

# การประเมินผลนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561

นพ.พนิต โสเสถียรกิจ  
ดร.ศรัชมา กาญจนสิงห์  
ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย

## บทคัดย่อ

การประเมินผลนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทยเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย “การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยแบบองค์รวม” ซึ่งประเมินผลนโยบายการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยใน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์และ คลินิกสุขภาพเด็กดี 2) การเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ DSPM 3) การเล่นและ การเล่นนิทานกับเด็ก และ 4) การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก งานวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้กระบวนการ CIPP Model ประเมินผลนโยบายการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยทั้ง 4 ประเด็น สุ่มเลือกพื้นที่แบบลำดับขั้น (Three-Stages Cluster Sampling) โดย สุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สองและตำบลเป็นหน่วยตัวอย่าง ขั้นที่สาม ใช้แบบสัมภาษณ์การหารูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยแบบองค์รวม ในกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มผู้รับบริการในสถานบริการระดับจังหวัด อำเภอและตำบล รวมทั้งสิ้น 624 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการประเมิน CIPP Model การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 172 รับรองตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564

**ผลการศึกษา** การประเมินนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย พบว่า 1) *ด้านบริบท:* ผู้บริหารและผู้ให้บริการในทุกระดับมีความเห็นว่านโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายที่ดี ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย สมองดีและมีสุขภาพที่ดีขึ้น เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่าย และได้ถ่ายทอดแนวทางการเจาะเลือดเพื่อหาภาวะซีดและการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี สู่ผู้ปฏิบัติในทุกระดับ โดยใช้หนังสือสั่งการผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ในระดับจังหวัด โดยพบว่าสถานบริการไม่ เจาะเลือดและไม่จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เนื่องจากไม่ทราบนโยบายแนวทางการเจาะเลือดเพื่อตรวจภาวะซีดและ แนวทางการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ชัดเจน ผู้ดูแลเด็กขาดความเข้าใจและความตระหนักต่อการให้เด็กได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก การจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกโรงพยาบาลใช้งบประมาณสนับสนุนจากบส่งเสริมป้องกัน (PP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2) *ปัจจัยนำเข้า:* ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบ ว่าการเจาะเลือดและการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่เด็กต้องได้รับ สถานบริการส่วนใหญ่มี

ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ บทบาทหน้าที่และการติดตามการดำเนินงาน ในเด็ก อายุ 6 เดือน – 2 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ติดตามให้ผู้ดูแลเด็กมารับยารักษาโรคที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเด็กอายุ 3 – 5 ปี สถานบริการสาธารณสุขบางแห่งจะประสานให้ครูที่เลี้ยงเด็กใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ให้ยารักษาโรค 3) *กระบวนการ:* สถานบริการส่วนใหญ่ไม่สามารถเจาะเลือดและจ่ายยารักษาโรคให้ผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการในพื้นที่ ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและขาด การวิเคราะห์และเก็บข้อมูลภาวะชีวิตของเด็กในพื้นที่ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบประโยชน์ของการให้ยารักษาโรค แต่ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์ของยารักษาโรค ขนาดและวิธีรับประทานยารักษาโรค ในเด็กแต่ละช่วงอายุ รวมถึงยารักษาโรคมีขนาดของบรรจุภัณฑ์ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาที่ รับประทาน 4) *ผลผลิต:* ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์การจ่ายยารักษาโรค ไม่มี รายงานและการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ ผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้รับยารักษาโรค บางส่วนที่ได้รับ จะพบปัญหาเกี่ยวกับรสชาติของยารักษาโรค

**ข้อเสนอแนะ** ต่อหน่วยงานในระดับนโยบาย: (กรมอนามัย) ต้องวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ในภาพรวม และประสานการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สปสช. ผู้ตรวจราชการ องค์การเภสัชกรรม ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ เป็นต้น ควรเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยารักษาโรคและ ภาวะชีวิตในเด็กปฐมวัยระดับประเทศอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ติดตามและชี้เป้าในการดำเนินงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และรณรงค์สร้างกระแสการป้องกันภาวะชีวิตจากการขาดยารักษาโรคในเด็กปฐมวัยไทย *ในระดับพื้นที่:* ต้องได้รับการสะท้อนข้อมูลของปัญหาและภาวะชีวิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่และการเข้าถึงการจ่ายยารักษาโรค ให้กับผู้บริหารได้รับทราบ และควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผลในพื้นที่อย่างเป็น ระบบ รวมถึงการรณรงค์สร้างกระแสให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และเกิดความตระหนัก

**คำสำคัญ:** การประเมินผลนโยบาย ยารักษาโรค เด็กปฐมวัยไทย

# The evaluation of iron supplement policy in Thai childhood 2018.

Dr.Panit Losatiankit, MD.

