 ครอบครัวที่มีเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี แล้วสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้น ภูมิชนิดที่เป็นสัดส่วน (Proportionate stratified sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งตามกลุ่มอายุเป็น 3 ช่วงอายุ คือ แรกเกิด - 24 เดือน 25-48 เดือน และ 49-72 เดือน
2. สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากแต่ละช่วงอายุโดยใช้สัดส่วนในการสุ่ม = 1/6

ได้จำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มตัวอย่างดังนี้

	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
แรกเกิด - 20 เดือน	233 คน	39 คน
25-48 เดือน	263 คน	44 คน
49-72 เดือน	104 คน	17 คน

ตัวแปรที่ศึกษาและวิธีเก็บข้อมูล :

1. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการและความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของมารดา ใช้แบบสอบถาม
2. ปัจจัยทางพฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ บริโภคนิสัยของมารดา การปฏิบัติตนของมารดาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์
3. ภาวะโภชนาการของเด็ก ชั่งน้ำหนัก โดยใช้เครื่องชั่งแบบ beam balance และใช้เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเทียบกับอายุของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2530

วัลลภ ตังคณานุกฤษ์. เด็กเร่ร่อน ปัญหาและทางออก. หลักสูตรการเมืองการปกครองประชาธิปไตย สำหรับนักบริหารระดับสูง ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2540.

ศิริพร จิรวินน์กุล. ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างไทย การศึกษาเชิงคุณภาพ กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

ประชากรที่ศึกษาและการสุ่มตัวอย่าง : เช่นเดียวกับรายงานการวิจัยเรื่อง "การศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้าง พ.ศ. 2537-2538"

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยในลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (Phenomenological study) เน้นการบรรยาย อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของคนใน (Emic viewpoint)

ตัวแปรและเครื่องมือวิจัย : สถานภาพการทำงาน การดำเนินชีวิต ความคิดเห็นและคำอธิบายที่เป็นเหตุผลของพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมสังคมและพฤติกรรมอนามัย โดยใช้วิธีวิจัย

1. การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม เพื่อคลุกจิกประจำวันและสภาพทั่วไป
2. การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อตรวจสอบการตีความการให้ความหมายของสิ่งของหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่เห็น
3. การสนทนากลุ่ม เพื่อทราบทัศนคติความคิดเห็นและประสบการณ์ของแรงงาน
4. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งจากผู้มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง

ศูนย์สารสนเทศ ด้านประชากรและการอนามัยครอบครัว, กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สภาวะสภาพด้านอนามัยครอบครัวของชาวเขาในประเทศไทย : ปัจจัย ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข. กรุงเทพฯ : ต้นไทรการพิมพ์จำกัด, 2539.

สกาวรัตน์ คุณวิศรุต และรุ่งทิพย์ สัมปยุตน์วราณิช. สภาพตาบอดในนักเรียนโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพมหานคร. งามาธิบดีเวชสาร 2530;10:102-105.

เป็นการสุ่มอย่างเฉพาะเจาะจงเด็กนักเรียนในโรงเรียนสอนคนตาบอดพญาไท กรุงเทพฯ ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2529 ประเมินโดยจักษุแพทย์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการในวัยเรียนและก่อนวัยเรียน. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 230. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

วิธีเก็บข้อมูล : ดำเนินการในปี 2540 ในเขตชนบท (นอกเขตเทศบาลได้แก่หมู่บ้านและเขตสุขาภิบาล) ใช้วิธีแจงนับ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำบล แจงนับผู้พิการ (อายุ 0-19 ปี) ที่อยู่ในข่ายทุกคนในพื้นที่ที่สถานอนามัยนั้นๆ รับคิชอบ สำหรับพื้นที่ในความรับคิชอบของโรงพยาบาลชุมชน พนักงานแจงนับคือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน ผู้ให้ข้อมูลคือ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้พิการมากที่สุด โดยพนักงานแจงนับทุกคนจะได้รับการอบรมวิธีแจงนับพร้อมทั้งได้ชมวิดีโอลักษณะของความ

พิการประเภทต่างๆ และวิธีการกรอกรยละเอียดของการเจงนั้บ เมื่อเจงนั้บแล้วจะถูกตรวจสอบโดยผู้ประสานงานที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามลำดับ

ในเขตเมือง (เขตเทศบาล รวมเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร กรุงเทพมหานคร และเขตปกครองพิเศษ) ใช้การสำรวจครัวเรือนพิเศษ ได้แก่โรงเรียน สถานพยาบาล และศูนย์ฝึกอาชีพ รวมทั้งใช้ข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมไว้แล้ว จากโครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย การคาดประมาณจำนวนคนพิการในเขตเมือง

ใช้วิธีทางคณิตศาสตร์ 5 วิธี คือ วิธีสัดส่วน วิธีอัตราส่วน วิธีจำนวนรวม วิธีการกระจาย และวิธีถ่วงน้ำหนัก

นิยามศัพท์ : ของโครงการสำรวจที่ใช้เจงนั้บในเขตชนบท แบ่งความพิการเป็น

1. ความพิการทางการได้ยิน ได้แก่หูหนวก หูตึง หูหนวกผสมหูตึง
2. ความพิการทางการสื่อความหมาย ได้แก่ ไข้ พุดไม่รู้เรื่อง พุดไม่ชัด
3. ความพิการทางการมองเห็น ได้แก่ ตาบอด ตาเห็นเลือนลาง ตาเห็นวงแคบ
4. ความพิการทางการขย ได้แก่ ความผิดปกติของศีรษะ ตา จมูก ปาก แขน ขา มือ เท้า กระดูกสันหลัง อัมพาต ซักเกร็ง ไม่สามารถปฏิบัติการกิจประจำได้
5. ความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม หมายถึง มีความบกพร่องทางจิตใจหรือสมอง และมีพฤติกรรมผิดปกติ มีอารมณ์ความคิดผิดปกติ
6. ความพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้

สมท่อน นุสนธิ์. เด็กกำพร้าในพุทธศาสนาและอิสลาม : ศึกษาเปรียบเทียบกรณีการสงเคราะห์เด็ก กำพร้า วัดสระแก้ว อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองกับมูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าของสตรีไทยมุสลิมแห่ง ประเทศไทย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. บทบาทสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก (แรกเกิด ถึง 6 ปี) : บนเส้นทางแรงงานอพยพจากอีสานสู่กรุงเทพมหานคร. สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540.

ประชากรที่ศึกษา : ครอบครัวที่มีการย้ายถิ่นจากอีสานไปใช้แรงงานในกรุงเทพมหานครที่มีเด็กอายุ 0-6 ปี

การสุ่มตัวอย่าง : เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

1. ครอบครัวที่มีการย้ายถิ่น ไปใช้แรงงานในกรุงเทพมหานคร
 - 1.1 พื้นที่ต้นทางอพยพ เลือกบ้านโคกสูง ต.ก้านเหลือง อ.เวียงน้อย จ.ขอนแก่น เลือกเด็กมาศึกษาตามเกณฑ์ อายุและภาวะโภชนาการ 36 คน เป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ 20 คน และทุพโภชนาการ 16 คน
 - 1.2 พื้นที่ปลายทางอพยพ เลือกชุมชนผู้ใช้แรงงานในกรุงเทพมหานครซึ่งมีความร่วมมือกับมูลนิธิแห่งหนึ่ง ในการจัดสวัสดิการศูนย์เด็ก
 - 1.2.1 พ่อแม่พยพที่นำลูกมาด้วย 9 ครอบครัว
 - 1.2.2 พ่อแม่พยพที่ไม่ได้นำลูกมาด้วย 3 ครอบครัว
2. ครอบครัวในพื้นที่ที่มีการอพยพต่ำ เลือกบ้านโคกม่วง ต.เมืองเก่าพัฒนา อ.ภูเวียง จ.ขอนแก่น เลือกเด็กเช่น เดียวกันกับข้อ 1.1 กลุ่มละ 3 คน

วิธีการศึกษา/ตัวแปรและเครื่องมือวิจัย :

1. ลักษณะครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้แบบสัมภาษณ์
2. ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก และการให้คุณค่ากับเด็ก ใช้แบบสัมภาษณ์และการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยเข้าไปอาศัยในชุมชน เป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2538 ซึ่งเป็น 1 รอบของการอพยพ

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช). รายงานผลการวิจัย เรื่อง "ปัญหาและความต้องการด้านนโยบายของเด็กและเยาวชนที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสติปัญญา". สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2534.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กและเยาวชนพิการที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 25 ปีบริบูรณ์ที่มารับบริการของรัฐ

การสุ่มตัวอย่าง : โดยวิธี stratified random sampling

1. เพื่อให้ครอบคลุมทั่วทุกภาค สุ่มจากภาคเหนือ 4 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 จังหวัด ภาคตะวันออก 2 จังหวัด ภาคกลาง 6 จังหวัด ภาคใต้ 5 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

2. แต่ละจังหวัด ได้ข้อมูลจาก

2.1 กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา เก็บข้อมูลตามโครงการรณรงค์ผู้ไม่รู้หนังสือ

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานประถมศึกษาจังหวัด และที่ทำการประชาสัมพันธ์ 44 แห่งใน 11 จังหวัด (ไม่ได้ระบุเหตุผลของการเลือก 11 จังหวัดนี้)

การประชาสัมพันธ์ 44 แห่งใน 11 จังหวัด (ไม่ได้ระบุเหตุผลของการเลือก 11 จังหวัดนี้)

วิธีเก็บข้อมูล :

1. การสัมภาษณ์

1.1 เก็บข้อมูลภาคสนามโดยการสัมภาษณ์ใน 11 จังหวัด ตามข้อ 2.2 ข้างต้น ได้กลุ่มตัวอย่าง 670 คน

1.2 เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ของ

หน่วยงานช่วยสัมภาษณ์เด็กและเยาวชนพิการในสังกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 570 คน

2. การทดสอบระดับความสามารถในการ ใช้ Snellen chart

3. การสังเกตและบันทึก อาการและพฤติกรรมของเด็ก และลักษณะสภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมรอบๆ

ตัวเด็ก

หมายเหตุ - ในรายงานไม่ได้ระบุว่าความบกพร่องที่รายงานนั้น ได้จากการตรวจโดยผู้วิจัยหรือจากการสัมภาษณ์

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง ปี

พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ชาวไทยบนพื้นที่สูงในพื้นที่ 7 จังหวัด ที่มีประชากรตั้งแต่ 20,000 คนขึ้นไป ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน น่าน ดาก และกาญจนบุรี ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีขนาด 20 ครัวเรือนขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลจากทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ในประเทศไทย ปี 2538 ของกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นกรอบตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง : ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 800 ครัวเรือนต่อจังหวัด การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่ม 2 ขั้นตอน โดยใช้ขนาดของหมู่บ้านเป็นเกณฑ์ในการสุ่ม (2 stage cluster sampling with probability proportional to size) โดยสุ่มจังหวัดละ 40 หมู่บ้าน และสุ่มหมู่บ้านละ 20 หลังคาเรือน

นิยามศัพท์ :

1. ชุมชนบนพื้นที่สูง หมายถึง ชุมชนที่ชาวเขาชาติพันธุ์ต่างๆ อยู่อาศัยทำกิน ได้แก่ กะเหรี่ยง แม้ว เย้า มูเซอ ลีซอ อีเก้อ ลัวะ ถิ่น ขมุ ดอขุและมลาปี รวมทั้งพื้นที่ชนกลุ่มอื่นๆ เช่น ปะหล่อง จีนฮ่อ ไทยใหญ่ ไทยลื้อ คนไทยพื้นราบ ขึ้นไปอาศัยทำกินปะปนอยู่กับชาวเขา

2. ชาวเขา หมายถึง กลุ่มชนชาติส่วนน้อยที่อาศัยถาวรอยู่ในพื้นที่สูงและทุรกันดารของภาคเหนือและตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย มีภาษา ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างจากชาวไทยพื้นราบ

“ชาวเขา” ตามระเบียบสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ว่าด้วยการพิจารณาการสัญชาติไทยในทะเบียนบ้านให้แก่ชาวไทยภูเขา พ.ศ. 2535 ใช้คำว่า “ชาวไทยภูเขา”

3. ชนกลุ่มน้อย หมายถึง กลุ่มชนชาติส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงภาคเหนือของประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว มีการเคลื่อนย้ายอยู่เสมอ ระหว่างประเทศไทย สหภาพเมียนมา และประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยลาว ได้แก่ กลุ่มชาติจีนฮ่อ ไทยใหญ่ ปะหล่อง เป็นต้น

วิธีเก็บข้อมูล : ใช้แบบสัมภาษณ์ครัวเรือน ตามหัวหน้าครัวเรือน

สุชาติ คณิศรมงคล. สวัสดิภาพเด็กถูกกรรมกรก่อสร้าง : ศึกษารูปแบบการจัดบริการศูนย์เด็กเล็กเคลื่อนที่ในเขตก่อสร้างกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529.

สุภารดี สวัสดิมงคล. สภาวะทางสังคมและจิตใจของมารดานอกสมรสที่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.

ประชากรที่ศึกษา : มารดานอกสมรสที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2535 จำนวน 150 คน.

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มแบบบังเอิญในช่วงเวลาที่กำหนด

นิยามศัพท์ : มารดานอกสมรส หมายถึง หญิงตั้งครรภ์โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมายแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร หมายถึง การที่มารดามีลักษณะท่าทีหรือการแสดงออกว่าจะไม่รับบุตรกลับจากโรงพยาบาล เช่น ท่าที่ไม่สนใจบุตร เหม่อลอย วิตกกังวล ซึมเศร้า ปิดบังข้อมูลส่วนตัว ไปฝากครรภ์ ไม่มีญาติมาเยี่ยม

เครื่องมือวิจัย : ใช้แบบสอบถามและการสังเกต

สุมาลี เรื่องศิลปกิจการ. ผลของการใช้กิจกรรมพัฒนาภาษาที่มีต่อความสามารถด้านการฟังและการพูดของเด็กกำพร้าอายุ 3 ถึง 4 ปี ในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

อภิญา วังสนารักษ์. การศึกษาพัฒนาการด้านภาษา ด้านจำนวน ถ้อยคำ และการใช้ประโยคในหนังสือสารของเด็กวัยเรียนที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์และในครอบครัวปกติ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2530.

อภิรดี ธรรมาธิกุล. การศึกษาแนวทางการจัดสวัสดิการเด็กกำพร้าที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนอำเภอสันป่าตอง. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

อากร แสนไชย. พัฒนาการและวุฒิภาวะทางสังคมของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเด็ก-เวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7:169-175,2542.

ประชากรที่ศึกษา : เด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ อายุแรกเกิดถึง 5 ปี

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มอย่างง่ายได้จำนวน 63 คน เป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานสงเคราะห์น้อยกว่า 1 ปี 36 คน และกลุ่มที่อยู่มากกว่า 1 ปี 27 คน เป็นชาย 34 คน เป็นหญิง 29 คน

เครื่องมือวิจัย :

1. ข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามวุฒิภาวะทางสังคม (Vineland Social Maturity Scale)
3. แบบวินิจฉัยคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี (Diagnostic Inventory Screening for Children)

อารยา ถาวรวันชัย. เด็กแรกเกิดถูกทอดทิ้ง ในช่วงภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. สถานการณ์ 2542 ฉบับที่ 28.

อุ้นดา นพคุณ. การศึกษาสถานภาพ และนโยบายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส : เด็กถูกทอดทิ้ง. โครงการสตรีและเยาวชนศึกษา. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารหมายเลข 11/2535.
ประชากรที่ศึกษา :

1. เจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ของภาครัฐและเอกชน
2. เด็กกำพร้าที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2533 จำนวน 1,673 คน เป็นเด็กในการดูแลของภาครัฐบาล 1,269 คน เป็นเด็กในสถานสงเคราะห์เอกชนจำนวน 404 คน

กลุ่มตัวอย่าง :

1. เจ้าหน้าที่ จากสถานสงเคราะห์ภาครัฐ 25 แห่ง เลือกวิจัย 16 แห่ง สุ่มแบบง่าย เจ้าหน้าที่จำนวนครึ่งหนึ่ง หากสถานสงเคราะห์ใดมีเจ้าหน้าที่ต่ำกว่า 20 คน ใช้ทั้งหมด
2. เด็กกำพร้า จากจำนวน 1,673 คน สุ่มแบบง่ายจำนวน 569 คน

เครื่องมือวิจัย : ใช้แบบสอบถาม และแบบสังเกตที่สร้างขึ้นเอง

Perngparn U, Danthamrongkul V, Rungsoopaskul P et al. **Impact of health development on child rearing of the hilltribes : Karen and H'mong.** Chulalongkorn University, 1992.

กลุ่มประชากร : ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงและม้ง

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มชาวเขาที่อยู่ในเขตโครงการพัฒนาชาวเขาที่ดำเนินการมา 15 ปีแล้ว สุ่มตัวอย่างหญิงชาวเขาที่แต่งงานมีบุตรแล้ว เป็นชาวกะเหรี่ยง 179 คน ชาวม้ง 144 คน เป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี 63 คน และ 62 คน ตามลำดับ

วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้การสัมภาษณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2534

Underwood P, Chongsuvivatwong C, Pongprapai S et al. **A study on disabled children in a rural community in southern Thailand.** A joint project between the University of Western Australia and Prince of Songkla University 1993.

