

การจัดการข้อมูลและความรู้ (DM&KM)
ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากลุ่มวัยที่มีความสำคัญเร่งด่วน
กรณีการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

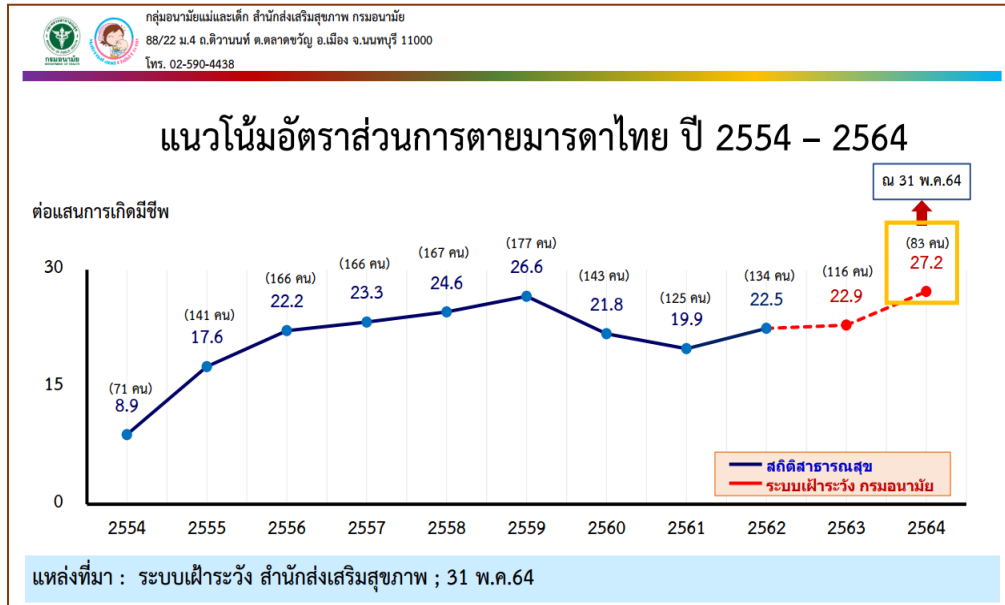
โดย นางวิมล บ้านพวน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านสาธารณสุข)
กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

สถานการณ์สำคัญ

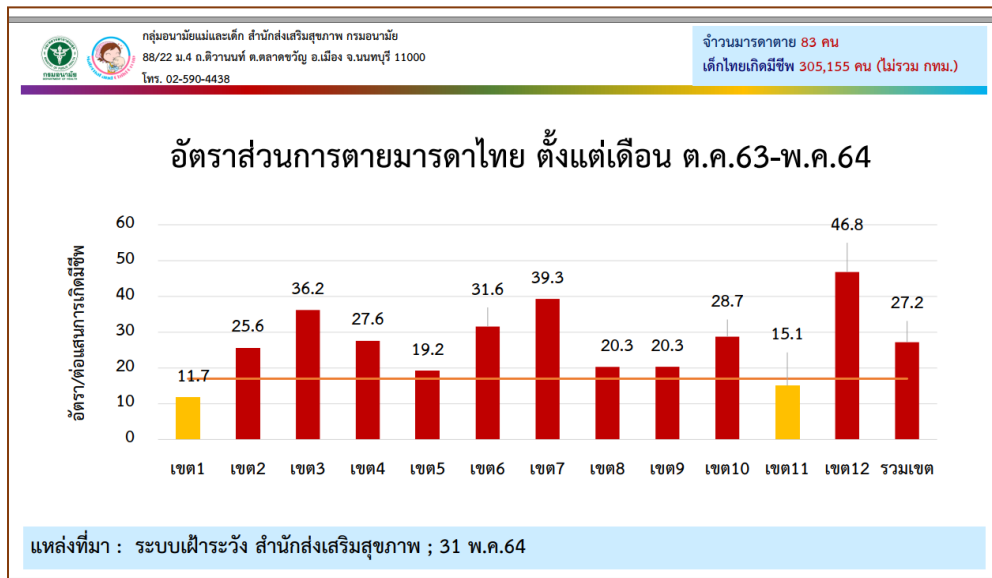
จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี 2561 อยู่ที่ 1.58 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน การเตรียมความพร้อมให้แก่พ่อแม่ก่อนการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของแม่และเด็กตามหลักนิเวศวิทยา เพื่อให้แม่มีความรู้ สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ รวมทั้งพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในครอบครัว ชุมชน และประเทศให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะของแม่และเด็ก ท่ามกลางสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID 19) หรือโรคอุบัติใหม่ จึงมีความสำคัญกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยอย่างจริงจัง