Dr.Srush-shar Karnjanasingha, Ph.D.

Health Promotion Centre 6<sup>th</sup>, Department of Health

## Abstract

The evaluation of iron supplement policy in Thai childhood is a part of the study “Thai Childhood Development holistic Model” for evaluate operational policies in 4 Thai childhood developmental topics: 1) Parents’ school activities in antenatal clinic and well child clinic 2) Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) 3) Play and storytelling with children and 4) Receiving iron supplemental in childhood. This study is descriptive study on phenomenology action research by CIPP Model. The samples were selected by three–stages cluster sampling. The research instruments were Semi-Structured Interview and In-depth interviewing key informants in directors, service providers and client group were 624 volunteers by criterion sampling between March-May 2018. Data were analyzed using descriptive and content analysis on CIPP Model. Moreover, took the analysis results to be a guideline for solving problems by brainstorming.

The results showed that 1) Context Evaluation: All levels of directors and service providers agreed upon the policy for iron supplementation in childhood support the children to be healthy and have a good development. So, every childhood needed to receive iron supplement without charge. The practitioners have been conveyed the guidelines for blood anemia test and dispensing iron supplementation by official correspondence in MCH Board and Planning & Evaluation Board to all levels service providers. Some clinics have no blood anemia test and dispensing iron supplements due to did not know the policy and clear guidelines. Child caregiver lacks of understanding and awareness for childhood received iron supplements. All hospitals purchase iron supplements by prevention and promotion budget of National Health Security Office. 2) Input Evaluation: Almost of directors and service providers knew blood anemia test and dispensing iron supplements stay in set of iron supplements benefits that every childhood must receive. Most clinics had problem for management, monitoring and evaluation. In 6 months–2 years the health volunteers were follow up the child caregiver for childhood

received iron supplements at clinic. In 3-5 years the childhood received iron supplements at child care center. 3) Process Evaluation: Most clinics could not do blood anemia test and dispense iron supplements cover for service recipients, lack of clear operational guidelines, data collection and analysis of child anemia in the area. The service providers knew the benefits of iron supplementation but child caregiver didn't know the benefits and dosage of iron supplement in each ages. The size of the packaging of iron supplement were not suitable for the duration of the dosage. 4) Product Evaluation: Most of directors and service providers didn't know iron supplementation situation, no report and no follow up in the area. Some childhood had never been give iron supplementation. Some childhood recieved iron supplementation but its taste was reported as a problem.

**Keywords:** Policy Evaluation, Iron supplements, Thai Early childhood

## บทนำ

จากพระราชดำรัสรัชกาลที่ 9 เนื่องในปีเด็กสากล วันที่ 2 มกราคม ปี พ.ศ. 2522 “เด็กเป็นผู้ที่รับช่วงทุกสิ่งทุกอย่างจากผู้ใหญ่ รวมทั้งภาระความรับผิดชอบในการธำรงรักษาความสุขสงบของประชากรโลก” และคำกล่าวที่ว่า “เด็กในวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” ล้วนเป็นประโยคที่กล่าวถึงเด็ก ว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศเพราะเด็กเป็นกำลังสำคัญที่ต้องเติบโตเป็นผู้ทำหน้าที่พัฒนาประเทศชาติและบริหารบ้านเมืองต่อไปในอนาคต<sup>1,2</sup> ดังนั้นเด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพของเด็กไทยในปัจจุบัน พบว่า มีเหตุปัจจัยและกิจกรรมแวดล้อมหลายประการที่ส่งผลให้คุณภาพเด็กจำนวนหนึ่งลดลงหรือถูกทำลายไปอย่างน่าเสียดาย เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชนบทและครอบครัวที่มีฐานะยากจนพบเป็นเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อพัฒนาการของร่างกายและสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัยอยู่ถึงร้อยละ 3 ทำให้เด็กมีร่างกายและสมองพัฒนาได้ช้ากว่าวัย<sup>3</sup> ซึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคนมีพัฒนาการไม่สมวัย<sup>4</sup>