กลุ่มประชากร : เด็กพิการอายุ 0-15 ปี ในเขตอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

การสุ่มตัวอย่าง : สุ่มหมู่บ้านอย่างง่าย 30 หมู่บ้านจากทั้งหมด 67 หมู่บ้าน รวมเด็ก 4,866 คน

วิธีการเก็บข้อมูล : แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรก เป็นการสำรวจคัดขวงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้แบบสำรวจที่ปรับจาก WHO house to house survey questionnaire

ขั้นตอนที่ 2 นักศึกษาแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้วตรวจเด็กที่ผ่านการคัดกรองจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้แบบทดสอบที่อิง WHO manual (Training in the community for people with disabilities. 1990) และเก็บข้อมูลพื้นฐาน, การดูแลตนเอง ความสามารถในการเคลื่อนไหว และสื่อสาร และความรุนแรงของอาการพิการ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจร่างกายเด็กพิการที่ผ่านการวินิจฉัยจากขั้นตอนที่ 2 โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเมินภาวะพิการที่เป็นว่าสามารถรักษาหรือป้องกันได้หรือไม่

เด็กพิการที่ได้รับการวินิจฉัยจากขั้นตอนที่ 3 จะถูกสุ่มให้กระจายครอบครัวและชุมชนและความรุนแรงของภาวะพิการ เพื่อให้ นักมนุษยวิทยาสัมภาษณ์รูปแบบการดูแลเด็กพิการ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และผลกระทบของอาการพิการต่อครอบครัวและชุมชน

นิยามศัพท์ : ใช้คำนิยามของ International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (1980) และของ Australian Bureau of Statistics (1981)

เด็กพิการ (disabled) หมายถึง เด็กที่มีความพิการในด้านต่อไปนี้เป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า : การมองเห็น ได้ยิน พูด ชักหรือไม่รู้สติ ได้ยินหรือเข้าใจได้ช้า การศรัทธาของแขนหรือนิ้วมือหรือไม่สามารถใช้ได้อย่างสมบูรณ์ การศรัทธาของขาหรือเท้า หรือไม่สามารถใช้ได้อย่างสมบูรณ์ พฤติกรรมผิดปกติ พัฒนาการล่าช้า มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือทำงาน

สำหรับเด็กพิการต่ำกว่า 5 ปีทุกคนถือว่าเป็น handicap

บทที่ 8

บทบาทของรัฐและองค์กรภาคเอกชน ในการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

1. ความนำ

การส่งเสริมให้เด็กแรกเกิด - 5 ปี เจริญเติบโตและมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพนั้น นอกจากครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญแล้ว การจัดบริการจากภาครัฐ และภาคเอกชนเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญ นโยบายและทิศทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ฉบับที่ 7 และที่ 8 ระบุถึงความสำคัญของเด็กมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ซึ่งระบุถึงความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งแน่นอนจะต้องเริ่มต้นตั้งแต่ในครรภ์ และเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป เช่นเดียวกับองค์กรภาคเอกชนที่มีจำนวนหนึ่ง ที่ก่อตั้งขึ้นด้วยปณิธานและวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเด็ก และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยเสริมการทำงานของภาครัฐ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกอย่างรวดเร็ว ถึงกลุ่มเป้าหมายที่ด้อยโอกาสเป็นสำคัญ ดังนั้นการวิเคราะห์บทบาทของภาครัฐและองค์กรภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในระยะ 2 แผนพัฒนาที่ผ่านมา จะมีส่วนช่วยให้เป็นข้อมูลเพื่อการมองไปข้างหน้าของการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กต่อไป

2. นโยบายภาครัฐเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

ได้ศึกษาข้อมูลจากเอกสารหลัก 3 เล่ม คือ แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) เพื่อให้ทราบทิศทางและแนวโน้มของนโยบายภาครัฐ ในระยะ 2 แผน โดยมีข้อมูลที่นำเสนอใจดังนี้

2.1 นโยบายการดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539)

นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ระบุไว้ 8 ข้อ โดยมีข้อ 3 ที่กล่าวว่า “สนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงานทั้งในและต่างประเทศ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่นๆ ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล” พร้อมทั้งกำหนดกลวิธีที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพเด็กโดยตรง อยู่ในกลุ่มที่ 3 การสนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข คือ “วางแผนทางและมาตรการที่เฉพาะและเหมาะสม เพื่อให้มีหลักประกันในด้านการได้รับบริการสาธารณสุขแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการทุพพลภาพ คนงานในต่างประเทศ และกลุ่มครอบครัวใช้แรงงานที่อพยพเข้ามาในเมือง และไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน” นอกจากนั้นในแผนนี้ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กวัย 0-5 ปี คือ

- ลดอัตราการตายของทารกลงให้เหลือ 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต
- ลดอัตราการตายของมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลงให้เหลือ 0.3 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต
- ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้เหลือ 35 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต

- ทารกน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับหรือมากกว่า 3,000 กรัม มีอยู่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ของการคลอดในปี

2539

- ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอดในปี 2539
- ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ไม่เกินร้อยละ 1
- ส่งเสริมการป้องกันทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ครอบคลุมร้อยละ 50
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77
- เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио หัด ตั๊กแตนไขว้ครบตามเกณฑ์อายุร้อยละ 90

- ลดอัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

- คอตีบ ไม่ให้เกิน 0.05 ต่อประชากรแสนคน
- ไอกรน ไม่ให้เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน
- หัด ไม่ให้เกิน 15 ต่อประชากรแสนคน
- โปลิโอ ปลอดภัยในทุกพื้นที่
- บาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ ปลอดภัยในทุกพื้นที่
- อัตราการติดเชื้อตักแตนไขว้ บี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เหลือไม่เกิน 100 ต่อประชากร

1000 คน

- ลดอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือไม่เกิน 3,500 ต่อประชากรแสนคน และลดอัตราตายให้เหลือไม่เกิน 5.0 ต่อประชากรแสนคน

- ลดอัตราป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ให้เกินร้อยละ 5 และอัตราตายไม่ให้เกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วยปีปัจจุบัน

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) นี้ แบ่งออกเป็น 9 สาขา สาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก 0-5 ปี โดยตรง ได้แก่ สาขาการบริการสาธารณสุข สาขาการส่งเสริมสุขภาพ สาขาการควบคุมและป้องกันโรค

สาขาการบริการสาธารณสุข มีแผนการบริการสาธารณสุข ซึ่งระบุวัตถุประสงค์ว่า เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ได้รับบริการสาธารณสุขทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและทั่วถึง ดังนั้นกลวิธีดำเนินการจึงมุ่งเน้นการปรับปรุง ขยาย และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ นอกจากนั้นในงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้ระบุนโยบายให้บริการทางการแพทย์แก่กลุ่มเป้าหมายนี้คือ เด็ก 0-5 ปี รวมอยู่ด้วย โดยการจัดทำบัตรสงเคราะห์ให้เด็ก 0-5 ปี และให้บริการรักษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนอีกแผนงานในสาขานี้คือ แผนงานสุขภาพจิต โดยในแผนงานรองด้านปัญญาอ่อน กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะข้อหนึ่งไว้ว่า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกถึงวัยก่อนเรียน โดยเผยแพร่ความรู้และให้การฝึกอบรมแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญญา และพัฒนาทางด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม และจริยธรรมของเด็ก ตลอดจนพัฒนาบริการ พัฒนานุเคราะห์ และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

สาขาการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสาขาที่ระบุดูประสงคในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของเด็กอายุ 0-5 ปี อย่างชัดเจน และแผนงานที่มีจุดเน้นของเด็กวัยนี้ ได้แก่ แผนงานอนามัยครอบครัว แผนงานโภชนาการ และแผนงานพัฒนาทันตสาธารณสุข

แผนงานอนามัยครอบครัว กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ว่า เพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพสมบูรณ์ตามวัย หรือทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ตลอดจนส่งเสริมการวางแผนครอบครัว เพื่อผ่อนคลายปัญหาประชากรและยกระดับสุขภาพอนามัยของมารดา ทารกและเด็ก แผนงานนี้จึงกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับการลดอัตราการตายของมารดา ทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รวมทั้งการลด อุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) และเพิ่มอัตราคุมกำเนิด โดยมีกลวิธีหลักที่สำคัญ ได้แก่

- เพิ่มคุณภาพและครอบคลุมการบริการอนามัยแม่และเด็ก อาทิ การดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด การดูแลสุขภาพเด็ก บริการให้คำปรึกษาก่อนสมรสและเตรียมความพร้อมของคู่สมรส ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ การสร้างแม่ตัวอย่าง การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัว เป็นต้น

ส่วนแผนงานโภชนาการ ได้ให้ความสำคัญต่อกลุ่มเป้าหมายแม่และเด็กเช่นกัน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 1 ในเด็กอายุ 0-5 ปี เหลือไม่เกินร้อยละ 10 และระดับ 2,3 รวมกันไม่เกินร้อยละ 1 กลวิธีที่สำคัญยังกเน้นการเฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์โภชนาการเด็ก ซึ่งมีอยู่ 1,200 แห่ง

แผนงานทันตสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายเฉพาะสำหรับเด็ก 0-5 ปี คือ ควบคุมอัตราการเกิดโรคฟันผุ โดยร้อยละ 20 ของเด็กก่อนวัยเรียนปราศจากฟันผุ ทั้งในฟันน้ำนมและฟันถาวร ซึ่งมีกลวิธีดำเนินการคือให้ทันตศึกษาและบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จัดโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล และเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชนเขตจังหวัดที่มีอัตราโรคฟันผุสูง

สาขาการควบคุมและป้องกันโรค โดยแผนงานควบคุมโรคติดต่อจะมีเป้าหมายและกิจกรรมที่ระบุถึงกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ซึ่งกลวิธีที่เด่น ได้แก่ การจัดตั้ง ORT Comor ในโรงพยาบาลชุมชน การติดตามตรวจสอบคุณภาพของวัคซีน และการศึกษาวิจัยวัคซีนป้องกันโรคอุจจาระร่วงจาก Rota virus เป็นต้น

จะเห็นว่า แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เน้นการอยู่รอดของเด็กเป็นส่วนใหญ่ โดยการลดอัตราป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยวัคซีน การสาธารณสุขมูลฐานและลดปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย ตลอดจนการลดการตายของมารดาและทารก โดยการให้บริการอย่างทั่วถึงในระยะครรภ์ คลอด และหลังคลอด

2.2 แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544)

ในเอกสารแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (แผน 8) แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8

ส่วนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพของคนไทย

ส่วนที่ 3 การพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคมให้ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคน

ส่วนที่ 4 การเสริมสร้างศักยภาพการพัฒนาของภูมิภาคและชนบท เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึง

ส่วนที่ 5 การพัฒนาสมรรถนะทางเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคนและคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 6 การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 7 การพัฒนาประชาธิปไตย

ส่วนที่ 8 การบริหารจัดการเพื่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่กล่าวถึงนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการพัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ระบุเป้าหมายไว้ว่า เพิ่มปริมาณ เตรียมความพร้อมทุกด้านของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ในยุทธศาสตร์ด้านโครงสร้างและการกระจายตัวของประชากร ระบุแนวทางหลักที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กปฐมวัย คือ ชะลอการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราการเจริญพันธุ์ของสตรีในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า และเร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราเกิดสูง

ยุทธศาสตร์ การพัฒนา สติปัญญา ทักษะ และฝีมือแรงงาน กำหนดแนวทางหลักการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัย โดย

- 1) สนับสนุนและส่งเสริมให้เยาวชน คู่สมรส พ่อและแม่ มีความรู้เกี่ยวกับชีวิตครอบครัว และวิธีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน
 - 2) สนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับบริการเตรียมความพร้อมในรูปแบบต่างๆ เช่น ศูนย์พัฒนาเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็กในที่ทำงาน และในสถานประกอบการ โดยดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว
 - 3) สนับสนุนให้เด็กทุกคนได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ
- ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย ระบุแนวทางการพัฒนาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย โดยตรงคือ

1) สนับสนุนให้มีบริการตรวจสุขภาพแก่คู่สมรสก่อนแต่งงาน ก่อนมีบุตรและสตรีที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ และใช้การวางแผนครอบครัวสำหรับป้องกันและคัดกรองโรคพันธุกรรม โรคติดต่อในครรภ์และความพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ได้ทารกที่สมบูรณ์ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพทารกตั้งแตอยู่ในครรภ์

2) ส่งเสริมบริการสุขภาพอนามัยเพื่อพัฒนาการของเด็กและคุณภาพชีวิตที่ดีของแม่ เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยแม่และเด็ก การให้อาหารเสริมต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนยุทธศาสตร์สุดท้ายของส่วนนี้คือ การพัฒนาประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยเฉพาะการพัฒนากลุ่มคนพิการ ระบุให้มีการป้องกันความพิการอย่างจริงจัง และ ต่อเนื่อง ค้นหาเฝ้าระวังความพิการตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด หลังคลอด ตลอดจนความพิการ ภายหลัง และสนับสนุนการศึกษาวิจัยถึงสาเหตุ และการป้องกันความพิการ โดยใช้หน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้วเป็นหลักในการประสานงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 ระบุวัตถุประสงค์และเป้าหมายเกี่ยวกับครอบครัวและเด็กไว้ชัดเจน กล่าวคือ วัตถุประสงค์ระบุไว้ว่าเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ และให้เอื้อต่อการพัฒนาคน รวมทั้งสร้างโอกาสให้คน ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมดูแลทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น ส่วนเป้าหมายที่สอดคล้องกันคือ ส่งเสริมให้เด็กเยาวชน และคู่สมรส มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัว การมีบทบาทเป็นพ่อแม่ที่ดีและมี

คุณภาพ การแบ่งภาระรับผิดชอบในครอบครัว รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างอบอุ่นและใกล้ชิด ดังนั้นในส่วนนี้จึงกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองเป้าหมายดังกล่าว ได้แก่

1) สนับสนุนและกระตุ้นให้สื่อมวลชน เสนอสื่อที่สร้างสรรค์ชีวิตครอบครัวและชุมชน เช่น บทบาทการเป็นพ่อแม่ลูกที่ดี รวมถึงการแบ่งเบาภาระรับผิดชอบในครัวเรือน ความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการตามวัย

2) พิจารณาลดหย่อนภาษีสินค้าที่มีส่วนสร้างสรรค์คุณภาพชีวิต เช่น ของเด็กเล่น อุปกรณ์การเรียน อุปกรณ์กีฬา และสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็น

ส่วนที่ 4 ในยุทธศาสตร์ การเสริมสร้างโอกาสการพัฒนาเพื่อสร้างอาชีพ และการมีงานทำ ในการกระจายบริการด้านสังคมและการศึกษา ระบุให้จัดสวัสดิการทางสังคมต่างๆ คือ สถานพยาบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก สวนสาธารณะอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการ และเร่งรัดให้ออกกฎหมายสวัสดิการสังคม

2.3 นโยบายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544)

จากทิศทางที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 จึงกำหนดแผนงานออกเป็น 7 สาขา ได้แก่

สาขาที่ 1 การบริหารจัดการสาธารณสุข

สาขาที่ 2 การบริการสาธารณสุข

สาขาที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรค

สาขาที่ 4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

สาขาที่ 5 การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

สาขาที่ 6 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการพึ่งพาตนเองด้านสาธารณสุข

สาขาที่ 7 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข

ในที่นี้จะวิเคราะห์เฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อสถานะสุขภาพของเด็ก 0-5 ปี ได้แก่ สาขาที่ 3 เฉพาะแผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานควบคุมและป้องกันโรค แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และแผนงานสุขภาพจิต ส่วนสาขาที่ 2 การบริการสาธารณสุขยังคงดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสาขาที่ 3 ซึ่งเป้าหมายของงานที่เกี่ยวข้องกับเด็ก 0-5 ปี มีดังนี้

- อัตราตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ
- หญิงมีครรภ์ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่เกินร้อยละ 1
- ลดอัตราภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ไม่เกิน ร้อยละ 10
- แม่อายุ 21-35 ปี มีคุณสมบัติแม่ตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 35
- ทารกกินนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
- อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 10 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด
- อัตราทารกตายไม่เกิน 21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ
- การเกิดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกินร้อยละ 3
- ลดการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ลงร้อยละ 10

- ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
- อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต
- เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการตามวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10
- เด็ก 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- เด็กอายุ 5 ปี ปราศจากพิษสุไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
- เด็กได้รับการคุ้มครองตามปฏิญญาเพื่อเด็กไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70
- ลดความพิการจากภาวะปัญญาอ่อนในทารก จากสาเหตุภาวะพร่องธัยรอยด์แต่กำเนิด และ

Phenylketonuria ลงร้อยละ 50

- อุบัติการณ์การเกิดโรคธาลัสซีเมียในทารกลดลงร้อยละ 10
- เด็กอายุ 5 ปี ปราศจากพิษสุไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
- ลดอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน
- ลดอัตราป่วยโรคไข้สมองอักเสบ JE ในกลุ่มอายุ 0-5 ปี ให้เหลือไม่เกิน 0.6 ต่อประชากรล้านคน
- อัตราคุมกำเนิดอยู่ในระดับร้อยละ 77
- อัตราการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10
- เด็กต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 99

แผนงานส่งเสริมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 แผนงานรอง คือ แผนงานรองส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ และ แผนงานรองสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในแผนงานรองส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ มีงานที่เกี่ยวข้องกับเด็ก 0-5 ปี โดยตรงคือ งานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อลดอัตราป่วยและตายของมารดา
- 2) เพื่อลดอัตราป่วยและตายของเด็ก 0-5 ปี
- 3) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ความผิดปกติของพันธุกรรม
- 4) เพื่อให้มารดาและบิดา มีพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนด
- 5) เพื่อให้มารดาและเด็กได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม
- 6) เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ มีพัฒนาการตามวัยทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา

จิตใจ อารมณ์และสังคม และได้รับการดูแลคุ้มครองตามปฏิญญาเพื่อเด็ก

- 7) เพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

ในแผนงานนี้ได้กำหนดกิจกรรมหลัก ไว้คือ

1. พัฒนาความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ อาสาสมัคร และชุมชนเพื่อส่งเสริม ป้องกันเฝ้าระวัง และให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก
2. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ในการเลี้ยงดูเด็ก โดยเน้นบทบาท พ่อและแม่
4. พัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล แม่และเด็ก
5. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีคุณภาพและครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย

6. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น ภาคเอกชน และประชาชนในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก

7. สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลแม่และเด็กที่ด้อยโอกาส และกลุ่มเสี่ยง

8. พัฒนาระบบสารสนเทศและการบริหารจัดการ ให้เอื้อต่องานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย ส่วนแผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ในงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ ได้ระบุกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก 0-5 ปี คือสนับสนุนวัสดุผสมผงแก่ทารกที่แม่ติดเชื้อเอดส์ลดจนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพของบริการด้วย นอกจากนี้ในเดือนมกราคม 2541 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ร่วมมือกับ กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสุขภาพจิต และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จัดทำโครงการนำร่องการใช้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ดำเนินการในเขต 7 โดยให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 36-38 สัปดาห์ ครั้งละ 300 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ในระยะคลอดให้ยา AZT 300 มิลลิกรัม รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จนสิ้นสุดการคลอด