สถานการณ์สุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยปี 2562 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 19.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562) สาเหตุการตายหลัก ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 74.47 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 78.29 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.35 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.54 ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 62.93 (HDC,2562) ปัญหาด้านสุขภาพมารดาระยะตั้งครรภ์ (จินตนาและวันวิสาห์,2561) เป็นปัจจัยสร้างต้นทุนชีวิตของเด็ก พบว่ามารดาระยะตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80.20 พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.40 ส่วนใหญ่เป็นโรคโลหิตจาง ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.70 โรคหัวใจ ร้อยละ 3.70 และมีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.60 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก บวมที่เท้าคดบวม ร้อยละ 11.80 รองลงมาคือ เลือดออกจากช่องคลอด ร้อยละ 9.80 ดังนั้นควรมีมาตรการการเร่งรัดให้มารดาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ได้รับการประเมินความเสี่ยง สอนให้รู้จักเฝ้าระวังความเสี่ยงด้วยตนเองตามรายละเอียดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พร้อมจัดระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉินเพื่อลดการตายของมารดา ควบคู่กับการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐานสากลและมีคุณภาพ ซึ่งกรมอนามัยได้นำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย มาใช้ในการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จากการประเมินผลโครงการฯ พบว่าภาพรวมความครบถ้วนของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับของหญิงตั้งครรภ์ตามอายุครรภ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.70 เท่านั้น ที่ได้รับการครบถ้วน (จินตนาและคณะ,2555) ส่วนความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่า เด็กร้อยละ 11.00 เท่านั้นที่ได้รับการครบถ้วนทุกรายการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดียังบริการไม่ได้คุณภาพ(เกรียงศักดิ์

และคณะ,2555) และจะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์ของแม่ เกิดภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความเสี่ยงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด หรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย

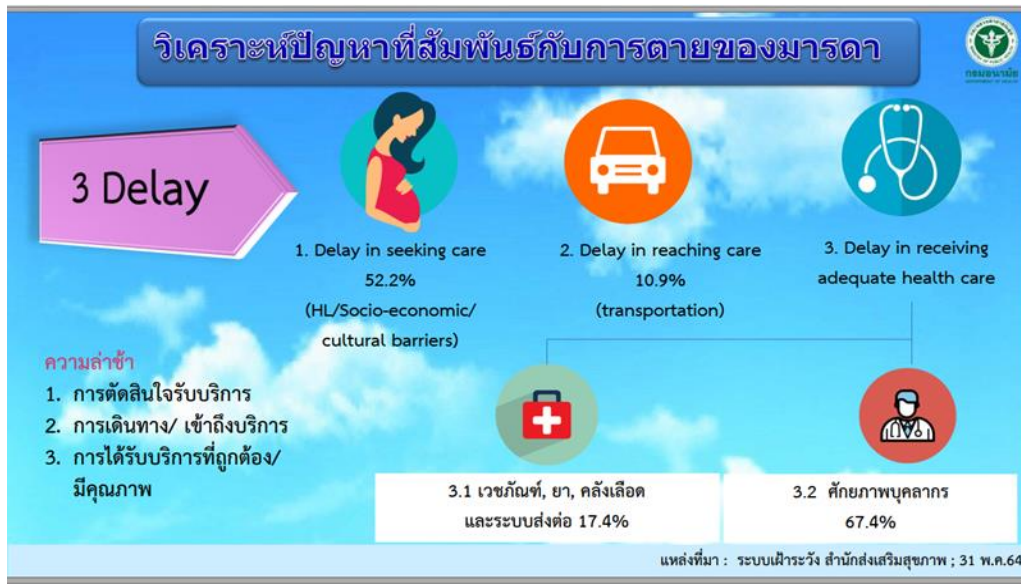


รูปที่ 1 แสดงแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี 2554 - 2564



รูปที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ตั้งแต่เดือน ต.ค.2563 - พ.ค.2564

จากรูปที่ 2 เมื่อมองในบริบทของเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราการตายมารดา 46.8 ซึ่งสูงกว่าทุกเขตสุขภาพ รองลงมาเป็นเขตสุขภาพที่ 7 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 39.3 และเขตสุขภาพที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 36.2 ตามลำดับ โดยเฉพาะบริบทของเขตสุขภาพที่ 12 ที่มีความหลากหลายทางความเชื่อ วัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการภาครัฐของมารดา



รูป 3 วิเคราะห์ปัญหาที่สัมพันธ์กับการตายของมารดา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการตายของมารดา พบว่าเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก คือการตัดสินใจรับบริการล่าช้า ถึงร้อยละ 52.2 การเดินทาง /การเข้าถึงบริการ พบปัญหาความล่าช้าถึงร้อยละ 10.9 และการได้รับบริการที่ถูกต้องที่มีคุณภาพ พบปัญหาด้านเวชภัณฑ์ ยา คลังเลือด และระบบส่งต่อ ร้อยละ 17.4 และเกิดจากปัญหาด้านบุคลากรถึงร้อยละ 67.4 การเฝ้าระวังการตายของมารดาและทารกจึงมีความสำคัญ

ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ ที่เลือกมาอธิบายคือ “PRECEDE MODEL” (Green,2005)

1) ปัจจัยนำ (PREDISPOSING FACTOR)

- 1.1 ความรู้
- 1.2 ค่านิยม
- 1.3 เจตคติ
- 1.4 ความเชื่อ
- 1.5 การรับรู้

2) ปัจจัยเอื้อ (ENABLING FACTOR)

- 2.1 ทรัพยากร
- 2.2 ความสามารถเข้าถึงบริการ
- 2.3 ความสะดวกด้านคมนาคม
- 2.4 ประสบการณ์ที่ได้รับจากบริการ

3) ปัจจัยเสริม (REINFORCING FACTOR)

- 3.1 บุคคลในครอบครัว
- 3.2 ผู้นำชุมชน
- 3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3.4 บุคคลที่นับถือ
- 3.5 บุคคลที่เคยใช้บริการ

พฤติกรรม(BEHAVIOR) หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ หรือปฏิกิริยาที่มีอยู่ในตัวบุคคล ไม่ว่าจะกิจกรรมหรือปฏิกิริยานั้นจะเกิดจากสาเหตุใด จะสังเกตได้หรือไม่ได้ โดยบุคคลอื่นก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ กรณีการส่งเสริมให้แม่มาฝากครรภ์ ที่สถานบริการสาธารณสุข จากการทบทวนมีปัจจัย ทั้งด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) และ ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นตัวกำหนดปัจจัยสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงพฤติกรรมพื้นฐานของคนไทย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่น การไม่ใส่ใจต่อสุขภาพ ค่านิยมความเชื่อ หลักการเบื้องต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเข้าใจว่าคนทุกคนมีความแตกต่างกัน คนคนเดียวก็มีความแตกต่างกันเอง สิ่งเร้าเหมือนกันอาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบเหมือนกัน สิ่งเร้าต่างกัน อาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบเหมือนกัน ปฏิกิริยาโต้ตอบอาจมาจากสิ่งเร้าเดียวหรือสิ่งเร้าหลายอย่าง ฯลฯ จากสาเหตุดังกล่าวการแก้ไขปัญหาโดยใช้ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ ที่เลือกมาอธิบายคือ “ PRECEDE MODEL ” จึงมีความสำคัญ โดยคำนึงถึงปัจจัยนำ (PREDISPOSING FACTOR) ของหญิงมีครรภ์ คือ การเข้าถึงองค์ความรู้ความสำคัญในการฝากครรภ์ ค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ เช่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และการรับรู้ ในการฝากครรภ์ที่จะส่งผลกระทบต่อตัวหญิงมีครรภ์ และส่งผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ ปัจจัยเอื้อ (ENABLING FACTOR) ให้หญิงมีครรภ์สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ทรัพยากร อาจเป็น ฐานะทางการเงิน รายได้หรือ ทรัพยากรบุคคลที่จะดูแลช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความสะดวกด้านคมนาคม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล เช่น เขตสุขภาพที่ 1 พื้นที่ชายแดน ชายขอบ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น การเดินทางมีความยากลำบาก หรือประสบการณ์ที่ได้รับจากบริการ หากหญิงมีครรภ์ได้รับบริการที่ดี มีความประทับใจในบริการก็จะนำมาซึ่งการฝากครรภ์ที่ต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน ปัจจัยเสริม (REINFORCING FACTOR) ได้แก่บุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลที่นับถือ หรือ บุคคลที่เคยใช้บริการ หากมีปัจจัยเสริมที่ดีย่อมส่งผลที่ดีในการรับบริการการฝากครรภ์ ดังนั้น สรุปได้ว่า พื้นที่ที่มีปัญหากรณีการส่งเสริมให้แม่มาฝากครรภ์ ที่สถานบริการสาธารณสุข ไม่ได้ตามเป้าหมาย หากมีการนำทฤษฎี “PRECEDE MODEL - Harry Green” มาใช้ในการปิด GAP ความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับบริการ การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ก็จะทำให้ หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ได้ตามเป้าหมาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีกลยุทธ์การดำเนินงานที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ **ครอบครัว ชุมชน และ สังคม** ตามแนวคิดหลักของโมเดลเชิงนิเวศวิทยากับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ศึกษาขอ นำทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะ **ทฤษฎีภาวะผู้นำ (Leadership)** ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่บุคคลสามารถมีอิทธิพลและมีผลต่อบุคคลอื่นในอันที่จะทำให้บุคคลอื่นได้กระทำการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน **อธิบายได้ว่า** การส่งเสริมผู้นำให้มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นประโยชน์ในการดูแลหญิงมีครรภ์ และนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดดูแลหญิงมีครรภ์ในครอบครัว ในชุมชน เป็นแกนนำอาสาสมัคร หรือเป็นผู้นำทางสุขภาพของชุมชน ในการชี้แนะให้คำปรึกษาแก่ชุมชน อำนวยความสะดวก สนับสนุนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมของคนไทยที่มีความเชื่อต่อผู้นำ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ สามารถสร้างผู้นำทำได้หลายรูปแบบและ

หลายระดับในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน เช่น แกนนำครอบครัว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หมอพื้นบ้าน พระสงฆ์ หรือผู้นำในระดับประเทศ มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพคนไทย

ดังนั้น การมีผู้นำที่ดี เข้าใจต่อระบบสุขภาพ เข้าใจและเห็นความสำคัญต่อการตั้งครุฑของมารดา ซึ่งเด็กคือสมบัติของแผ่นดิน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคน ก็ย่อมจะส่งผลให้หญิงมีครรภ์เข้าถึงระบบบริการที่ดี มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งนี้ปัจจัยภายในตัวบุคคลรวมถึงครอบครัวก็มีความสำคัญ

ด้านการดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2562 พบเด็กช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุม ร้อยละ 89.4 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.9 ติดตามส่งเสริมกระตุ้นและประเมินซ้ำ ร้อยละ 92.3 เด็กมีพัฒนาการสมวัยรวมเป็น ร้อยละ 87.1 (HDC,2562) จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่ามีเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองและเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ติดตามไม่ได้อีก ร้อยละ 10-20 ส่งผลให้เด็กสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการคัดกรอง ค้นหา ส่งเสริม ติดตาม และดูแลกระตุ้นให้มีพัฒนาการที่สมวัย ในส่วนของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วงปี 2559 - 2561 ร้อยละ 48.4, 50.7, และ 51.3 ตามลำดับ และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2562 เป็นร้อยละ 57.3 (HDC,2562) ส่วนปัญหาทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือ เด็กเตี้ย ร้อยละ 16.1 รองลงมาคือเด็กอ้วน ภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วน ร้อยละ 11.3 และเด็กผอม ร้อยละ 6.6 (HDC,2562) จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักในการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือดูแลส่งเสริม ให้เด็กมีการพัฒนาไปตามวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าปล่อยให้พลละเลย ไม่มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน เด็กจะเสียโอกาสในการพัฒนาตามวัย รวมทั้งอาจเกิดปัญหาพัฒนาการที่ย่างช้า ซ้ำซ้อน เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของเด็ก จากการศึกษาครั้งล่าสุด(จินตนาและวันวิสาห์,2561) พบว่าทารกที่มีน้ำหนักเมื่อแรกคลอด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.10 ปัจจัยคัดสรรพบว่าทารกที่มีน้ำหนักเมื่อแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กปฐมวัยเมื่อแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป็น 1.38 เท่า ส่วนเด็กปฐมวัยที่ คลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 8.0 โดยเด็กปฐมวัยที่คลอดครบกำหนด จะมีโอกาสที่พัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนดเป็น 1.82 เท่า และสูงกว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด 1.17 เท่า การได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็กของเด็กตามสิทธิประโยชน์ พบว่า ไม่ทราบว่าเด็กได้รับและกินหรือไม่ ร้อยละ 7.80 เด็กไม่ได้รับและกินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 54.00 และเด็กได้รับและกินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 38.20 สำหรับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 11.30 น้ำหนักค่อนข้างมากและน้ำหนักมาก ร้อยละ 12.20 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 12.50 ค่อนข้างสูงและสูงร้อยละ 7.60 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10 ท้วมร้อยละ 4.7 เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 9.7 และปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กปฐมวัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเป็น 1.53 เท่า ดังนั้น เน้นการแก้ปัญหาทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย และการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการมารดาและเด็กเป็นลำดับแรก และการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กให้แปรงฟันลูกให้สะอาด