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2550 ด้วยการใช้เครื่องมือ DENVER II พบว่า เด็กอายุ 1-5 ปีมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติเพียงร้อยละ 66.7 เมื่อแยกตามอายุพบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่ลดลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น<sup>5</sup> รวมถึงเด็กไทยมีพัฒนาการที่ลดลงเมื่อเทียบกับ การสำรวจโดยใช้เครื่องมือเดียวกันในปี 2547 ที่พบว่า เด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72<sup>6</sup> สำหรับการประเมินพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ในเด็กอายุ 4-5 ปี พบว่า พัฒนาการด้านภาษามีความล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัวล่าช้า<sup>5</sup> จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า พัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคยและร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่น ๆ ส่วนทักษะ ด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน พบว่าเด็กสามารถบอกสีได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 74 เด็ก มีพื้นฐานด้านคณิตศาสตร์สำหรับทักษะการนับเพียงร้อยละ 35.2<sup>7</sup> เมื่อเด็กย่างเข้าสู่วัยเรียน (6-14 ปี) พบร้อยละ 30 ที่เด็กอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้และคิดไม่เป็น ส่งผลให้ความฉลาดด้านสติปัญญา (IQ) ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิตปี 2554 และ ปี 2559 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในระดับประเทศเท่ากับ 98.59 และ 98.23 ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ปกติค่อนข้างต่ำ และพบว่าเด็กไทยเกือบครึ่ง (48.5%) มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ<100) โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับระดับสติปัญญาเด็กในประเทศเอเชียหลาย ๆ ประเทศ เช่น ฮองกง สิงคโปร์ จีน ญี่ปุ่น<sup>8,9</sup> และเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น (15-19 ปี) พบว่าคะแนน PISA (Programme for International Student Assessment) ที่ใช้วัดการนำความรู้ ทักษะที่ได้เรียนในห้องเรียนไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตหรือสถานการณ์จริง มีค่าคะแนนที่ต่ำลงด้วย<sup>10</sup> จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นแนวโน้มของพัฒนาการเด็กที่ลดลงและผลกระทบที่ส่งผลในแต่ละช่วงวัยซึ่งมีความต่อเนื่องสอดคล้องกัน

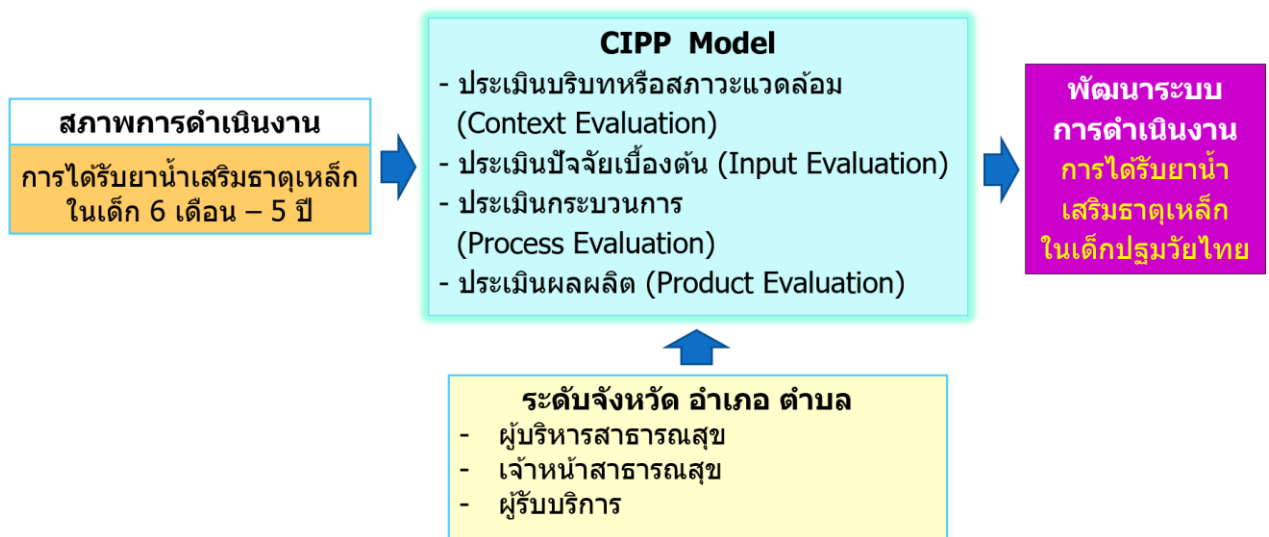
ในปัจจุบันพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังเช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมการเลี้ยงดู ปัจจัยทางพันธุกรรมที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนปัญญาร้อยละ 50<sup>11</sup> ภาวะโภชนาการของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่พบว่าสารไอโอดีนและธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาของระบบประสาทในเด็ก<sup>12,13,14,15</sup> การขาดธาตุเหล็กก่อให้เกิดภาวะโลหิตจางที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นปัญหาพหุโภชนาการที่พบมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยสูงเป็นอันดับ 2 (65.5%) รองจากประเทศในทวีปแอฟริกา (67.6%) และพบได้ในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะเด็กต่ำกว่า 2 ปีพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด (47.4%)<sup>16,17,18</sup> ซึ่งปัจจัยการขาดธาตุเหล็กที่กล่าวมาสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2557<sup>19</sup> และ 2560<sup>20</sup> พบว่าเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 27.2 และ 32.5 ตามลำดับ โดยเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 81.5 และ 70.3 ตามลำดับ ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงธาตุเหล็กมีมากในสมองเป็นส่วนประกอบของ myelin sheath, neurotransmitters และมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย และพัฒนาการของสมองของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปีอีกทั้งยังส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร ลดประสิทธิภาพในการเรียนของเด็กวัยเรียน<sup>21</sup> การเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุหลักมาจาก 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ และ 2) จากการเสียเลือดเฉียบพลันจากอุบัติเหตุต่าง ๆ หรือเสียเลือดเรื้อรังจากพยาธิปากขอ มีผลในภาวะอาหาร ซึ่งการขาดหรือพร่องธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ก่อให้เกิดโลหิตจางในเด็ก นอกจากนี้โลหิตจางในเด็กอาจมีสาเหตุมาจากแม่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2553 พบหญิงตั้งครรภ์ทั้งประเทศมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 18.4 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดคือร้อยละ 10 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ทั้งหมด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหานี้โดยการให้ธาตุเหล็กเสริมในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย<sup>22</sup> จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey พ.ศ. 2553-2555<sup>22</sup> พบเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในชนบทมีความชุกโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 41.7 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2557<sup>19</sup> และปี 2560<sup>20</sup> ที่พบว่าเด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และกินเป็นประจำเพียงร้อยละ 11.5 และ 16.8 ตามลำดับ

แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก องค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยมีนโยบายให้เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (Exclusive Breast Feeding) และการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ร่วมกับการกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559 ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก รวมทั้งกำหนดให้เจาะเลือดเพื่อหาภาวะซีดในเด็กอายุ 6-12 เดือนและ 3-5 ปี อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการนำ

นโยบายไปสู่การปฏิบัติ ปัญหาแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจนเจาะจง ปัญหาขาดแคลนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่ง ส่งผลให้โลหิตจางยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็กปฐมวัยไทยที่ต้องการมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ เพื่อลดโอกาสการเกิดผลเสียอย่างถาวรในเด็ก<sup>21,22,23,24,25</sup> ดังนั้นเพื่อลดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย (0-5 ปี) ต้องมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จากตัวพ่อแม่เอง เครือญาติ ผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งการมีนโยบายที่สนับสนุน แนวทางการปฏิบัติ การเข้าถึงบริการ และการกำกับติดตามที่ชัดเจน<sup>26</sup> อันจะทำให้ภาวะซีดในเด็กปฐมวัยไทยลดลงและส่งผลต่อการสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัยยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ประเมินโครงการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตามนโยบายและสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยใช้กระบวนการ CIPP Model เป็นแนวทางในการศึกษา

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย

**กรอบแนวคิด** การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จึงมีหลายปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพัฒนาการเด็กในทุก ๆ ด้าน อันเกิดจากตัวของพ่อแม่เด็กเอง เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลเด็ก ภาวะโภชนาการ และการเข้าถึงบริการของรัฐ<sup>26</sup> ปัจจัยใดที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยก็ควรส่งเสริมให้เด็กได้รับต่อไป แต่ปัจจัยใดที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กไทยล่าช้าก็ควรศึกษาให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นเหตุทำให้พัฒนาการเด็กล่าช้าที่แท้จริง จึงควรนำข้อมูลนั้นมาศึกษาหาแนวทาง แก้ไขปัญหา ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมอันส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยต่อไป โดยการประเมินผลนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อประเมินผลนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย ศึกษาโดยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่ศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้การประเมินแบบ CIPP Model เป็นหลักในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงใช้หลักการเลือกแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหาร 144 คน (นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระดับ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.) 2) ผู้ให้บริการ 192 คน (ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอ เจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดีในระดับ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการอย่างน้อย 2 ปี) และ 3) ผู้รับบริการ 288 คน (ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดีในระดับ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องมีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ และแม่ พ่อหรือผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กอายุ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี) เพื่อให้ได้มาของข้อมูลที่มีคุณภาพ จึงใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interviews) จากแบบสัมภาษณ์ที่มีคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยถามเกี่ยวกับเรื่องราว (Story Question) ประสบการณ์ (Experience Question) ความคิดเห็น (Opinion/Value Question) ความรู้สึก (Feeling Question) และสิ่งที่รู้ (Knowledge Question) จากแบบสัมภาษณ์การหารูปแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยแบบองค์รวม สำหรับ 1) ผู้บริหาร 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) สำหรับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ใช้สัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Interviewing key informants) ทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งจำนวนข้อมูลที่ได้รับจะขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายในแต่ละระดับการบริหารงานสาธารณสุข