จะเห็นว่า ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 กำหนดแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนไว้ชัดเจนในทุกกลุ่ม อาจกล่าวได้ว่านโยบายและการดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นไปอย่างดีกว่าส่วนอื่น อย่างไรก็ตาม นโยบายและการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเน้นด้านสุขภาพกายเพื่อความอยู่รอดของเด็ก และเน้นบริการที่ชัดเจนจัดทำได้ง่ายกว่า ส่วนพัฒนาการด้านอื่นๆ เริ่มมีการเร่งรัดมากขึ้น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

3. องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

กุศล และคณะ (2541) ได้วิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับ การอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย และสรุปไว้ว่า องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชนของภาครัฐ และองค์กรพัฒนาภาคเอกชน มีจำนวนไม่น้อย และมักมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กต่ำกว่า 6 ปี โดยแบ่งออกเป็นหน่วยงานด้านนโยบาย และหน่วยงานที่ให้บริการ

3.1 หน่วยงานด้านนโยบาย ของภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ส่วนหน่วยงานด้านนโยบายขององค์กรพัฒนาเอกชน คือ สภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชน (สอ.ดย.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานการดำเนินงานพัฒนาเด็กและเยาวชนในภาคเอกชน

3.2 หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ของภาครัฐ มีกระจัดกระจายอยู่หลายหน่วยงาน โดยหน่วยงานหลักได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหลายกรมกองที่ทำงานร่วมกัน อาทิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ส่วนกระทรวงอื่นที่สำคัญได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีกรมกองดำเนินงานด้านพัฒนาเด็กต่ำกว่า 6 ปี ได้แก่ สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ (โครงการโรงเรียนอนุบาลชนบท) กรมการศาสนา (ศูนย์เด็กเล็กในวัด) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ควบคุมให้คำแนะนำโรงเรียนอนุบาลเอกชน) เป็นต้น กระทรวงมหาดไทยมีกรมการพัฒนาชุมชน (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) และกรุงเทพมหานคร (ศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวัน ของศูนย์บริการสาธารณสุข ชั้นเด็กเล็กหรือชั้นอนุบาลของสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ เป็นต้น) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีกรม

ประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วไป รวมทั้งการให้การสงเคราะห์เด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานอื่นที่มีบริการในด้านต่างๆ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี แต่ไม่ใช่เป็นภาระหน้าที่หลัก ได้แก่ กระทรวงกลาโหม (มีโรงพยาบาล โรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ทบวงมหาวิทยาลัย (มีโรงพยาบาล โรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เป็นต้น

3.3 องค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

หน่วยงานนี้มีบริการหรือโครงการสำหรับเด็กวัยนี้ ได้แก่ มูลนิธิเด็ก มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ สหทัยมูลนิธิ มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก มูลนิธิคุ้มครองเด็ก มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก ฯลฯ การดำเนินงานมีทั้งเป็นเอกเทศและโดยการร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ และเป็นส่วนเสริมให้งานของรัฐครบถ้วนยิ่งขึ้น จากการทำงานที่รวดเร็วไม่ต้องผ่านขั้นตอนมากมาย เช่น หน่วยงานของรัฐ และเป็นการเข้าถึงเด็กในภาวะยากลำบาก เช่น เด็กในชุมชนแออัด เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน เด็กถูกทารุณกรรม เป็นต้น

4. รายละเอียดบางส่วนของงานดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในช่วงต่อไป รายละเอียดของการดำเนินงานที่ผ่านมา น่าจะสนับสนุน เพิ่มเติมงานจากนโยบายต่อไป จึงได้ศึกษาเอกสารต่างๆ ของหน่วยงานหลักเท่าที่จะเอื้ออำนวยได้ ซึ่งได้แก่รายงานประจำปีของกรมอนามัย การประเมินผลโครงการอนุบาลชนบทของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ การประเมินผลโครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัวของกรมการพัฒนาชุมชน การสงเคราะห์เด็กของกรมประชาสงเคราะห์ และการสำรวจ และประมวลข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะเลี้ยงดูเด็กวัย 0-6 ปี ในประเทศไทยของ อุดมสิทธิ์ จิตรวิจารณ์

4.1 การดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539)

จากการศึกษารายงานประจำปีที่มีอยู่ คือ พ.ศ. 2535, 2537 และ 2538 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ดำเนินงานโดยมีกิจกรรมหลัก 5 ประการ ได้แก่ การขยายและเร่งรัดให้บริการทั่วถึง การผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ การศึกษาวิจัย และติดตามประเมินผล และการสนับสนุนวิชาการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โครงการที่สำคัญและขยายผลครอบคลุมไปทั่วประเทศในแผนที่ 7 คือ โครงการคัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่าง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญของการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผน ครอบครัว โภชนาการ และการได้รับวัคซีนป้องกันโรค

นอกจากการเร่งรัดให้บริการอนามัยแม่และเด็กอย่างมีคุณภาพทั่วถึงแล้ว ยังมีโครงการนำร่องเรื่องต่างๆ เกิดขึ้นตามปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หรือ พื้นที่ที่มีปัญหาพิเศษ เช่น โครงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในแม่และเด็ก โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โครงการครอบครัวร่วมใจเด็กทุ่งกุลาร้องไห้พัฒนาโครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจากธาลัสซีเมีย โครงการธุรกิจวางแผนครอบครัวเพื่อสังคม เป็นต้น (รายละเอียดดูภาคผนวก)

4.2 การดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8

ในช่วงต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) กระทรวงสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารใหม่ โดยมีกรมสุขภาพจิต ซึ่งแยกมาจากกรมการแพทย์ นอกจากนั้นภายในกรมที่อยู่เดิมก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน โดยกรมอนามัยจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแยกมาจากกองอนามัยครอบครัว

ครัว และรวมกองอนามัยโรงเรียนเข้าด้วยกัน สำนักส่งเสริมสุขภาพแบ่งความรับผิดชอบเป็นกลุ่มงานที่ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ในครรภ์จนถึงวัยสูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก และประสานงานกับกรมกองอื่นในการดูแลสุขภาพของประชาชน ส่วนกองอื่นๆ ทำหน้าที่ในด้านวิชาการ ได้แก่ กองวางแผนครอบครัวและประชากร กองโภชนาการ กองทันตสาธารณสุข ซึ่งมีโครงการเฉพาะด้านเกี่ยวข้องกับเด็ก 0-5 ปี

ในแผนนี้ นอกจากจะดูแลให้เด็กอยู่รอดปลอดภัยแล้ว ยังส่งเสริมพัฒนาการของเด็กด้วย และให้ความสำคัญของเด็กคือโอกาส เช่น การลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด การประสานงานภาครัฐ-เอกชนในการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในที่ทำงาน โรงงาน และชุมชน และโครงการส่งเสริม โภชนาการ และสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี การคัดกรองโรคขาดธาตุรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด เป็นต้น

4.3 โครงการอนุบาลชนบท กระทรวงศึกษาธิการ

โครงการอนุบาลชนบท ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2529 โดยสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) เป็นผู้รับผิดชอบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้เจริญเติบโตเต็มศักยภาพแก่เด็กในชนบทอย่างเสมอภาคด้านโอกาสการศึกษา เช่นเดียวกับเด็กในเมือง การดำเนินงานโครงการอนุบาลชนบทระหว่าง พ.ศ. 2525-2532 มุ่งด้านปริมาณ เพื่อให้เด็กในชนบท อายุ 4-6 ปี ได้เข้าเรียนชั้นอนุบาลหลักสูตร 2 ปี ให้มากที่สุดโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ที่มีความพร้อมด้านอาคารและครู ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 โครงการอนุบาลชนบทได้พัฒนาเป็นแผนงานจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา งานการศึกษาภาคบังคับ

ระหว่างปี 2532-2539 โครงการอนุบาลชนบท มุ่งเน้นด้านคุณภาพ 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และกระบวนการเรียนรู้แบบใหม่ เด็กเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นการรู้จักของสมองครบถ้วน จำนวนเด็กเล็กที่เข้าโครงการอนุบาลชนบท แสดงในตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 สถิตินักเรียนอนุบาล ชั้นปีที่ 1-2 และชั้นเด็กเล็ก ระหว่างปี 2529-2538

พ.ศ.	จำนวนนักเรียน (คน)		
	อนุบาล 1	อนุบาล 2	ชั้นเด็กเล็ก*
2529	65,893	19,595	611,412
2530	113,055	67,583	854,978
2531	149,537	112,882	641,391
2532	112,311	145,051	634,195
2533	112,310	140,029	630,339
2534	147,343	128,586	631,981
2535	172,407	171,495	575,184
2536	360,890	214,284	515,795
2537	465,744	363,446	295,006
2538	610,562	579,073	125,137

*หลักสูตร 1 ปี

กลุ่มวิจัยและประเมินคุณภาพการศึกษา สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา ของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (2541) ได้ประเมินสัมฤทธิ์ผลทศวรรษที่ 1 โครงการอนุบาลชนบท พ.ศ.2529-2539 โดยมีประเด็นสำคัญของการประเมินคือ

1. ด้านปัจจัยและกระบวนการ ได้แก่ ต้นทุนภาครัฐ นักเรียนอนุบาลชนบทต่อคนต่อปี กลไกสำคัญในการดำเนินงาน และการอบรมทดแทนหรืออบรมซ่อม
2. ด้านผลผลิต ได้แก่ พัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญาและความคิดสร้างสรรค์ และพัฒนาการรู้คิดด้านจริยธรรม

ในรายงานนี้จะเสนอข้อมูลเฉพาะด้านต้นทุนภาครัฐ ซึ่งใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2538 และด้านผลผลิตซึ่งกลุ่มวิจัยและประเมินคุณภาพการศึกษาเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2539 (ปีการศึกษา 2538)

ข้อมูลด้านวิเคราะห์ต้นทุนภาครัฐ ประกอบด้วย ต้นทุนด้านทรัพย์สินนักเรียน (capital cost) ต่อคนต่อปี ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่าย 3 รายการคือ โຕะเก้าอี้นักเรียน ตู้ไม้ ตู้เหล็ก (ไม่วิเคราะห์ค่าที่ดินและอาคาร เพราะหลักเกณฑ์ที่ให้จัดอนุบาลชนบทในโรงเรียนที่มีความพร้อมด้านอาคารเรียนและครูเป็นหลัก) และต้นทุนดำเนินการ (Recurrent cost) ต่อคนต่อปี เป็นค่าใช้จ่าย 3 ด้านคือ ครูผู้สอน ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับนักเรียนโดยตรง และค่าใช้จ่ายในการดำเนินการทางวิชาการ

วิเคราะห์จากข้อมูล 45 จังหวัด ผลการวิเคราะห์พบว่า

- ต้นทุนด้านทรัพย์สินเฉลี่ยคนละ 12.62 บาทต่อคนต่อปี
- ต้นทุนดำเนินการ - ด้านครูผู้สอน เฉลี่ยคนละ 5,846.14 บาท ต่อคนต่อปี
 - ด้านค่าใช้จ่ายสำหรับนักเรียนโดยตรง เฉลี่ยคนละ 1,401.35 บาท ต่อคนต่อปี
 - ด้านค่าใช้จ่ายในการดำเนินการทางวิชาการ เฉลี่ยคนละ 2.93 บาท ต่อคนต่อปี
- รวมต้นทุนทั้งหมด 7,263.04 ต่อคนต่อปี

จากการประเมินผลด้านผลผลิตประกอบด้วย 1) พัฒนาการทางร่างกายด้านการเจริญเติบโต กลุ่มตัวอย่าง 181,123 คน จาก 47 จังหวัด 2) พัฒนาการทางกายด้านสมรรถภาพทางกลไก กลุ่มตัวอย่างจาก 30 จังหวัด 3) พัฒนาการทางกายด้านสุขภาพอนามัย กลุ่มตัวอย่าง 205,359 คน จาก 60 จังหวัด 4) การเพิ่มส่วนสูงมาตรฐานเด็กและเยาวชนไทย กลุ่มตัวอย่างจาก 36 จังหวัด 5) พัฒนาการด้านสติปัญญา จำนวนตัวอย่าง 9,418 คน จาก 47 จังหวัด 6) พัฒนาการด้านความคิดสร้างสรรค์ จำนวนนักเรียน 13,162 คน จาก 48 จังหวัด และ 7) พัฒนาการด้านจริยธรรม จำนวนตัวอย่าง 583 คน จาก 23 จังหวัด ผลการประเมิน พบว่า ด้านการเจริญเติบโตยังมีเด็กจำนวนหนึ่ง (ประมาณหนึ่งในสิบ) มีทุพโภชนาการ ทั้งด้านต่ำกว่ามาตรฐานและเกินมาตรฐาน มีปัญหาด้านสมรรถภาพกลไก มีประมาณ 1 ใน 3 ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงหรือแข็งแรงปานกลาง และมีร้อยละ 27.05 ที่มีการรับรู้ การคิดต่ำกว่าอายุ และมีเพียงร้อยละ 19.61 ที่มีความคิดสร้างสรรค์มาก และที่น่าเป็นห่วง คือ ประมาณ 1 ใน 5 ถึง 1 ใน 4 ที่มีพัฒนาการด้านจริยธรรมต่ำกว่าวัย (รายละเอียดตามตารางที่ 8 ก. และ 8 ข. ในภาคผนวก)

เนื่องจากการประเมินผลโครงการอนุบาลชนบทในครั้งนี้ไม่ได้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบถึงผลกระทบของการที่เด็กได้รับโอกาสเรียนอนุบาลกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ จึงไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่า โครงการอนุบาลชนบทก่อให้เกิดผลกระทบในด้านพัฒนาการเด็กเปลี่ยนแปลงไปเพียงใด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินครั้งนี้ นับเป็นแหล่งสำคัญที่มีการวัดพัฒนาการเด็กในหลายๆ ด้าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านนี้ต่อไป และจากโครงการอนุบาลชนบทจะเห็นว่าแนวโน้มของเด็กปฐมวัยในชนบทจะได้รับโอกาสเข้าศึกษาในโรงเรียน

อนุบาลมากขึ้น ซึ่งหากส่งเสริมและพัฒนาครูผู้รับผิดชอบให้เข้าใจถึงความต้องการของเด็กวัยนี้ และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัย จะเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทยได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่ง

4.4 โครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว : การพัฒนาเด็กแบบบูรณาการ

เนื่องจากการพัฒนาเด็กเป็นบทบาทของหลายหน่วยงาน ซึ่งมักดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ มีเป้าหมายและจุดเน้นที่แตกต่างกัน และจากแนวคิดการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างองค์รวม ในปี พ.ศ.2541 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้สนับสนุนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านพัฒนาเด็ก ร่วมดำเนินโครงการ “สอนลูกให้ฉลาด” ใน 26 จังหวัด 259 หมู่บ้าน ต่อมาในปี พ.ศ.2538 ได้พัฒนาเป็นโครงการ “พัฒนาเด็กโดยครอบครัว” โดยเริ่มดำเนินการใน 10 จังหวัด ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในปี 2534 ได้ขยายการดำเนินงานของโครงการไปยัง 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งยังคงอยู่ภายใต้การสนับสนุนของ UNICEF ร่วมกับมูลนิธิสังเคราะห์เด็กยากจน ซี.ซี.เอฟ. ในประเทศไทย และต่อมาในปี 2536 องค์การ Save the Children (U.S.A.) ได้สนับสนุนให้ขยายพื้นที่โครงการไปยังจังหวัดนครสวรรค์อีกจังหวัดหนึ่ง และเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2537 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้ขยายโครงการ “พัฒนาเด็กโดยครอบครัว” ให้ครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัด ทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) และเพิ่มกลุ่มเป้าหมายไปจนถึงเด็กอายุ 7-18 ปี และเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการ “พัฒนาครอบครัว” โดยมีกรมการพัฒนาชุมชน เป็นหลักในการประสานงาน และใช้งบประมาณแผ่นดินเป็นหลัก

ในเดือนตุลาคม 2539 UNICEF ได้สนับสนุนงบประมาณให้ดำเนินการวิจัยเพื่อประมวลประสบการณ์ของโครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว โดยมีผู้วิจัยหลัก 2 คน คือ ดร.นภเนตร ธรรมบวร และ Ms.Lara Herscovitch ศึกษาใน 5 จังหวัด ได้แก่ ยะลา สงขลา น่าน ขอนแก่น และนครสวรรค์ สาระสำคัญของผลการศึกษา คือ

- จุดเด่นของโครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว คือการทำงานเป็นระบบเครือข่ายทุกหน่วยงานที่มีบทบาทในการพัฒนาเด็ก มีโอกาสมาทำงานร่วมกัน ทำให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อน เป็นการประหยัดงบประมาณ โดยมี UNICEF ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก แต่เมื่อโครงการฯ เปลี่ยนเป็น โครงการพัฒนาครอบครัว ครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ การบริหารจัดการเปลี่ยนไป UNICEF จะค่อย ๆ ถอนตัวออกจากโครงการ ให้กรมการพัฒนาชุมชนทำหน้าที่ประสานงาน ซึ่งมีจุดอ่อนที่เจ้าหน้าที่กรมการพัฒนาชุมชนโยกย้ายบ่อย อาจทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง

- งบประมาณในช่วงแรกได้รับสนับสนุนจาก UNICEF และ C.C.F. ซึ่งมีความคล่องตัวและสามารถดำเนินงานไปอย่างพร้อมเพรียงกัน แต่เมื่อเป็นงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งจะจัดสรรไปยังแต่ละกรม กอง ทำให้การได้รับงบประมาณไม่สอดคล้องกัน จึงมีผลต่อการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งงบประมาณในหลายส่วนที่ถูกต้องไป โดยเฉพาะด้านการบริหารโครงการ ทำให้การประสานงานมีปัญหา

- จากการสัมภาษณ์แม่ในจังหวัดที่ศึกษา พบว่า แม่ทุกคนมีความพึงพอใจต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาก เนื่องจากเดิมได้รับการกระตุ้นพัฒนาการรอบด้าน รวมทั้งการส่งเสริมโภชนาการ แม่เห็นความสำคัญของสมุดสีชมพู (สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกระทรวงสาธารณสุข)

4.5 กิจกรรมสงเคราะห์เด็กของกรมประชาสงเคราะห์

นอกจากการดำเนินตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแล้ว รัฐบาลยังสนับสนุนให้การสงเคราะห์เด็กด้อยราย ชื่อหน่วยงาน จำนวนเด็ก และจำนวนที่เลี้ยงเด็กในสถานสงเคราะห์เด็ก/สถานแรกรับ/สถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก ในสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ ดังตารางที่ 8.2

4.6 แผนงานโครงการด้านสุขภาพอนามัยเด็กปฐมวัยของกรุงเทพมหานคร

จากการแบ่งส่วนราชการของประเทศ การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งดำเนินงานสอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบัน (พ.ศ. 2543) กรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 60 แห่ง และศูนย์บริการสาขาสารณสุขสาขา 81 แห่ง กระจายที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และมีโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลหนองจอก

จากการวิเคราะห์เอกสารที่ได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักอนามัย เกี่ยวกับผลงานที่สำคัญของสำนักอนามัยในช่วงปี พ.ศ. 2541-2543 พบว่า นอกจากงานที่ต้องดำเนินการเป็นประจำ อาทิ การเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังทางโภชนาการ การบริการทันตสาธารณสุข การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำนักอนามัยยังมีโครงการพิเศษ ในแต่ละปี โดยเป็นเด็กด้อยโอกาส เช่น การช่วยเหลือเด็กที่มาจากการติดเชื้อเอดส์ การค้นหา ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู สภาพเด็กถูกทอดทิ้ง และถูกทารุณกรรม การรณรงค์ ให้วัคซีนครบถ้วน ในเด็ก และหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในแหล่งก่อสร้าง โครงการพิทักษ์สิทธิเด็ก และสตรี กรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ ศูนย์บริการสาธารณสุข บางแห่งมีสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือครอบครัวที่ด้อยโอกาส ในปัจจุบันปี พ.ศ. 2543 มีสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน 12 แห่ง ซึ่งสามารถรับเด็กได้ทั้งหมด 890 คน ส่วนเด็กอีกส่วนหนึ่งของวัยปฐมวัย กำลังเรียนอยู่ในชั้นอนุบาลของโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีโรงเรียนอนุบาลทั้งหมด 426 โรงเรียน และจำนวนเด็กโรงเรียนอนุบาล จำนวน 60,267 คน (แหล่งอ้างอิง : สำนักอนามัย. ผลงานที่สำคัญของสำนักอนามัย ปี พ.ศ. 2541, 2542, 2543 เอกสารโรเนียว.)