ส่วนปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคม(จินตนาและวันวิสาห์,2561) ที่พบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการพยากรณ์โอกาส พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) พบว่า คุณลักษณะทางประชากรของบิดาและ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่การศึกษาของบิดา อาชีพของบิดา อาชีพผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่บิดามารดา ด้านสถานที่อยู่ของเด็ก กลางวัน พบว่าการอยู่บ้านตนเองของเด็กในช่วงเวลากลางวัน เด็กจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าอยู่ที่ โรงเรียน บ้านผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และบ้านญาติ ดังนั้นควรศึกษาวิจัย พัฒนา รูปแบบ สื่อ และ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเด็กปฐมวัย การวิจัยต้นแบบศูนย์เรียนรู้“ครอบครัวคุณภาพ”เพื่อการนำสู่ การปฏิบัติที่เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาต่อยอดได้อย่างแท้จริง ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านการเลี้ยงดูลูกของครอบครัวให้เป็น “ครอบครัวคุณภาพ” ให้มีทักษะปฏิบัติและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเด็กเพื่อดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ ไม่ใช่ความ รุนแรง หรือวาทะที่ทำร้ายจิตใจเด็ก จัดหา หนังสือ หรือของเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการ พัฒนา ไม่กีดกันเด็ก **มีศูนย์เรียนรู้ครอบครัวคุณภาพในตำบลฯ 1 แห่ง** พร้อมพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ โรงเรียนระดับชั้นอนุบาล และการพัฒนาครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก ให้มีความเข้าใจ ถึงการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม สามารถ ประเมินและติดตามพัฒนาการเด็ก สามารถจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ สามารถจัดประสบการณ์ให้เด็กโดยให้ เกิดสมดุลง ไม่ให้เด็กเร่งเรียน เขียนอ่าน (Academic) จนเด็กเกิดความกดดัน และความเครียด และใช้ทักษะสื่อสาร เชิงบวกกับผู้ปกครองเพื่อให้ร่วมกันพัฒนาเด็ก

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) **ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากร มนุษย์** มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทย มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย(สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2561) การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัย นั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัย หรือ 8 ปีแรกของชีวิต เพื่อให้การทำหน้าที่บริหารของสมองระดับสูง (Executive Function) ในการบริหารจัดการ และการกำกับ ควบคุม ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายได้ ซึ่งจะเป็นรากฐานของการเป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพของทุกๆคนอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต การเจริญเติบโตและ พัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากวุฒิภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆ ของ ร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้สังเกตเห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด(นิตยา,2554) จึงขอเสนอแนวทางการพัฒนา ดังนี้

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

1. นโยบายการลดอัตราการตายของมารดา เป็นนโยบายของประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวข้องสนับสนุนมาตรการขับเคลื่อนทุกระดับรวมถึงมีภาคีเครือข่ายในการดูแล ฝากะวัง และส่งต่ออย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ หญิงมีครรภ์และครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว

2. สร้าง/พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ สร้างแรงจูงใจในการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เป็นที่ปรึกษาให้การดูแลเบื้องต้นตามหลักวิชาการ

3. ผลักดันให้มีระบบแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan) สำหรับหญิงมีครรภ์ โดย Care manager และ Caregiver ซึ่งเป็นอาสาสมัครด้านแม่และเด็ก อาสาสมัครแกนนำในครอบครัว ชุมชน ร่วมกันดูแลอย่างเป็นระบบตามแผนการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ ชุมชน

4. สนับสนุนงบประมาณการจ่ายวิตามินเสริมธาตุเหล็ก โฟเลต ไอโอดีน ในมารดา และยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ให้เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมตามสิทธิประโยชน์อันพึงได้ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสร้างการรับรู้สิทธิทุกช่องทาง

5. ผลักดันและขับเคลื่อนการทำงานแบบบูรณาการ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกระดับตามMOU บูรณาการกับ 6 กระทรวงหลัก ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงแรงงาน โดยมีเป้าหมายร่วม คือเด็กพัฒนาการสมวัย ขับเคลื่อนโดยมหัศจรรย์ 1,000 วัน

6. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ(Service Plan) ที่ต้องรองรับเช่นในเรื่องคลินิกกระตุ้นพัฒนาการของกรมสุขภาพจิตที่ต้องเชื่อมข้อมูลกับกรมอนามัย ควรจะลงไปถึงพื้นที่ด้วย

7. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

1. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. วิเคราะห์ข้อมูลจากฐาน รายงาน 506 ณ วันที่ 5 มี.ค.2562. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortalityratio/download?id=73426&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=24017
2. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ. (2555). โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ในบริบทประเทศไทย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. Green LW, Kreuter MW. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559 STATISTICAL THAILAND 2016. Available from: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/18956/20527.pdf
5. วิมล บ้านพวน และคณะ (2564) รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2564 – 2570 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.