ตารางที่ 8.2 หน่วยงานสงเคราะห์เด็ก กรมประชาสงเคราะห์

ลำดับที่	รายชื่อหน่วยงาน	จำนวนเด็ก (ราย)	จำนวนพี่เลี้ยงเด็ก (ราย)
	กองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น		
1	สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท	339	61
2	สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนรังสิต	226	40
3	สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนปากเกร็ด	198	51
4	สถานสงเคราะห์เด็กบ้านแคนทอง จังหวัดขอนแก่น	115	16
5	สถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลา จังหวัดสงขลา	163	23
6	สถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงก์ จังหวัดเชียงใหม่	313	14
7	สถานสงเคราะห์เยาวชนมูลนิธิมหามหาราช จังหวัดปทุมธานี	377	8
8	สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	501	10
9	สถานสงเคราะห์เด็กหญิงจังหวัดสระบุรี	170	6
10	สถานสงเคราะห์เด็กหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรฯ	233	9
11	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านมหาเมฆ	169	4
12	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านปากเกร็ด	349	17
13	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี	222	4
14	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	124	14
15	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช	238	22
16	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านหนองคาย	146	5
17	สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่	151	5
18	สถานสงเคราะห์เด็กจังหวัดปัตตานี	252	4
19	สถานสงเคราะห์เด็กจังหวัดนครราชสีมา	80	3
20	สถานสงเคราะห์เด็กชายจังหวัดยะลา	116	6
21	ศูนย์สงเคราะห์และฝึกอาชีพเด็กเยาวชน จังหวัดศรีสะเกษ	68	2
	กองคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก		
1	สถานแรกรับเด็กหญิงพญาไท	105	8
2	สถานแรกรับเด็กชายปากเกร็ด	199	10
3	สถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น	128	15
4	สถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดระยอง	338	18
	สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ		
1	สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ	431	67
2	สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพิการทางสมองและปัญญา	421	109
3	สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา (ชาย)	622	110
4	สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา (หญิง)	499	39

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 13 ธันวาคม 2542

สรุป และข้อคิดเห็นจากการวิเคราะห์นโยบายภาครัฐเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด - 5 ปี

นโยบายภาครัฐที่ผ่านมา ระบุเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาเสนอมาในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี กระทรวงที่มีบทบาทหลักคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป การส่งเสริมพัฒนาการ การเฝ้าระวังด้านโภชนาการ การป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเด็กที่ป้องกันได้โดยวัคซีนและการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ โดยเน้นการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม มีลูกเมื่อพร้อม ตลอดจนการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และในระยะต่อมา การดำเนินงานดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบ ของทุกกรมกองของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการประสานแผน การแบ่งบทบาทความรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นที่ชัดเจน การเชื่อมโยงกิจกรรมซึ่งกันและกัน จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ค้ำค่าการลงทุน และได้ผลประโยชน์สู่เด็กอย่างแท้จริง สำนักนโยบายและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขน่าจะเป็นแกนหลักที่สำคัญที่จะทำให้การประสานงานแผนงานโครงการต่างๆ เป็นไปได้ด้วยดี

เนื่องจากสุขภาพเด็ก มิได้หมายถึงแค่สุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงสุขภาพด้านจิตใจ/อารมณ์ สุขภาพด้านสติปัญญา และการอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ดี เก่ง และมีความสุข) ดังนั้นยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ (เช่น โครงการอนุบาลชนบทของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ) กระทรวงมหาดไทย (เช่น โครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว ของกรมการพัฒนาชุมชน) และกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม (กิจกรรมสงเคราะห์เด็กของกรมประชาสงเคราะห์) เป็นต้น และอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีหน้าที่ประสานนโยบายระดับชาติ ในด้านพัฒนาเด็กและเยาวชนทุกด้านคือ สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี น่าจะมีบทบาทสำคัญในการติดตามกำกับให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐดำเนินการสอดคล้องประสานกัน รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการทำงานขององค์กรภาคเอกชน โดยถือว่าเป็นเครือข่ายการทำงานเพื่อเด็กของชาติเช่นกัน และเป็นหน่วยงานกลางที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาเด็กและเยาวชนทุกด้าน เพื่อให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจน ของการพัฒนาเด็กและเยาวชน

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ การจัดทำแผนงานโครงการ การดูแลสุขภาพเด็กส่วนใหญ่ยังเป็นแผนของส่วนกลางลงไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องหรือตรงกับความต้องการ หรือปัญหาของท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่ง ความพยายามที่จะให้มีแผนงานโครงการจากระดับท้องถิ่นขึ้นมา ตั้งแต่แผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 (2525-2529) ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครองท้องถิ่น โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น น่าจะเป็นจุดผลักดันอีกครั้งที่ให้มีแผนงานโครงการจากระดับท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนขึ้นมา ซึ่งแน่นอนในระยะเริ่มต้น เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด กระตุ้นให้ชุมชนคิดและทำด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (ottawa charter) มาใช้ในการกำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างองค์รวม

สถานเลี้ยงดูเด็ควัย 0-6 ปี

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนลักษณะครอบครัว ทำให้มีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และผู้หญิงต้องออกทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือรายได้ของครอบครัว ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ส่วนใหญ่ต้องอยู่ในความดูแลของคนอื่น ซึ่งมีรูปแบบของบริการออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ ศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวัน (Day care center) โรงเรียนอนุบาล (Preschool program) การรับเลี้ยงเด็กกลางวันโดยครอบครัวใกล้เคียง (Family day care) และการเลี้ยงเด็กในบ้านตนเองโดยลูกจ้าง

สรุป และข้อคิดเห็นจากการวิเคราะห์นโยบายภาครัฐเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด - 5 ปี

นโยบายภาครัฐที่ผ่านมา ระบุเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาเสนอมาในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี กระทรวงที่มีบทบาทหลักคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป การส่งเสริมพัฒนาการ การเฝ้าระวังด้านโภชนาการ การป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเด็กที่ป้องกันได้โดยวัคซีนและการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ โดยเน้นการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม มีลูกเมื่อพร้อม ตลอดจนการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และในระยะต่อมา การดำเนินงานดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบ ของทุกกรมกองของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการประสานแผน การแบ่งบทบาทความรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นที่ชัดเจน การเชื่อมโยงกิจกรรมซึ่งกันและกัน จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ค้ำค่าการลงทุน และได้ผลประโยชน์สู่เด็กอย่างแท้จริง สำนักนโยบายและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขน่าจะเป็นแกนหลักที่สำคัญที่จะทำให้การประสานงานแผนงานโครงการต่างๆ เป็นไปได้ด้วยดี

เนื่องจากสุขภาพเด็ก มิได้หมายถึงแค่สุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงสุขภาพด้านจิตใจ/อารมณ์ สุขภาพด้านสติปัญญา และการอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ดี เก่ง และมีความสุข) ดังนั้นยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ (เช่น โครงการอนุบาลชนบทของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ) กระทรวงมหาดไทย (เช่น โครงการพัฒนาเด็กโดยครอบครัว ของกรมการพัฒนาชุมชน) และกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม (กิจกรรมสงเคราะห์เด็กของกรมประชาสงเคราะห์) เป็นต้น และอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีหน้าที่ประสานนโยบายระดับชาติ ในด้านพัฒนาเด็กและเยาวชนทุกด้านคือ สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี น่าจะมีบทบาทสำคัญในการติดตามกำกับให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐดำเนินการสอดคล้องประสานกัน รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการทำงานขององค์กรภาคเอกชน โดยถือว่าเป็นเครือข่ายการทำงานเพื่อเด็กของชาติเช่นกัน และเป็นหน่วยงานกลางที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาเด็กและเยาวชนทุกด้าน เพื่อให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจน ของการพัฒนาเด็กและเยาวชน

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ การจัดทำแผนงานโครงการ การดูแลสุขภาพเด็กส่วนใหญ่ยังเป็นแผนของส่วนกลางลงไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องหรือตรงกับความต้องการ หรือปัญหาของท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่ง ความพยายามที่จะให้มีแผนงานโครงการจากระดับท้องถิ่นขึ้นมา ตั้งแต่แผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 (2525-2529) ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครองท้องถิ่น โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น น่าจะเป็นจุดผลักดันอีกครั้งที่ให้มีแผนงานโครงการจากระดับท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนขึ้นมา ซึ่งแน่นอนในระยะเริ่มต้น เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด กระตุ้นให้ชุมชนคิดและทำด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (ottawa charter) มาใช้ในการกำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างองค์รวม

สถานเลี้ยงดูเด็ควัย 0-6 ปี

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนลักษณะครอบครัว ทำให้มีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และผู้หญิงต้องออกทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือรายได้ของครอบครัว ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ส่วนใหญ่ต้องอยู่ในความดูแลของคนอื่น ซึ่งมีรูปแบบของบริการออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ ศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวัน (Day care center) โรงเรียนอนุบาล (Preschool program) การรับเลี้ยงเด็กกลางวันโดยครอบครัวใกล้เคียง (Family day care) และการเลี้ยงเด็กในบ้านตนเองโดยลูกจ้าง

จากการสำรวจของอุคมสิทธิ์ จิตวิจารณ์ ในปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีการดำเนินการให้บริการเลี้ยงดูเด็กโดยหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนรวม 46,367 แห่ง ซึ่งเป็นของภาครัฐร้อยละ 91.73 และเป็นของภาคเอกชน 8.27 (ไม่รวมการเลี้ยงที่บ้านโดยลูกจ้าง) มีครูหรือผู้ดูแลเด็ก 114,624 คน และมีเด็กต่ำกว่า 6 ปี ได้รับการ 2,834,301 คน คิดเป็นร้อยละ 51.75 ของเด็กวัยนี้ทั้งหมด (แต่พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีอายุ 3-6 ปี ดังนั้นหากพิจารณาเฉพาะเด็ก 3-6 ปี จะมีถึงร้อยละ 97 ที่ได้รับการ) ซึ่งเด็กจำนวนดังกล่าวร้อยละ 79.24 จะได้รับการบริการจากสถานเลี้ยงเด็กของภาครัฐ อีกร้อยละ 20.16 ได้รับจากสถานเลี้ยงเด็กภาคเอกชน จากการศึกษาของลัดดา และคณะ (2543) ร้อยละ 9 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 19.3 ของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี) ได้รับการดูแลโดย Family day care

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงความต้องการบริการดูแลเด็กวัย 0-6 ปี นอกจากความต้องการในเชิงปริมาณแล้ว การพัฒนาคุณภาพของการดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กทุกรูปแบบ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ

การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยเด็กแรกเกิด-5 ปี ขององค์กรพัฒนาภาคเอกชน (NGO)

จากการตรวจสอบวัตถุประสงค์การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาภาคเอกชน (NGO) พบว่า มีจำนวน 8 องค์กร ที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยของเด็กแรกเกิด -5 ปี ส่วนใหญ่เน้นที่เด็กชายโอกาส ได้แก่

1. มูลนิธิดวงประทีป
2. มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
3. สหทัยมูลนิธิ
4. มูลนิธิเด็ก
5. มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม
6. มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก
7. มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
8. มูลนิธิคุ้มครองเด็ก

ได้ติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตระดมข้อมูลวิเคราะห์ พบว่าหลายองค์กรไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การดำเนินงานหลายช่วงไม่มีการบันทึกไว้ และบางมูลนิธิแจ้งว่าไม่สะดวกที่จะเผยแพร่ข้อมูล ดังนั้นจึงวิเคราะห์จากเอกสารเท่าที่ได้รับ ดังนี้

มูลนิธิดวงประทีป ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2522 บริเวณชุมชนแออัดคลองเตย โดยคุณครูดวงประทีป อึ้งทรงธรรม ฮาตะ ผู้ซึ่งได้รับรางวัลรามอนแมกไซไซ สาขาบริการชุมชน ในปี พ.ศ.2521

จากสรุปรายงานการทำงานปี 2539-2542 มีกิจกรรมด้านพัฒนาสุขภาพอนามัยเด็ก 0-5 ปี ได้แก่

- โครงการสำรวจภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ที่มาอยู่ศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวันของมูลนิธิ โดยเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2542) พบว่า มีเด็กขาดสารอาหารระดับ 1 ในปี พ.ศ. 2539, พ.ศ.2540, พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2542 จำนวน 44 คน, 35 คน, 11 คน และ 41 คน ตามลำดับ นอกจากนั้น ในปี พ.ศ.2540 พบเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 จำนวน 6 คน ในรายงานไม่มีรายละเอียดถึงการดำเนินงานต่อไปว่าเป็นอย่างไร

- โครงการสำรวจฟันผุ ปี พ.ศ.2542 ในเด็ก 145 คน

- โครงการอนุบาลดวงประทีป รับเด็กตั้งแต่อายุ 3 ปี ถึง 6 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา และบริการแนะแนวการศึกษาแก่ผู้ปกครอง

- โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ในครอบครัวและชุมชน ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่ครอบครัวและชุมชน ให้การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว และประสานงานเครือข่ายองค์กรด้านเอดส์ทั่วประเทศ

- โครงการนิทานคาราวาน เป็นบริการเคลื่อนที่ของขบวนรถนิทานคาราวาน เล่านิทานด้วยละครหุ่นมือให้แก่เด็ก การแสดงจะสอดแทรกสาระบันเทิงที่เป็นประโยชน์ ให้แก่เด็กในชุมชนรักการอ่านหนังสือ พร้อมห้องสมุดเคลื่อนที่

มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2529 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูเด็กพิการโดยทั่วไป ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร

จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2540 ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็ก ดังนี้

- โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ เพื่อให้เด็กได้ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี พ.ศ. 2538, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2540 มีเด็กที่อยู่ในโครงการ 400 คน, 574 คน และ 458 คน ตามลำดับ

- โครงการอบรมผู้ปกครองเด็กพิการ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กที่บ้านได้

- โครงการอื่นๆ ที่ส่งเสริมสนับสนุนคุณภาพชีวิตเด็กพิการ ได้แก่ โครงการพ่อแม่อุปถัมภ์ เพื่อนำกองทุนไปสนับสนุนเด็กพิการในความดูแลของมูลนิธิ โครงการบริจาคอุปกรณ์กายภาพบำบัด โครงการกองทุนสะพานสายรุ้งเพื่อตีพิมพ์ และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเด็กและความพิการ โครงการผลิตสื่อเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กพิการ โครงการพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการ เช่น กิจกรรมนันทนาการต่างๆ และโครงการสนับสนุนกิจกรรมฟื้นฟูเด็กและคนพิการโดยชุมชน เช่น โครงการศรีบุญเรือง เมืองตัวอย่าง

สหทัยมูลนิธิ

จากสรุปรายงานประจำปี (พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2535) ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กคือ

- โครงการครอบครัวอุปการะ โดยปี พ.ศ.2533 สามารถหาครอบครัวอุปการะเด็กได้ 43 คน ส่วนปี พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2535 ได้ครอบครัวอุปการะเด็ก 51 คน, 48 คน ตามลำดับ การดำเนินงานพบปัญหาอุปสรรคคือขาดครอบครัว อุปการะ ยังช่วยเหลือเด็กได้จำนวนน้อย

- โครงการช่วยเหลือบิดามารดานอกสมรส ปี พ.ศ. 2533 ให้ความช่วยเหลือ 265 คน พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2535 ให้ความช่วยเหลือ 122 คน และ 112 คน ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขาดบุคลากรและผู้ประสบปัญหาที่ย้ายที่อยู่บ่อยจนยากต่อการติดตาม

- โครงการเพื่อสวัสดิการเด็กในชุมชนแออัด จัดกิจกรรมพัฒนาเด็กและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ปี พ.ศ. 2533 มีเด็กได้รับการพัฒนา 56 คน พ.ศ. 2534 จำนวน 93 คน และ พ.ศ. 2535 จำนวน 28 คน

- โครงการเสริมโภชนาการในเด็ก ปี พ.ศ. 2533 มีเด็กที่ได้รับการส่งเสริม 176 คน พ.ศ. 2534 จำนวน 213 คน และ พ.ศ. 2535 จำนวน 205 คน นอกจากนั้นในช่วงเวลาดังกล่าวได้จัดอบรมผู้ปกครองเด็ก 20 ครั้ง และ 23 ครั้งในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 ตามลำดับ โดยไม่ได้ระบุจำนวนผู้ปกครองที่มาอบรม ส่วนในปี พ.ศ. 2535 กล่าวเพียงแต่ว่า มีกิจกรรม แต่ไม่ได้ระบุจำนวนครั้งและจำนวนคน ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ขาดบุคลากรและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ

มูลนิธิเด็ก จากสรุปรายงานประจำปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2540 มีกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเด็กที่บันทึกไว้ ดังนี้

- จัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็ก 3-5 ปี ในปี พ.ศ.2538 จำนวน 4 แห่งคือ ที่มูลนิธิเด็ก (มีเด็ก 45 คน), ที่ซอยเสือใหญ่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโครงการร่วมกับภาครัฐ และเอกชน (มีเด็ก 46 คน) ที่จังหวัดนครพนม (มีเด็ก 157

คน) และที่จังหวัดมุกดาหาร (มีเด็ก 30 คน) ส่วนในปี พ.ศ. 2540 ขยายปริมาณเด็กในบางจังหวัด และตั้งศูนย์เพิ่มที่จังหวัดสงขลา และบ้านทานตะวัน (มีเด็ก 50 คน)

- โครงการพัฒนาสุขภาพตาในชุมชน (เด็ก 0-12 ปี) โดยการตรวจการมองเห็นของเด็ก จำนวน 1,415 คน พบเด็กมีปัญหาสายตา 159 คน นอกจากนั้นขยายกิจกรรมไปในศูนย์ต่างจังหวัดคือ จังหวัดศรีสะเกษ ตรวจคัดกรองเด็ก 568 คน

- โครงการพัฒนาสุขภาพช่องปากในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก เด็กร่วมโครงการ 574 คน

มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ก่อตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2524 โดยคุณครูประทีป อึ้งทรงธรรม ในรูปกิจกรรมบ้านเลี้ยงเด็กอ่อนในสลัม ด้วยวัตถุประสงค์ที่จะผลักดันให้เด็กเล็กได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ และส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ในด้านต่างๆ ทั้งทางกายภาพและจิตใจ ให้ได้รับสิ่งที่เหมาะสมตามวัยอย่างดีที่สุด ในวันที่ 24 มิถุนายน 2524 จึงได้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมที่ถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับอนุญาตให้มีฐานะเป็นนิติบุคคลจากกระทรวงมหาดไทย ในวันที่ 18 มกราคม 2527 ซึ่งสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงรับเข้าอยู่ในพระอุปถัมภ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 กิจกรรมหลักของมูลนิธิคือ ให้ความช่วยเหลือและอุปการะเด็กตั้งแต่ 0-3 ปี เนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจนหรือครอบครัวที่ต้องออกทำมาหากินเพื่อการดำรงชีวิต พร้อมทั้งส่งเสริมและผลักดันสถาบันครอบครัว โดยเฉพาะแม่ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ ความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดู ตลอดจนความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาเด็ก โครงการที่ดำเนินการ ได้แก่

- โครงการพัฒนาเด็กอ่อนบ้านสมวัย โดยมีกิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พ่อแม่เพื่อให้นำความรู้ที่ได้ไปใช้เลี้ยงดูบุตรตนเอง และแนะนำครอบครัวอื่นในชุมชน จัดตั้งบ้านเลี้ยงเด็กในชุมชนโดยสนับสนุนแม่บ้านในชุมชนที่รับเลี้ยงเด็กอยู่แล้ว ให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้ถูกต้องพร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้ยังให้ทุนการศึกษาแก่เด็กวัยเรียน โดยดำเนินการในชุมชนแออัด 5 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร

- โครงการกองทุนนมและอาหารเสริม เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 โดยได้รับพระกรุณาธิคุณจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประทานเงินส่วนพระองค์ให้มูลนิธิฯ ตั้งเป็นกองทุนโดยนำดอกผลมาใช้เพื่อช่วยเหลือแม่ที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้ และช่วยเหลือเด็กที่ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอแก่การเจริญเติบโต โดยการจัดหานมผงกับอาหารเสริมให้แก่เด็กที่ขาดสารอาหาร ทั้งเป็นการสงเคราะห์และจัดจำหน่ายในราคาถูก ซึ่งปัจจุบันได้บริการให้แก่ครอบครัวในชุมชนแออัดกว่า 500 ครอบครัว

- โครงการครอบครัวดูแลเด็ก เป็นโครงการที่พยายามปลูกฝังให้ครอบครัวในชุมชนแออัด ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุตรหลานตนเอง โดยเจ้าหน้าที่มูลนิธิฯ จะให้บริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ ปรีกษา ทั้งรายบุคคลและสอนกลุ่มย่อย ให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก พร้อมทั้งเป็นตัวแทนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สังคมได้รับรู้ปัญหาเด็กอ่อนในสลัม และให้ความช่วยเหลือดูแล

- งานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการดูแลสุขภาพในกลุ่มบุคคลที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล หรือกลุ่มที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ได้จัดตั้งคลินิกดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่ชุมชนกองขยะ 2 แห่ง คือชุมชนกองขยะอ่อนนุช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 และชุมชนกองขยะหนองแขม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 รวมทั้งจัดคลินิกเคลื่อนที่สำหรับแม่และเด็ก ดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ในชุมชนแออัด 4 แห่ง คือ ชุมชนวัดไผ่เขียว ชุมชนโกวบ้อ ชุมชนพระรามเก้า และชุมชนเสือใหญ่อุทิศ

สรุปและข้อคิดเห็นการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาภาคเอกชน (NGO)

การดำเนินงานของ (NGO) ไม่มีแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ระยะยาว โครงการส่วนใหญ่จัดทำขึ้นตามปัญหาหรือความสนใจในแต่ละช่วง ขาดการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เพียงใด วัตถุประสงค์ที่กำหนดมักเป็นวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม ไม่มีการวัดถึงผลกระทบในเชิงสุขภาพอนามัยของเด็ก ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ยากต่อการสืบค้น ทั้งนี้ NGO ส่วนใหญ่มีกิจกรรมดำเนินการมากมาย ซึ่งจำเป็นต้องปรับปรุงในมิติเหล่านี้

อย่างไรก็ตาม NGO นับเป็นเครือข่ายที่สำคัญของหน่วยงานของรัฐ มีความคล่องตัวในการดำเนินงานต่างๆ ได้รวดเร็ว นับเป็นขุมกำลังที่สำคัญอย่างหนึ่งของงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของเด็ก โดยเฉพาะการดำเนินงานเกี่ยวกับเด็กด้อยโอกาสหากมีการประสานงาน กำหนดบทบาทและสนับสนุนเอื้อประโยชน์ต่อกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและ NGO จะเป็นผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของเด็กโดยรวม

บรรณานุกรม

กุศล สุนทรธาดา, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 229. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2541.

กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2540. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร : กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล, ธันวาคม 2540.

กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2541. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร : กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล, พฤศจิกายน 2541.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2535. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายแผนงาน, มกราคม 2536.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2537. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายแผนงาน, มกราคม 2538.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2538. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายแผนงาน, ธันวาคม 2538.

กลุ่มวิจัยและประเมินคุณภาพการศึกษา สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ทศวรรษที่ 1 โครงการอนุบาลชนบท พ.ศ. 2529-2539. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงศึกษาธิการ, 2541.

คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย 2541.

นภเนตร ธรรมบวร. เส้นทางสู่การพัฒนาครอบครัว. การดำเนินโครงการแบบผสมผสานเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว. รายงานการประเมินโครงการ. กรุงเทพมหานคร : คอนทัวร์กราฟฟิค, 2540.

มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. หอยทารกและปูลม ฉบับรายงานการดำเนินงานมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ ปี 2539.

มูลนิธิดวงประทีป. ก้าวอย่างมีความหมาย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสุขภาพจิต. 2541.

มูลนิธิดวงประทีป. แผ่นพับ A window on the slums

มูลนิธิเด็ก. รายงานประจำปี 2528, 2540.

มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม. สู่ทศวรรษมูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม จากอดีตจนถึงปัจจุบัน. เอกสารอัดสำเนา.

มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม. ประวัติและผลการดำเนินงาน. เอกสารโรเนียว. 2542.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ธีรรัตน์ กำลั้งดี, ชุภาวดี สมบูรณ์กุล และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของธุรกิจต่อสถานเลี้ยงดูเด็กและพ่อแม่ : ศักยภาพที่จะมีผลต่อสุขภาพของเด็กปฐมวัย. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543

สหทัยมูลนิธิ. รายงานประจำปี 2533, 2534, 2535.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เบ็ดทราย พรินต์ติ้ง, 2540.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แผนงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ, พฤษภาคม 2540.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานประจำปีงบประมาณ 2540. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ, พฤษภาคม 2540.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2541. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โครงการการใช้ AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก. เอกสารโรเนียว เสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ในแม่และเด็ก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วันที่ 28-29 กรกฎาคม 2541.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก ประจำปีงบประมาณ 2542. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม. นนทบุรี : ส่วนแผนงานและประเมินผล, 2542.

อุดมสิทธิ์ จิตรวิจารณ์. การสำรวจ และประมวลผลข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานเลี้ยงดูเด็ก 0-6 ปี ในประเทศไทย. เอกสารสรุปเบื้องต้น, 2543.

ภาคผนวก

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7

(หน่วยงานที่รับผิดชอบ ปรธานงานคือ กรมอนามัย)

เอกสารที่ค้นหาได้จากห้องสมุด กรมอนามัย มีเพียง 3 เล่ม คือ รายงานประจำปี 2535,2537 และ 2538 ของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ซึ่งรับผิดชอบงานดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 กองอนามัยครอบครัว ดำเนินงานโดยมีกิจกรรมหลัก 6 ประการคือ

1. ขยายและเร่งรัดการให้บริการ
2. ผลิตและพัฒนาสมรรถภาพบุคลากร
3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์
4. ศึกษาวิจัย และนิเทศติดตามประเมินผล
5. สนับสนุนวิชาการแก่ศูนย์เขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
6. การบริหารงานทั่วไป

กิจกรรมหลักทั้ง 6 ประการ มีผลต่อสุขภาพของเด็ก 0-5 ปี โดยมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้ดำเนินการดังนี้

งานอนามัยแม่และเด็ก :

1. ดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว
3. ดูแลมารดาหลังคลอดอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
4. ดูแลทารกหลังคลอดอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
5. คัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่างโดยมีเป้าหมาย 54,100 หมู่บ้าน

แม่ตัวอย่างในที่นี้คือ แม่อายุ 21-35 ปี ที่มีคุณสมบัติแม่ตัวอย่างตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1. มีลูกเมื่ออายุ 20-30 ปี
2. ท้องว่างอย่างน้อย 2 ปี
3. มีลูกไม่เกิน 2 คน
4. ฝากท้องตั้งแต่ระยะแรกที่อยู่ตัวตั้งครรถ์ และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่

ผ่านการอบรมแล้ว

5. ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 2 เข็ม ระหว่างตั้งครรถ์
6. ปฏิบัติตนถูกต้องขณะตั้งครรถ์ คลอด และหลังคลอด
7. มีลูกน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป
8. เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างน้อย 12 เดือน และรู้จักให้อาหารที่เหมาะสมแก่ลูกตามวัย
9. เลี้ยงลูกได้แข็งแรงดี ไม่เป็นโรคาาอาหาร
10. นำลูกทุกคนไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนด

กรมอนามัย กำหนดกิจกรรมที่เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชน เห็นความสำคัญของการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว โดยหลักการกำหนดให้มีการประกาศเกียรติคุณแม่ตัวอย่างในวันแม่แห่งชาติ 12 สิงหาคมของทุกปี

กิจกรรมที่ 1-5 เป็นกิจกรรมที่กรมอนามัย ส่งเสริมและสนับสนุนให้จังหวัดดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กรมอนามัยได้จัดทำโครงการพิเศษและ/หรือ โครงการนำร่องควรประเมินปัญหาของแม่และเด็ก ได้แก่

- การรณรงค์ฝากครรภ์และตรวจสุขภาพเด็ก
- โครงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในงานแม่และเด็ก ประกอบด้วยการจัดตั้งคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ จัดทำคู่มือ จัดอบรมการให้คำปรึกษาแนะแนวเรื่องโรคเอดส์ในแม่และเด็ก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและตำบล

- โครงการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 3 เดือน ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการจัดสัมมนา จัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ผลักดันนโยบาย Rooming-in ในโรงพยาบาล และงครีบบริจาคนมผงในโรงพยาบาล และประกวดหนูน้อยนมแม่ระดับอำเภอ โดยดำเนินการครอบคลุม 72 จังหวัด (จำนวนจังหวัดทั้งหมดในขณะนั้น)

- โครงการปีทองแม่ไทย ซึ่งเป็นการเร่งรัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครอบคลุมทั่วถึงและครบตามเกณฑ์ขั้นต่อน้อยปีละ 4 ครั้ง ดำเนินการครอบคลุม 72 จังหวัด

- โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วยการจัดสัมมนาผู้ให้บริการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด เก็บข้อมูลการตายของมารดาและทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และอภิปราย เพื่อหาทางป้องกัน โดยดำเนินการใน 57 จังหวัด

- โครงการครอบครัวร่วมใจ เด็กทุ่งกุลาร้องไห้พัฒนา ประกอบด้วยการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำแก่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก และจัดอบรมบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

- การอบรมพัฒนาบุคลากรสาขาต่าง ๆ ในเรื่องการอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (ด้านการบริหารจัดการและด้านพัฒนาคุณภาพบริการ อบรมแม่ตัวอย่าง อบรมผดุงครรภ์โบราณ)

- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยรณรงค์หน่วยเผยแพร่เคลื่อนที่ของจังหวัด วิทยุกระจายเสียง เอกสารโปสเตอร์ ป้ายโฆษณา

- การศึกษาวิจัยและประเมินผล ศึกษาเรื่องอนามัยครอบครัวในชุมชนพื้นที่สูง

การดำเนินงานในช่วงกลางและปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ก็เช่นเดียวกัน ดังเอกสารรายงานประจำปี 2537 และ 2538 ระบุกิจกรรมหลักของงานอนามัยแม่และเด็ก 5 กิจกรรมแรก ตรงกับการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2535 นอกจากนั้นมีการเร่งรัดและขยายบางโครงการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และมีโครงการพิเศษที่เปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. โครงการพิเศษที่ริเริ่มดำเนินการ ได้แก่

- 1.1 โครงการเร่งรัดการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการใช้กราฟดูและระหว่างคลอด ซึ่งเริ่มต้นใน 14 จังหวัด

- 1.2 โครงการเร่งรัดการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ที่มีการดูแลหลังคลอดต่ำโดยสนับสนุนงบประมาณแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดให้ครบตามเกณฑ์ (3 ครั้ง)

1.3 โครงการป้องกันภาวะเลือดออกในทารกโดยการให้วิตามิน เค โดยครอบคลุมทารกเกิดใหม่ทุกคนใน 75 จังหวัด

1.4 โครงการกำจัดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด โดยดำเนินการใน 39 จังหวัด ที่มีรายงานการเกิดบาดทะยักในทารกแรกเกิด กิจกรรมประกอบด้วย การประชุมชี้แจงผู้บริหาร ผู้ประสานงานจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตของกรมอนามัย ประชุมชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล อบรมพื้นฐานความรู้แก่ผดุงครรภ์โบราณ ประชุมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและครอบครัว จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ และให้คำปรึกษานามัยแม่และเด็ก ตลอดจนจัดกิจกรรมรณรงค์

1.5 โครงการป้องกันและควบคุมเลือดจางธาลัสซีเมีย ดำเนินการใน 19 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กิจกรรมประกอบด้วย การสัมมนาผู้บริหาร การประชุมปฏิบัติการ เรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อให้คำแนะนำของพันธุกรรมและวางแผนครอบครัว อบรมครูและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดำเนินการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในหญิงตั้งครรภ์ เด็กนักเรียนประถมศึกษา และประชาชนทั่วไป

1.6 โครงการเสริมสร้างการดูแลตนเองของแม่หลังคลอด ดำเนินการใน 19 จังหวัด ที่มีผลงานการดูแลหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมาย กิจกรรมในระยะนี้เป็นการสัมมนาเพื่อหารูปแบบของการดำเนินการ ไม่มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานอย่างอื่น

1.7 โครงการรณรงค์อนามัยแม่และเด็ก และการเว้นช่วงระยะการมีบุตรใน 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ยะลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส

1.8 โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก 0-6 ปี ดำเนินการใน 71 จังหวัด (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร ศรีสะเกษ สระแก้ว หนองบัวลำภู และอำนาจเจริญ) โดยส่งเสริมให้จังหวัดพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well child care) ที่สถานอนามัยให้มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 40 ของสถานอนามัยทั้งหมด นอกจากนั้นส่งเสริมให้จัดตั้งสถานรับเลี้ยงและพัฒนาเด็กขึ้น 4 แห่ง ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตจังหวัดเชียงใหม่ ราชบุรี ยะลา และขอนแก่น

1.9 โครงการส่งเสริมและจัดตั้งสถานรับเลี้ยงและพัฒนาเด็ก โดยจัดตั้งศูนย์เด็กเล็ก ที่กระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง และที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต อีก 7 แห่ง

1.10 โครงการพัฒนารอบครัวโดยใช้สื่อเพื่อการพัฒนาตนเอง ดำเนินการใน 12 จังหวัด กิจกรรมประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการผลิตและปรับปรุงสื่อ เพื่อการพัฒนาตนเอง จัดสัมมนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดเป้าหมาย จัดตั้งศูนย์สื่อของเล่นเพื่อพัฒนาการเด็กที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต

1.11 โครงการศึกษารูปแบบการจัดการให้ประชาชนดูแลสุขภาพอนามัยครอบครัวด้วยตนเอง ดำเนินการใน 6 จังหวัด

2. โครงการพิเศษต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2535 ได้แก่

2.1 โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ

2.2 โครงการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในแม่และเด็ก กิจกรรมประกอบด้วยการจัดสัมมนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการและการให้คำปรึกษา การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล การศึกษาดูงานของผู้บริหารโครงการ และการสนับสนุนนมผงสำหรับเด็ก 0-2 ปี ที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอดส์และมีฐานะยากจน

2.3 โครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูกเป็นโครงการสืบเนื่องของการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 เดือน โดยดำเนินการใน 75 จังหวัด และมีกิจกรรมที่สำคัญคือ การผลักดันให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โดยการมอบเกียรติบัตร และโล่รางวัล (โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 284 แห่ง) จัดสัปดาห์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน ผลักดันให้ทุกสถานีนอนามัยเป็นสถานีนอนามัยสายสัมพันธ์แม่-ลูก ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสตรีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 6 จังหวัด และจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก หมายถึงโรงพยาบาลนี้ได้ดำเนินการตามบันได 10 ขั้นของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่)

2.4 โครงการพัฒนาเด็กและครอบครัวในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ โดยในปี 2538 เป็นกิจกรรมติดตามประเมินผล

3. การอบรมพัฒนาบุคลากรสาขาต่าง ๆ เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ ทีม คปสอ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่และนักวิชาการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ผดุงครรภ์โบราณ ผู้นำสตรีอาสาสมัครด้านอนามัยครอบครัว ผู้นำเยาวชน แม่ตัวอย่าง เป็นต้น

4. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยการสนับสนุนจังหวัดในเรื่อง เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ ชุดนิทรรศการ สไลด์ประกอบเสียง เทปเผยแพร่ความรู้จากหอกระจายข่าว วิดีโอ สปออดโฆษณา ทางวิทยุและโทรทัศน์ ป้ายโฆษณา

5. การศึกษาวิจัยและประเมินผล ได้แก่ โครงการศึกษาต่อเนื่องของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โครงการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบจัดการข้อมูลเพื่อการบริหารสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว การประเมินผลโครงการแม่ตัวอย่าง การประเมินผลสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก การประเมินความต้องการกิจกรรมอนามัยครอบครัวในแผนพัฒนาจังหวัด รวมทั้งการศึกษารายการภาวะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นต้น

งานวางแผนครอบครัว

กิจกรรมหลักของงานวางแผนครอบครัวที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2535 ที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ได้แก่

1. การให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ผู้รับบริการรายใหม่และรายเก่า โดยวิธีห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ทำหมัน (ทั้งชาย-หญิง) และยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่อง

2. โครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษตามความจำเป็นในแต่ละปี ได้แก่

2.11 โครงการวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็กในหมู่บ้าน อพป. ที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ 60 (352 หมู่บ้าน)

2.2 โครงการอนามัยครอบครัวในพื้นที่สูง ซึ่งดำเนินการใน 20 จังหวัด มีกิจกรรมสัมมนาผู้นำท้องถิ่น อบรมผู้นำชุมชน อบรมผดุงครรภ์โบราณ อบรมพนักงานเยี่ยมบ้าน จัดหน่วยเผยแพร่เคลื่อนที่ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ และเสียงตามสาย

2.3 โครงการธุรกิจวางแผนครอบครัวเพื่อสังคม ดำเนินการใน 3 จังหวัด โดยการอบรมร้านขายยา เรื่องยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย เพื่อขยายบริการด้านนี้สู่ประชาชนให้มีคุณภาพมากขึ้น

2.4 โครงการนำพระทัยจากในหลวง (โครงการอีสานเขียว) ดำเนินการใน 17 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ในขณะนั้น) โดยการอบรมแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนให้ทำหมันเจาะ อบรมผดุงครรภ์ใส่ห่วงอนามัย

2.5 โครงการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวและอาชีพอนามัยในโรงงานอุตสาหกรรม ดำเนินการใน 300 โรงงาน ใน 32 จังหวัด มีกิจกรรมเกี่ยวกับให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงงานและจัดหน่วยบริการอาชีพอนามัยเคลื่อนที่

2.6 โครงการพัฒนาความพร้อมด้านอนามัยครอบครัว สำหรับเยาวชนใน 9 จังหวัด โดยการอบรมครูเพื่อให้คำปรึกษา และนักศึกษาเพื่อให้มีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม

2.7 โครงการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวใน 5 จังหวัด คือ สตูล กระบี่ สงขลา ยะลา และพัทลุง

2.8 โครงการฟื้นฟูบูรณะและพัฒนาจังหวัดชุมพร ด้านวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็กสืบเนื่องจากผลกระทบของพายุเกย์

2.9 โครงการปรับปรุงคุณภาพการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับ อสม. ใน 4 จังหวัดภาคใต้

2.10 โครงการรณรงค์วางแผนครอบครัว เกี่ยวกับการทำหมัน (320 อำเภอ) และห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด (23 จังหวัด)

3. การพัฒนาบุคลากรด้านการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การอบรมการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัว อบรมแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการห่วงอนามัยที่มีภาวะแทรกซ้อน อบรมพยาบาลวิชาชีพใส่ห่วงอนามัย อบรมการบริหารจัดการงานอนามัยครอบครัวแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ โรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นการขยายบริการให้ครอบคลุมประชาชนมากขึ้น

4. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ บูรณาการกับงานอนามัยแม่และเด็ก

5. การศึกษาวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วยโครงการติดตามผู้รับบริการยาฝังคุมกำเนิดที่รับบริการครบ 5 ปี โครงการสำรวจการคุมกำเนิดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการประเมินผล การให้บริการวางแผนครอบครัวในจังหวัดภาคใต้ โครงการติดตามผู้รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำ โครงการประเมินผลการทำงานของพยาบาลและผดุงครรภ์ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ใส่ห่วงอนามัย

ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538 กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการต่อเนื่อง ส่วนกิจกรรมอื่นมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ดังนี้

โครงการพิเศษ ประกอบด้วย

- โครงการพัฒนาความพร้อมด้านอนามัยครอบครัวสำหรับเยาวชน (ต่อเนื่อง) โดยเปลี่ยนกิจกรรมการเสริมสร้างบทบาทพ่อแม่สำหรับครอบครัวเยาวชน โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมทางเพศ
- โครงการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในโรงงานอุตสาหกรรม (ต่อเนื่อง) โดยดำเนินงานตามแนวทางเดิม
- โครงการพัฒนาอนามัยครอบครัวหรือชุมชนบนพื้นที่สูง (ต่อเนื่อง) ดำเนินงานตามแนวทางเดิม
- โครงการธุรกิจวางแผนครอบครัวเพื่อสังคม (ต่อเนื่อง) โดยจัดประชุมผู้ประกอบการร้านขายยา
- โครงการอนามัยครอบครัวในชุมชนแออัด โดยการประชุมปฏิบัติการผู้นำชุมชนแออัด จำนวน 790 คน ร่วมกิจกรรมอื่นไม่ได้ระบุไว้

- โครงการพัฒนาความพร้อมด้านอนามัยครอบครัวสำหรับเยาวชน โดยการจัดสัมมนาเจ้าหน้าที่กระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ความรู้แก่เยาวชนที่มาทำบัตรประชาชนและจดทะเบียนสมรส

การพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย

- การอบรมพยาบาลผิงยุคมกำเนิด จำนวน 100 คน
- การอบรมแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ให้ช่วยเหลือผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่มีภาวะแทรกซ้อน (ต่อเนื่อง)

- การอบรมพยาบาลใส่ห่วงอนามัย (ต่อเนื่อง)
- การอบรมพยาบาลทำหมันหลังคลอด
- การอบรมการให้คำปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- การอบรมพนักงานสาธารณสุขชุมชน ใส่ห่วงอนามัย (ต่อเนื่อง)
- การอบรมผู้นำเยาวชนภาคเหนือ เพื่อเผยแพร่งานอนามัยครอบครัว ใน 5 จังหวัด จำนวน 2,000 คน
- อบรมทีมแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยครอบครัว (คปสอ.) 15 จังหวัด จำนวน 15 ทีม
- อบรมเทคนิคการให้บริการปรึกษาเรื่อง โรคเอดส์ในแม่และเด็ก แก่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต
- อบรมผดุงครรภ์โบราณเพื่อส่งต่อหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนใน 16 จังหวัด
- อบรมผู้นำสตรีอาสาสมัครในด้านสุขภาพอนามัยครอบครัวใน 4 จังหวัด จำนวน 200 คน
- อบรมผู้นำแม่ตัวอย่างใน 21 จังหวัด 500 คน

การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ นอกจากบูรณาการไปพร้อมกับงานอนามัยแม่และเด็กแล้ว ยังมีกิจกรรมเพิ่มเติมดังนี้

- โครงการรณรงค์วางแผนครอบครัวเพื่อส่งเสริมการคุมกำเนิดชนิดถาวร กิ่งถาวร ใน 3,250 อำเภอ
 - โครงการรณรงค์ใส่ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด ใน 37 จังหวัด
 - โครงการรณรงค์การอนามัยแม่และเด็ก และการเว้นช่วงระยะการมีบุตรใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาวิจัยและประเมินผล มีโครงการต่อไปนี้
 - โครงการศึกษาอัตราการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด
 - โครงการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเผยแพร่งานวางแผนครอบครัว
 - ประเมินผลโครงการวางแผนครอบครัวในโรงงานอุตสาหกรรม
- สำหรับกลวิธีที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวมีดังนี้

1. พัฒนาความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ อาสาสมัครและชุมชน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวังและให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วยกิจกรรม

- 1.1 เฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์
 - 1.2 ดูแลระหว่างคลอด
 - 1.3 เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
 - 1.4 ดูแลหลังคลอดโดยใช้บัตรแม่และลูกหลังคลอด
 - 1.5 ป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย
- (1.1-1.5 เป็นโครงการต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7)

1.6 ลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด เน้นโครงการใหญ่ โดยเริ่ม 4 จังหวัดในปี 2540 แล้วขยายออกไปอีก 24, 24, 15, 8 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2541-2544 ตามลำดับ จนครบ 75 จังหวัดทั่วประเทศ

1.7 ส่งต่อหญิงมีครรภ์ คลอด และหลังคลอด ที่มีภาวะเสี่ยงโดยผดุงครรภ์โบราณ ดำเนินการใน 32 จังหวัด

1.8 ส่งเสริมให้มีสถานอนามัย สายสัมพันธ์แม่-ลูก 7,520 สถานอนามัย เมื่อสิ้นแผน 8

1.9 ควบคุมและป้องกันโรคในช่องปากในหญิงมีครรภ์ เด็กปฐมวัย (4.5 ล้านคน ปีละ 0.9 ล้านบาท)

1.10 เฝ้าระวัง ติดตาม และแก้ไขปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ (โรคขาดสารอาหารและภาวะโลหิตจาง) และเด็ก 0-5 ปี (โรคขาดสารอาหาร)

2. งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วยกิจกรรม ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อแจกให้หญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ และให้โภชนศึกษา

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในการเลี้ยงดูเด็ก โดยเน้นบทบาทพ่อแม่ ประกอบด้วยกิจกรรม

3.1 การสร้างแม่ตัวอย่างด้านสุขภาพอนามัย (โครงการต่อเนื่องจากแผน 7)

3.2 จัดตั้งกลุ่มแม่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก (Mother Club) ดำเนินการ 25 จังหวัด

3.3 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพเด็ก โดยพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก

4. พัฒนา ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแม่และเด็ก โดยมีกิจกรรม ส่งเสริมให้มารดาดูแลตนเองและมารับบริการครบตามเกณฑ์ ดำเนินการใน 12 จังหวัด

5. การศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงงานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 โครงการ

6. การประสานงานภาครัฐ และเอกชน ประกอบด้วย

6.1 การจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในที่ทำงาน โรงงาน และชุมชน จำนวน 753 แห่ง

6.2 โครงการครอบครัวสุขภาพดี ใน 21 จังหวัด

6.3 ศูนย์สาริตเพื่อพัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 20 แห่ง

7. การดูแลแม่และเด็กในกลุ่มด้อยโอกาส ได้แก่ โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวน 184 หมู่บ้าน ใน 39 จังหวัด

8. พัฒนาเครือข่ายสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ครั้ง

จากรายงานประจำปีงบประมาณ 2540 ของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แสดงผลการดำเนินงานแยกตามกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก 0-5 ปี มีดังนี้

กลุ่มแม่และเด็ก มีกิจกรรมที่เร่งรัดดำเนินการ ได้แก่

1. โครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโครงการต่อเนื่องมาจากปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 และขยายครอบคลุม 75 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2540 มีกิจกรรมสังกัด ได้แก่ การอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนให้สามารถตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้ และให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม และวางแผนครอบครัว อบรมครู และ อสม. เพื่อคัดกรองค้นหาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย สัมมนาผู้บริหาร สนับสนุน

ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ รมรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน และดำเนินการค้นหาผู้ป่วย/พาหะ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และนักเรียน จำนวน 140,000 และ 1,000,560 คน ตามลำดับ

2. โครงการส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน (ต่อเนื่อง)

3. โครงการคัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่าง (75 จังหวัด) เน้นโครงการต่อเนื่องจากแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (ต่อเนื่อง)

4. โครงการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในที่ทำงาน โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวน 51 แห่ง 16 จังหวัด

5. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (75 จังหวัด) โดยการใช้เกณฑ์เสี่ยงในการคัดกรอง และจัด Mother Class ให้คู่สมรส (ต่อเนื่อง)

6. โครงการเฝ้าระวังโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (75 จังหวัด) โดยการติดตามและรักษา (ต่อเนื่อง)

7. โครงการให้การดูแลระหว่างคลอด (75 จังหวัด) ด้วยกราฟดูแลการคลอด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อเนื่อง)

8. โครงการลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยการจัดทำมาตรฐานการดูแลทางสูติกรรม และดำเนินการใน 4 จังหวัด

9. โครงการดูแลหญิงหลังคลอดโดยใช้บัตรอนามัยแม่และลูกหลังคลอดโดยขยายครอบคลุมทั้ง 75 จังหวัด (ต่อเนื่อง)

10. โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยการอบรมครู พยาบาล โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน 186 แห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล 150 ตำบล

11. โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแม่และเด็ก โดยมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก 0-5 ปี คือ การอบรมพื้นความรู้ด้านการให้คำปรึกษา สนับสนุนวัสดุวิทยาศาสตร์ สนับสนุนนมผงสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่เกิดมารดาติดเชื้อเอดส์และมีฐานะยากจน จัดซื้อยา AZT เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (ต่อเนื่อง)

12. โครงการสนับสนุนสถานอนามัย ให้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (สถานอนามัยสายสัมพันธ์แม่-ลูก) ดำเนินการใน 2,849 แห่ง

13. โครงการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มแม่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กใน 12 จังหวัด กลุ่มวัยทำงาน มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากร ได้แก่ การอบรม พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนใส่ห่วงอนามัย อบรมการทำหมันหญิงหลังคลอด (ต่อเนื่อง)

2. โครงการส่งเสริมอนามัยครอบครัวในเขตเมือง ดำเนินการใน 25 จังหวัด (ต่อเนื่อง)

3. โครงการส่งเสริมอนามัยครอบครัวในโรงงานอุตสาหกรรม 33 จังหวัด (ต่อเนื่อง)

ส่วนในปีงบประมาณ 2541 มีกิจกรรมต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2540 และมีกิจกรรมพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่

1. โครงการโรงพยาบาลลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เพื่อสนองนโยบาย Safe motherhood Year ขององค์การอนามัยโลก

2. โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก เป็นโครงการต่อเนื่อง และขยายเพิ่มเติมไปยังโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน รวมขณะนี้ มีโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก 780 แห่งทั่วประเทศ

3. โครงการสถานีนอนามัยสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นโครงการต่อเนื่อง โดยในปี 2541 มีสถานีนอนามัยที่ผ่านการประเมิน 6,376 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.7 ของสถานีนอนามัยทั่วประเทศ

4. โครงการควบคุมและป้องกันโรคในช่องปากของหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

ในปีงบประมาณ 2542 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กำหนดแผนปฏิบัติการงานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแม่และเด็กต่ำกว่า 6 ปี ไว้ดังนี้

1. โครงการต่อเนื่องจากปีงบประมาณก่อน ได้แก่

1.1 โครงการป้องกันและควบคุมโรคเลือดจากธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ โดยมีกิจกรรมเช่นเดิม

และตั้งเป้าหมายการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นพาหะ จำนวน 200,000 ราย

1.2 โครงการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

1.3 โครงการคัดเลือกและสร้างแม่ตัวอย่าง

1.4 โครงการควบคุมโรคในช่องปากเด็กปฐมวัย

1.5 โครงการจัดตั้งกลุ่มแม่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก ดำเนินการใน 12 จังหวัด ที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต

1.6 โครงการโรงพยาบาลลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

1.7 โครงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ที่มีอาการผิดปกติ โดยผดุงครรภ์โบราณ

ใน 27 จังหวัด

1.8 โครงการลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ขยายการดำเนินงานไป 75 จังหวัด

1.9 โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ

ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ใน 39 จังหวัด

1.10 โครงการสถานีนอนามัยสายสัมพันธ์แม่-ลูก โดยขยายเพิ่มอีก 2,060 แห่ง

1.11 โครงการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก

ค่าใช้จ่ายอาหารเสริมสำหรับเด็กที่ขาดอาหาร สนับสนุนยาเสริมธาตุเหล็กชนิดน้ำเชื่อมแก่เด็กที่มีภาวะโลหิตจาง

1.12 โครงการศูนย์สาธิตเพื่อพัฒนาเด็กเล็กในชุมชน ดำเนินงานในอีก 25 จังหวัด

2. โครงการพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่

2.1 โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

โดยมีกิจกรรมอบรมผู้เลี้ยงดูเด็ก สนับสนุนนมอาหารโปรตีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สนับสนุนค่าตอบแทนสำหรับพี่เลี้ยงเด็ก

2.2 โครงการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปัญญาอ่อนในทารกแรกเกิด (Congenital hypothyroid) โดยมีกิจกรรมจัดทำคู่มือการป้องกันรักษาและดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนจัดทำคู่มือการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยครอบครัว อบรมพัฒนาบุคลากร สนับสนุนน้ำ-

ยาสำหรับตรวจหาความผิดปกติในทารกแรกเกิด ผลิตภัณฑ์สิ่งพิมพ์และวิดีโอ

โครงการภายใต้ความรับผิดชอบของกองวางแผนครอบครัวและประชากร ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544)

จากรายงานประจำปี 2540 ของกองวางแผนครอบครัวและประชากร ระบุจุดเน้นเกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 10 ประการ ได้แก่

1. การวางแผนครอบครัว
2. การอนามัยแม่และเด็ก
3. ภาวะมีบุตรยาก
4. โรคติดเชื้อระบบสืบพันธุ์
5. โรคเอดส์
6. มะเร็งระบบสืบพันธุ์
7. การแท้ง
8. เพศศึกษา
9. อนามัยวัยรุ่น

10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการเจริญพันธุ์ เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2540 ความว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีดังนี้

- โครงการวางแผนครอบครัวและอนามัยในพื้นที่ลุ่มน้ำท่วมอย่าง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราเพิ่มของประชากรในพื้นที่ต้นน้ำลำธาร และเพิ่มอัตราครอบคลุมการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ใน 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เพชรบูรณ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ สุราษฎร์ธานี และระนอง โดยมีกิจกรรมหลักคือ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และให้บริการวางแผนครอบครัวเคลื่อนที่

- โครงการประเมินผลประสิทธิผลโครงการธุรกิจวางแผนครอบครัวเพื่อสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ และการให้บริการเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิด และดูยางอนามัยแก่ผู้ชาย ยา และประเมินความรู้ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและดูยางอนามัยของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการจากร้านขายยาในโครงการ ซึ่งการดำเนินโครงการดังกล่าวนี้มีส่วนช่วยผู้รับบริการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวได้ง่ายขึ้น และได้รับบริการที่มีคุณภาพ

- โครงการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสเพื่อคุณภาพประชากร โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชน มีความรู้ตระหนักถึงประโยชน์และไปรับบริการตรวจสุขภาพก่อนแต่งงาน ก่อนมีครอบครัว และก่อนมีบุตร เพื่อให้ได้บุตรที่มีสุขภาพดี

- โครงการวางแผนครอบครัวและประชาชนชาวเขา ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งคือ สร้างทัศนคติที่เหมาะสมในการมีบุตร 3 ข้อ คือ

1. ชะลอการมีบุตรคนแรกไปจนกว่าแม่มีอายุเกิน 20 ปี
2. มีลูกห่างกัน 3 ปี
3. มีจำนวนบุตรที่สามารถเลี้ยงดูให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การสมรสคู่สมรสใหม่ชาวเขา เรื่องอนามัยครอบครัว การอบรมเยาวชนนอกระบบโรงเรียน เรื่อง การเตรียมความพร้อมและการอนามัยครอบครัว การอบรมหญิงมีครรภ์ เรื่อง การดูแลสะดือเด็ก การอบรมผู้นำแม่และผู้นำครอบครัว เรื่องการมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว การอบรมพ่อบ้านชาวเขา เรื่อง การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก การอบรมพนักงานเย็บบ้านชาวเขา เรื่อง ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นต้น

ในปีงบประมาณ 2541 โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ยังคงดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2540 เช่น โครงการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส โครงการพัฒนาอนามัยครอบครัวในชุมชนบนพื้นที่สูง

ตารางที่ 8 ก. ผลการประเมินผลผลิตโครงการอนุบาลชนบท (ต่อ)

พัฒนาการ	ร้อยละ	
	ชาย	หญิง
วิ่งเก็บของ 3 จุด	(n=3231)	(n=3217)
- ดีมาก	15.14	16.88
- ดี	44.75	45.41
- ปานกลาง	29.06	28.82
- ค่อนข้างต่ำ	8.70	6.22
- ต่ำ	2.35	2.67
ขว้างบอลไกล	(n=3229)	(n=3217)
- ดีมาก	11.55	15.54
- ดี	32.24	30.81
- ปานกลาง	41.53	38.42
- ค่อนข้างต่ำ	13.87	14.67
- ต่ำ	0.31	0.56
* พัฒนาการทางกายด้านสุขภาพอนามัย		
การเจ็บป่วย**	(n=205,359)	
- สุขภาพแข็งแรงดี	61.87	
- แข็งแรงปานกลาง	30.24	
- ไม่แข็งแรง	7.88	
* ไม่แยกเพศ		
* การเพิ่มส่วนสูงมาตรฐานเด็กและเยาวชนไทย		
กลุ่มเด็กอายุ 5 ปี	(n=5968)	(n=5813)
- ได้มาตรฐาน	35.51	33.03
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	64.49	66.97
กลุ่มเด็กอายุ 6 ปี	(n=5741)	(n=5887)
- ได้มาตรฐาน	28.13	28.69
- ต่ำกว่ามาตรฐาน	71.87	71.31
* พัฒนาการด้านสติปัญญา		
การรับรู้การคิด การเรียนรู้**	(n=9418)	
- สูงเท่าอายุ	43.09	
- เท่าอายุ	29.86	
- ต่ำกว่าอายุ	27.05	
ด้านความคิดสร้างสรรค์**	(n=13162)	
- มาก	19.61	
- ปานกลาง	66.84	
- น้อย	13.55	
**ไม่แยกเพศ		

ตารางที่ 8 ข. พัฒนาการด้านจริยธรรม (n=583)

องค์ประกอบด้านจริยธรรม	พัฒนาการด้านจริยธรรม (ร้อยละ)	
	รับรู้สมวัย	รับรู้ต่ำกว่าวัย
1. ความมีระเบียบวินัย	76	24
2. การควบคุมตนเอง	73	27
3. ความขยันเอาใจใส่	80	20
4. ความสามัคคี	81	19
5. ความกตัญญูทดแทน	78	22
6. ความเสียสละ	75	25
7. ความซื่อสัตย์	72	28
8. ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	71	29

บทที่ 9

สรุปแนวโน้มสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัย ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและด้านวิจัย

เด็กคืออนาคตของชาติ เด็กที่มีสุขภาพดีทั้งกาย สติปัญญา จิตใจและอารมณ์จึงพร้อมรับการพัฒนาเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศได้ ในการทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) รัฐจึงเริ่มกำหนดให้เด็กและเยาวชนเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และมุ่งสนองภาวะความจำเป็นพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก พร้อมทั้งแก้ไขปัญหของเด็กและเยาวชนที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-2539) สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับล่าสุด ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้เน้นให้ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาโดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มศักยภาพของคน (จันทร์เพ็ญ และคณะ , 2541)

ศุภสิทธิ์ และคณะ (2542) ได้ทำการวิเคราะห์เรื่องการลงทุนในเด็ก พบว่า ในด้านสุขภาพ รัฐมีอัตราเพิ่มของการลงทุนในช่วงปี.ศ. 2529-2539 เป็น 3 เท่า (ตามราคาจริง) โดยเพิ่มมากที่การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในปี.ศ. 2539 รัฐลงทุนด้านสุขภาพสำหรับเด็กทารกและปฐมวัย 1,780 บาท ต่อคนต่อปี แยกเป็นด้านส่งเสริมสุขภาพ 993 บาท ด้านป้องกันโรค 388 บาท และรักษาพยาบาล 261 บาท คริวเรือนมีส่วนในการลงทุนด้านสุขภาพอีก 718 บาท ต่อคนต่อปี รวมเป็นการลงทุนด้านสุขภาพ 2,498 บาท ต่อคนต่อปี เป้าหมายของแผนพัฒนาฯ และการลงทุนของรัฐนี้ คือผลสัมฤทธิ์ในการเพิ่มการรอดชีวิต และพัฒนาเด็กกลุ่มอายุนี้ให้มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปฐมวัยย้อนหลัง 10 ปี โดยทำการทบทวนวารสาร 182 เรื่อง วิทยานิพนธ์ 90 เรื่อง รายงานการวิจัย/สำรวจ 92 เล่ม รายงานการประชุมวิชาการ 53 เล่ม รายงานการดำเนินงานของหน่วยงาน 26 เล่ม รายงานสถิติ 7 เล่ม และหนังสือ 21 เล่ม (รายละเอียดในบทที่ 2-8) สามารถสรุปสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยและวิเคราะห์แนวโน้มได้ดังนี้

1. **ทารกและเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น** ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อัตราเกิดมีชีพของประเทศมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่อยู่ที่ 16-17 คนต่อประชากร 1,000 คน โดยมีภาคใต้เป็นภาคที่มีอัตราเกิดสูงที่สุด ส่วนภาคกลางเริ่มมีแนวโน้มของอัตราเกิดที่สูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรวมข้อมูลของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายของประชากรเข้ามา ในขณะที่ยอดตายมีแนวโน้มลดลงทุกดัชนีดังนี้ อัตราตายปริกำเนิดของประเทศมีอัตราลดลงมาตลอดจนเหลือ 10 ต่อการเกิด 1,000 คน ในปี.ศ. 2539 อัตราตายของทารกขวบปีแรกเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ลดลงหนึ่งในสามเมื่อเทียบกับต้นแผน และอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงเท่าตัวในช่วงเวลาเดียวกัน ส่งผลให้จำนวนประชากรกลุ่มอายุนี้น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่สามารถลดอัตราเกิดลงได้อีก

2. **ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุการตายที่มีความสำคัญมากขึ้นในทารกแรกเกิด ในขณะที่การตายจากอุบัติเหตุและโรคเอดส์พบมากขึ้นในเด็กปฐมวัย** ในทารก สาเหตุการตายหลัก (ประมาณหนึ่งในห้า) คือ การตายเปื่อยยุ่ย ซึ่งเป็นการตายขณะทารกอยู่ในครรภ์ ภาวะนี้ป้องกันได้โดยการดูแลและเฝ้าระวังขณะตั้งครรภ์ การตายจากภาวะขาดออกซิเจนมีแนวโน้มลดลง ทำให้ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุการตายที่มีความสำคัญลำดับต้นมากขึ้น

สำหรับเด็กปฐมวัย จากรายงานสถิติสาธารณสุข อุบัติเหตุและสารพิษเป็นสาเหตุการตายของเด็กวัยนี้ที่มีแนวโน้มสำคัญเป็นลำดับต้น สาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2542 จากการตรวจสอบรายงานผู้ป่วยโดยแพทย์ พบว่า เด็กทารกตายจากโรคติดเชื้อเป็นอันดับแรก (หนึ่งในห้าเป็นโรคเอดส์) รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินหายใจ และความพิการแต่กำเนิดและความผิดปกติของโครโมโซม ในขณะที่อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของเด็กอายุ 1-4 ปี ตามด้วยโรคติดเชื้อซึ่งครั้งหนึ่งเป็นจากโรคเอดส์ และโรคระบบทางเดินหายใจ

3. สถานะสุขภาพของทารกแรกเกิดโดยรวมดีขึ้น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลง โรคมืดทะยักลดลง การติดเชื้อโรคเอดส์จากแม่ไปสู่ลูกน่าจะลดลง อุบัติการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ลดลงประมาณหนึ่งในสี่ ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7

อุบัติการของโรคมืดทะยักในทารกแรกเกิดลดลงมากด้วยการให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์และการทำคลอดพร้อมทั้งดูแลหลังคลอดที่ถูกต้อง จนเหลือเพียง 0.039 รายต่อเกิดมีชีวิต 1,000 ราย และอัตราตายเหลือร้อยละ 0.009 ในปีพ.ศ. 2538

การติดเชื้อเอดส์จากแม่ไปสู่ลูก เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยนี้ แม้ว่าแนวโน้มของการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์จะลดลงในระดับประเทศ แต่ในระดับพื้นที่เสี่ยงทางภาคเหนือ จำนวนทารกที่ติดเชื้อเอดส์มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยคาดประมาณว่าจะมีทารกติดเชื้อเอดส์รายใหม่ประมาณ 4,200 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2540 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอช ไอ วี ร้อยละ 1.68 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ให้ไม่เกินร้อยละ 1 มาตรการการให้ยา Zidovudine แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในสัปดาห์ที่ 36 จนถึงคลอดร่วมกับการสวนล้างช่องคลอด ทำการคลอดโดยการผ่าตัด และการงดนมแม่ น่าจะทำให้อัตราการติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกมีแนวโน้มลดลง

สำหรับปัญหาสุขภาพอื่นได้แก่ ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ความผิดปกติของโครโมโซม โรคธาลัสซีเมีย ยังไม่มีการดำเนินโครงการอย่างครอบคลุมและยังขาดการดำเนินการติดตามประเมินผล จึงไม่สามารถสรุปแนวโน้มของภาวะเหล่านี้ได้

4. เด็กปฐมวัยทั่วไปมีการเติบโตและภาวะโภชนาการดีขึ้น ในช่วง 23 ปีที่ผ่านมา เด็กปฐมวัยไทยมีแนวโน้มของการเติบโตที่เพิ่มขึ้น ที่อายุ 5 ขวบ เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.3 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 3 ซม. เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.2 กก. และสูงเพิ่มขึ้น 2.9 ซม.

ปริมาณพลังงานจากอาหารที่เด็กปฐมวัยได้รับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยบริโภคอาหารไขมันเป็นสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 30.8 ของพลังงานรวมที่ได้รับต่อวัน แต่ยังคงได้รับแคลเซียมจากอาหารต่ำ เพียงร้อยละ 64.8 ของปริมาณที่ควรได้รับในแต่ละวัน ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีแคลเซียมสะสมไม่พอในวัยเด็ก

ภาวะทุพโภชนาการมีแนวโน้มลดลง ภาคที่พบปัญหาทุพโภชนาการชุกที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหานี้สูงในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส เด็กในเขตเมืองเริ่มพบปัญหาโรคอ้วนเพิ่มขึ้น

สำหรับปัญหาขาดวิตามิน เอ รุนแรงจนตาบอดไม่มีรายงานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาได้อีกในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส เนื่องจากตรวจพบว่ามีภาวะขาดวิตามินเอ ชนิดไม่แสดงอาการ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กยังพบสูงในเด็กปฐมวัย โดยพบตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขเร่งด่วน เนื่องจากอาจมีผลเสียอย่างถาวรต่อพัฒนาการ สถิติปัญญาและการเรียนรู้

การสำรวจภาวะขาดสารไอโอดีนและการป้องกันปัญหาที่ผ่านมา ไม่ได้เน้นที่เด็กปฐมวัย การศึกษาเด็กวัยนี้ในพื้นที่เสี่ยงทางภาคเหนือ พบภาวะคอพอกสูง และระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำ จึงมีแนวโน้มว่าหากการ

ดำเนินการป้องกันปัญหาขาดไอโอดีนไม่ครอบคลุมเด็กวัยนี้ อาจไม่สามารถแก้ไขผลเสียที่มีต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กได้

5. โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจยังเป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งของเด็กปฐมวัย อุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพฟันยังมีสูง ในขณะที่โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และโรคอุจจาระร่วงลดลง แต่ต้องระวังวัณโรคที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการป่วยอันดับหนึ่ง พบว่า เด็กปฐมวัยป่วยเป็นหวัดคนละ 6-8 ครั้ง/ปี อัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยตายจากปอดอักเสบ และประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดในระดับสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชน แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากคนไข้โรคหวัดส่วนหนึ่งจะรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งน่าจะมีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะสูง จึงเป็นไปได้ว่ายังมีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัดอย่างเกินความจำเป็นอีกมาก

จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2539 อุบัติการของอุบัติเหตุในวัยนี้เท่ากับร้อยละ 3.1-17.4 โดยส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน ร้อยละ 2 เคยถูกรถชน

เด็กปฐมวัยไทยมีปัญหาฟันผุสูงมาก พบว่า ครึ่งหนึ่งของเด็กวัยนี้ที่อยู่ในกลุ่มมีเศรษฐกิจฐานะดีมีฟันผุ และในพื้นที่ชนบทและชุมชนแออัดพบความชุกสูงถึงร้อยละ 95 ฟันผุเฉลี่ย 2.8-8.8 ซึ่งต่อคน กิจกรรมตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ยังไม่สามารถลงไปถึงเด็กกลุ่มเป้าหมายได้ ควรมีการปรับมาตรการต่างๆ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาฟันผุได้ตามวัตถุประสงค์

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอและหัด ลดลงมาก เป็นผลจากการดำเนินการให้วัคซีนมีอัตราครอบคลุมสูงถึงกว่าร้อยละ 90-95 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ยกเว้นกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ได้แก่ เด็กที่อยู่ห่างไกล เด็กย้ายถิ่นตามพ่อแม่ ที่ยังมีอัตราการครอบคลุมของวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์

ความครอบคลุมของการให้วัคซีน บี ซี จี อาจไม่ถึงร้อยละ 100 ดังที่เคยรายงานไว้ในช่วงต้นทศวรรษ อาจครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 80 ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ที่ทำให้อัตราป่วยของวัณโรคเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ใหญ่ หากไม่เร่งหามาตรการดำเนินการเพิ่มความครอบคลุมของการให้วัคซีน มีแนวโน้มที่จะพบทารกป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นได้

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราป่วยตายของเด็กปฐมวัยที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง อัตราการใช้สารละลายทางปาก (รวมน้ำ) เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ จากการสำรวจของกองระบาดวิทยาพบว่า เกือบร้อยละ 100 หรือสูงขึ้นถึง 3 เท่า ในช่วง 10 ปี แต่จากการศึกษาในบางพื้นที่ พบว่า อัตราการใช้สารละลายเกลือแร่ยังแตกต่างกัน จากเพียงร้อยละ 11 ถึงร้อยละ 48

6. เด็กปฐมวัยไทยหนึ่งในสิบมีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้า ช่วงอายุที่พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือช่วงอายุ 3-6 ปี

แม้ว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทยยังมีความหลากหลาย การสำรวจพัฒนาการระดับประเทศ 2 ครั้ง ห่างกัน 5 ปี ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้ผลสอดคล้องกันว่า เด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการด้านนี้กล่ามเนื่อมีดเล็กมากกว่าด้านอื่น การสำรวจในปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ร้อยละ 0.3 มีพัฒนาการ

ล่าช้าทุกด้าน ประมาณร้อยละ 10 มีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้า เมื่อพิจารณาตามรายภาค เด็กที่อาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานครผ่านเกณฑ์การประเมินทุกด้าน ยกเว้น ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ส่วนเด็กในภาคเหนือมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดในเกือบทุกด้าน เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง เด็กนอกเขตเทศบาลมีพัฒนาการทุกด้านช้ากว่าเด็กในเขตเทศบาล

เด็กช่วงอายุ 3-6 ปี เป็นช่วงอายุที่พบพัฒนาการผิดปกติล่าช้ามากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า เด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระบบโรงเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการด้านสติปัญญา

ด้วยลักษณะภาวะเศรษฐกิจเช่นปัจจุบัน มีแนวโน้มว่าเด็กวัยนี้จะถูกนำไปฝากไว้กับสถานเลี้ยงเด็กกลางวันมากขึ้น พัฒนาการของเด็กที่ฝากเลี้ยงเหล่านี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ดูแลเด็กของสถานเลี้ยงเด็ก หากไม่มีการควบคุมสถานเลี้ยงเด็กให้มีคุณภาพ เป็นไปได้ว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

โทรทัศน์เป็นสื่อบันเทิงในบ้านที่เข้าถึงเด็กปฐมวัยได้ดีที่สุด การสำรวจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ร้อยละ 25 ของเด็กปฐมวัยดูโทรทัศน์เป็นประจำมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง หากรายการการ์ตูนสำหรับเด็กยังเป็นเช่นปัจจุบันที่มีภาพคนทำร้ายกันวันละ 50 ครั้ง และไม่มีการคัดกรองรายการหรือชี้แนะจากผู้ปกครอง เด็กเหล่านี้อาจชินกับความรุนแรง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งกว่าจะส่งผลกระทบให้เห็นชัดเจนก็ต่อเมื่อเป็นเด็กโตหรือผู้ใหญ่

7. ข้อมูลพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยมีน้อยมาก หากประมาณจากการสำรวจชุมชนในกรุงเทพมหานคร ประมาณได้ว่าหนึ่งในสามถึงเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กวัยนี้ มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพเด็กทั่วไป ในขณะที่ข้อมูลของคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลพบว่า ปัญหาอันดับต้นคือปัญหาพัฒนาการ ได้แก่ การพูด การอ่าน เป็นต้น โรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น ปัญหาด้านจิตใจ-อารมณ์และสังคมนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่กระทบต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว เด็กที่มีปัญหาทางจิตใจ-อารมณ์เหล่านี้มักจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ไม่สม่ำเสมอ

สติของเด็กที่ถูกกระทำทารุณไม่ปรากฏแน่ชัด ข้อมูลจากการรายงานมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากจะถูกปิดเงียบ สังคมและชุมชนไม่เอาใจใส่ ในช่วงหลังมีข่าวทางสื่อมวลชนมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดในครอบครัว และปรากฏข่าวเด็กที่ถูกทารุณมีอายุน้อยลง สถานะสุขภาพของเด็กหลังถูกทำทารุณกรรมยังมีการศึกษาไม่มาก เกือบทุกรายมีปัญหาด้านอารมณ์-จิตใจ ซึ่งต้องการการฟื้นฟูรักษาทางจิต ส่วนผลกระทบต่อร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการถูกกระทำ

8. สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาสแม้จะมีการพัฒนาดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มเด็กทั่วไปอีกมาก

แม้ว่าจะไม่สามารถประมาณการจำนวนเด็กด้อยโอกาสได้ถูกต้อง แต่จากการประเมินจากรายงานการวิจัยและสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบัน มีแนวโน้มว่าจำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจนน่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น สถานะสุขภาพของเด็กด้อยโอกาสมีการพัฒนาดีขึ้นกว่าเดิมแต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผน และยังห่างจากกลุ่มเด็กทั่วไปอีกมาก ทำให้เด็กเหล่านี้มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถเติบโตได้เต็มศักยภาพ ความด้อยโอกาสทางสังคมและไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐอย่างทั่วถึง ทำให้เด็กกลุ่มนี้เสียโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทางสติปัญญาและสังคม มีแนวโน้มที่จะต้องเป็นผู้ใหญ่ที่จมปลักอยู่กับวงจรของความด้อยโอกาสนี้

เด็กพิการประมาณหนึ่งในสามเป็นความพิการทางสมอง หนึ่งในสามเป็นความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ความพิการเหล่านี้ร้อยละ 34 ป้องกันได้โดยการได้รับการดูแลสุขภาพมารดาและทารกที่มีคุณภาพ และร้อยละ 85 บรรเทาความทุพพลภาพได้มากหากได้รับการส่งต่อไปดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องให้การสนับสนุนการบริการฟื้นฟูแก่เด็กพิการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนทั่วไปได้

เด็กลูกคนงานก่อสร้างเป็นตัวอย่างของเด็กลูกแรงงานอพยพย้ายถิ่นที่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเติบโตและการพัฒนาของเด็ก สถานะสุขภาพ พัฒนาการและการได้รับบริการสุขภาพจากรัฐของเด็กกลุ่มนี้ต่ำกว่าเด็กทั่วไปวัยเดียวกัน

ปัญหาสำคัญของเด็กที่ถูกทอดทิ้งคือขาดบริการสังคมที่จะอบรมเลี้ยงดูเด็ก ให้ความรักและอุ้มชูให้เหมือนกับอยู่ในครอบครัว เด็กเหล่านี้จึงมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและมีปัญหาจิตใจและอารมณ์

เด็กชาวเขาเป็นตัวอย่างของเด็กที่อยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการของรัฐ ในช่วงที่ผ่านมา แม้จะมีการดำเนินการโครงการเฉพาะ แต่สถานะสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ไม่ว่าจะวัดด้วยดัชนีสุขภาพตัวใดก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 อยู่มาก

9. การให้บริการของรัฐด้านสุขภาพแก่เด็กทั่วไปมีความครอบคลุมมากขึ้น แต่ยังไม่ทั่วถึงสำหรับเด็กด้อยโอกาส ส่วนการบริการด้านสังคมยังไม่เพียงพอ

อัตราการให้บริการสุขภาพของรัฐในด้านการคลอดเพิ่มขึ้นมาก การสำรวจในปี.ศ. 2539 พบว่าร้อยละ 92.6 ของทารกเกิดในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ยังมีการคลอดที่บ้านตนเองมากกว่าภาคอื่น

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในขวบปีแรก ทารกร้อยละ 89.7 ได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ โดยประมาณครึ่งหนึ่งได้นมแม่อย่างเดียว อีกครึ่งหนึ่งได้รับนมแม่ร่วมกับนมอื่น ทารกในเขตเมืองได้รับนมแม่เพิ่มขึ้น อัตราของทารกที่กินนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ทุกภาค เมื่อประเมินจากการมีสมุดสุขภาพ ร้อยละ 87.3 ของเด็กปฐมวัยเคยมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนที่สถานบริการของรัฐ ความครอบคลุมของวัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคส่วนใหญ่ได้แก่ วัคซีนบีซีจี วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก วัคซีนป้องกันโปลิโอ และวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ชนิดบี อยู่ที่ระดับร้อยละ 90-95 วัคซีนหัดอยู่ที่ระดับร้อยละ 80-90 อัตราความครอบคลุมของการให้บริการวัคซีนแก่เด็กแม้จะเพิ่มขึ้นและอยู่ในเกณฑ์สูง แต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 99

เด็กด้อยโอกาส ได้แก่เด็กที่อยู่ห่างไกล เด็กลูกแรงงานอพยพ ได้รับการสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจากภาครัฐต่ำกว่าเด็กทั่วไป การบริการของรัฐในด้านการฟื้นฟูสภาพสำหรับเด็กพิการยังขาดแคลนอยู่มาก

การบริการสังคมเพื่อการพัฒนาเด็กทั่วไปยังไม่เพียงพอ เพียงครั้งหนึ่งของเด็กปฐมวัยที่ครอบครัวต้องการบริการสถานเลี้ยงดูเด็กกลางวันเท่านั้นที่ได้รับบริการจากภาครัฐ คุณภาพที่ได้มาตรฐานของสถานเลี้ยงดูเด็กเหล่านี้มีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กและเตรียมความพร้อมสำหรับการศึกษาในระดับต่อไป นอกจากนี้เด็กยังต้องการบริการอื่นได้แก่ สนามเด็กเล่น ห้องสมุดสำหรับเด็ก ของเล่นและสื่อที่เหมาะสมกับวัย ที่มีคุณภาพและราคาพอสมควรถูกจัดสรรนันทนาการและเสริมทักษะเพื่อเด็กและครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาให้พร้อมทั้งด้านกาย สติปัญญา จิตใจ-อารมณ์ และสังคมอย่างองค์รวม

สำหรับเด็กที่ถูกทอดทิ้ง การบริการสังคมเพื่ออุ้มชู ให้ความรักความอบอุ่นทดแทนแก่เด็กเหล่านี้ยังมีจำกัด และต้องมีการพัฒนาหารูปแบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็กได้เหมือนกับอยู่ในครอบครัว

10. องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทเสริมภาครัฐในการดูแลเด็กด้อยโอกาส

องค์กรพัฒนาเอกชนเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของเด็ก โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเด็กด้อยโอกาส ด้วยลักษณะการดำเนินการที่คล่องตัว ทำให้ทำงานได้รวดเร็ว ทันท่วงทีปัญหาและเหตุการณ์อย่างไรก็ตาม ควรมีการวางแผนการดำเนินงานระยะยาวและติดตามประเมินผล รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

จากข้อสรุปสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยข้างต้น ซึ่งว่าผลของการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และการดำเนินงานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ ทำให้เด็กปฐมวัยไทยมีการรอดชีวิตสูงขึ้นและมีสุขภาพด้านกายโดยรวมดีขึ้นตามลำดับ ในขณะที่เด็กบางส่วนยังมีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้า ทำให้ไม่พร้อมสำหรับการเรียนรู้ในระดับถัดไป และไม่สามารถพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจริยธรรมได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งเด็กด้อยโอกาสกลุ่มต่าง ๆ ยังไม่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินการของภาครัฐเท่าที่ควร

ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดตั้งแต่แรกเกิด เป็นแหล่งฟูมฟักให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการของเด็ก ครอบครัวยังเป็นตาข่ายแห่งความปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวง ในภาวะที่ประเทศไทยประสบกับปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ครัวครัวได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ผู้นำของครอบครัวส่วนหนึ่งตกงาน มีความเครียด ถึงแม้ว่าจะพยายามป้องกันเด็กจากการรับรู้ภาวะเครียดนั้น แต่การต้องประหยัดค่าใช้จ่าย ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์สุขภาพ และการบริโภคสินค้าที่มีส่วนส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งการเล่าเรียนของเด็กด้วย (จุฬา และคณะ, 2542)

เป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่มุ่งเน้นให้ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา จึงควรได้รับการสานต่อและดำเนินการให้เป็นรูปธรรม โดยตระหนักถึงความเป็นจริงที่ว่า การพัฒนาต้องวางรากฐานตั้งแต่ในครรภ์ มารดา พัฒนาการของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้เป็นขั้นตอน วัยทารกและช่วง 5 ปีแรกเป็นฐานรากที่สำคัญ โดยเด็กต้องได้รับการดูแลให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง และได้รับโภชนาการครบถ้วน จึงจะพร้อมสำหรับการพัฒนาทางด้านอื่น

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายที่สำคัญที่ประมวลได้จากการทบทวนครั้งนี้มีดังนี้

- กำหนดให้ครอบครัวเป็นเป้าหมายของการพัฒนาโดยให้เด็กเป็นผู้รับประโยชน์ ด้วยครอบครัวที่เข้มแข็งเสริมพร้อมด้วยข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเด็กในครอบครัวนั้นก็จะได้รับการฟูมฟักเลี้ยงดูให้มีสุขภาพและพัฒนาสติปัญญาให้สมบูรณ์ พร้อมกับการอบรมเพาะบ่มให้มีพัฒนาการด้านจิตใจ-อารมณ์ สังคมและจริยธรรม เพื่อให้เป็นเด็กเก่ง ดี และมีสุข อีกทั้งยังช่วยป้องกันการทอดทิ้งเด็กอีกด้วย

- ส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนให้เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในเครือข่ายเพื่อการพัฒนาเด็ก เป็นภาคีร่วมกับหน่วยงานของรัฐ และองค์กรพัฒนาของเอกชน

- จัดทำแผนดำเนินการและกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านสติปัญญา จิตใจ-อารมณ์ สังคม และจริยธรรม ให้เป็นรูปธรรม กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน พร้อมทั้งมีแผนติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง

- การส่งเสริมครอบครัวและชุมชน ควรเน้นการให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อให้ชุมชนดูแลตนเองด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่วิถีชีวิตของการมีสุขภาพดี
- ปรับนโยบายการดำเนินงานจากการกำหนดรายละเอียดจากส่วนกลาง เป็นการให้พื้นที่จัดทำแผนงานให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของแต่ละแห่ง เพื่อประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและป้องกัน/แก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง
- การสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรไทยระดับประเทศที่ดำเนินการมา 2 ครั้ง เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์มากสำหรับการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุข ควรดำเนินการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
- ด้วยความรวดเร็วของข้อมูลข่าวที่ผ่านทางสื่อต่างๆ ควรมีระบบเตือนภัยถึงปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่อาจเกิดจากข้อมูล/โฆษณาที่ผ่านทางสื่อเหล่านี้ เพื่อจะได้ดำเนินการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา
- จัดทำนโยบาย แผนงานและบริการเพื่อพัฒนาสุขภาพของเด็กวัยโอกาสได้แก่ เด็กพิการ เด็กถูกแรงงานอพยพ เด็กที่อยู่ห่างไกล เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อนและเด็กยากจน ให้เป็นรูปธรรมชัดเจน แยกจากแผนงานปกติสำหรับเด็กทั่วไป เพื่อให้สามารถติดตามประเมินผลได้
- สนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยโอกาส ให้เป็นตัวกลางในการแสวงหาความร่วมมือจากชุมชน ทดแทนปัญหาขาดบุคลากรและระบบการทำงานที่ต้องอยู่ในระเบียบราชการของภาครัฐ
- ผลักดันการออกกฎหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่
 - กำหนดให้ทารกต้องอยู่ในเก้าอี้นิรภัย (car seat) และเด็กปฐมวัยต้องคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะโดยสารรถยนต์
 - กำหนดให้ผู้ประกอบการต้องจัดหาที่อยู่อาศัยสำหรับครอบครัวคนงานก่อสร้างที่ปลอดภัยต่อสุขภาพเด็ก
 - กำหนดให้มีสถานเลี้ยงดูเด็กกลางวันเพื่อดูแลสุขภาพและพัฒนาการเด็กในสถานที่ประกอบการ
 - ควบคุมมาตรฐานของสถานเลี้ยงดูเด็กและกำหนดคุณภาพของผู้เลี้ยงดู
 - กำหนดให้ต้องแจ้งเหตุการทำทารุณกรรมเด็กเพื่อให้มีการช่วยเหลือได้ทันการณ์
 - กำหนดสัดส่วนเวลาและช่วงเวลาที่ผู้ประกอบการด้านสื่อโทรทัศน์ต้องจัดรายการที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
 - ให้ข้อจูงใจให้มีการผลิตสื่อและของเล่นเพื่อการพัฒนาเด็ก เช่น การลดภาษี การให้สิทธิพิเศษด้านการลงทุน เป็นต้น
 - กำหนดสัดส่วนการใช้งบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กขององค์กรบริหารระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

งานวิจัยเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นการทำวิจัยเรื่องสุขภาพและโรคทางกาย การวิจัยด้านพัฒนาการเด็ก ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยวิทยานิพนธ์ และมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือประเมินพัฒนาการที่ยังหลากหลาย งานวิจัยที่มีน้อยมากคือ งานวิจัยด้านจิตใจ-อารมณ์ สังคม และจริยธรรม และงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กวัยโอกาส

ข้อเสนอแนะด้านวิจัยในภาพรวมที่ได้จากการทบทวนครั้งนี้มีดังนี้

- ศึกษารูปแบบและวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับครอบครัวในการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม
 - พัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีวิถีชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กด้อยโอกาส
 - พัฒนาเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมทั้งกาย สติปัญญา จิตใจ-อารมณ์ สังคมและจริยธรรม เพื่อให้สะท้อนภาพของเด็กไทยที่สมบูรณ์ สำหรับการวางแผนพัฒนาได้ถูกต้อง
 - ศึกษาสถานภาพด้านพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เพื่อเป็นข้อมูลแก่ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานของรัฐและเอกชน
 - ศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัวให้สามารถเป็นสถาบันหลักในการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กอย่างแท้จริง
 - ศึกษาวิธีการพัฒนาให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นสามารถเป็นภาคีที่เข้มแข็งในการพัฒนาเด็ก ร่วมกับภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งทำวิจัยด้านนโยบายและงบประมาณเพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการพัฒนาเด็กให้กับชุมชน
 - วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ด้านสื่อและของเล่นเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก
 - พัฒนาอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุของทารกและเด็กปฐมวัยในการโดยสารรถจักรยานยนต์
 - พัฒนาระบบและสถาปัตยกรรมสิ่งก่อสร้าง สำหรับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กที่เหมาะสมกับสังคมไทย เช่น สนามเด็กเล่น เป็นต้น
 - พัฒนาการผลิตอุปกรณ์ช่วยเหลือเด็กพิการที่ผลิตได้ในประเทศเพื่อเป็นการพึ่งตนเอง และอาจตั้งเป้าหมายเชิงพาณิชย์เพื่อส่งออก รวมทั้งพัฒนาโครงสร้างที่อยู่อาศัย สถานที่สาธารณะ โรงเรียนและอื่นๆ ที่อำนวยความสะดวกแก่เด็กพิการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

บรรณานุกรม

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง เด็ก เยาวชน และครอบครัว ในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2541.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. การลงทุนในเด็ก : รัฐ ชุมชน และครัวเรือน ควรลงทุนด้านใดให้มากที่สุด. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2542.

รุจา ภูไพบูลย์, จริญญา วิทยศุภกร และศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์. ผลกระทบของภาวะวิกฤตเศรษฐกิจต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวและความต้องการความช่วยเหลือ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2542.