จึงแบ่งพื้นที่เก็บข้อมูลที่อยู่ในอำเภอเมือง (13 ราย) และต่างอำเภอ (13 ราย) ของแต่ละจังหวัดที่ถูกเลือกรวมจังหวัดละ 26 ราย (ดังตารางที่ 1) โดยจัดประชุมพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลของกรมอนามัย จำนวน 54 คน (จาก 12 เขตสุขภาพ) เพื่อชี้แจงและซักซ้อมทีมเก็บข้อมูลให้เข้าใจแนวทางการใช้คำถาม การถามในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง การใช้คู่มือเก็บข้อมูลภาคสนามอันทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในระเบียบวิธีการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ทุกชุดและเพื่อให้ได้มาตรฐานในการได้มาซึ่งข้อมูลมากที่สุดก่อนลงพื้นที่ การสุ่มเลือกพื้นที่ใช้การสุ่มแบบขั้นลำดับ (Three-Stages Cluster Sampling) โดยสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพเป้าหมายตัวอย่างขั้นที่หนึ่งเขตละ 2 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอเป้าหมายตัวอย่างขั้นที่สอง และสุ่มเลือกตำบลเป้าหมายตัวอย่างขั้นที่สาม ซึ่งตำบลที่ได้มาจากการสุ่มต้องเป็นตำบลที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำอยู่ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 624 คน ใน 24 จังหวัดเขตสุขภาพทั่วประเทศ ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ (วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา) นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาศึกษาและวางแนวทางการแก้ปัญหา การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย โดยการประชุมระดมสมองนักวิชาการ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับเขตสุขภาพและระดับกรมอนามัยเพื่อจัดทำรูปแบบการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย



ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ระดับจังหวัด			ระดับอำเภอ		
สถานที่	ตำแหน่ง	จำนวน	สถานที่	ตำแหน่ง	จำนวน
สสจ.	นพ.สาธารณสุขจังหวัด	1	สสอ.	สาธารณสุขอำเภอ	1
	จนท.งานแม่และเด็ก	1		จนท.งานแม่และเด็ก	1
รพศ./รพท.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1	รพช./รพท.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1
	จนท.คลินิกฝากครรภ์	1		จนท.คลินิกฝากครรภ์	1
	ผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์	2		ผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์	2
	จนท.คลินิกสุขภาพเด็กดี	1		จนท.คลินิกสุขภาพเด็กดี	1
	ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	2		ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	2
รพ.สต.	ผู้อำนวยการ รพ.สต.	1	รพ.สต.	ผู้อำนวยการ รพ.สต.	1
	จนท.งานแม่และเด็ก	1		จนท.งานแม่และเด็ก	1
	ผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์	1		ผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์	1
	ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	1		ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	1
รวม		13	รวม		13
จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจังหวัด รวมทั้งสิ้น					26
จำนวนกลุ่มตัวอย่างจาก 24 จังหวัด รวมทั้งสิ้น					624

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแยกตามประเด็น พบว่า 1) ด้านบริบท: ผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกระดับมีความเห็นว่ นโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นนโยบายที่ดี ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยสมองดีและมีสุขภาพดีขึ้น เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และได้ถ่ายทอดแนวทางการเจาะเลือดและการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน-5 ปี สู่ผู้ปฏิบัติในทุกระดับ โดยมีหนังสือสั่งการผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board ) และการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ของจังหวัด และพบว่าสถานบริการบางแห่งเจาะเลือดและจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก บางแห่งไม่เจาะเลือดแต่จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก บางแห่งไม่ทราบสิทธิประโยชน์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก บางแห่งไม่มีนโยบาย แนวทางในการเจาะเลือด การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและการขับเคลื่อนที่ชัดเจน การจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของทุกโรงพยาบาลใช้งบประมาณการส่งเสริมป้องกัน (PP) และให้ รพ.สต. เบิกทุกเดือนจากรพช.ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งไม่ได้ดำเนินการจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจึงทำให้ไม่มียาน้ำเสริมธาตุเหล็กจ่ายให้เด็กในพื้นที่ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต และยังพบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความเข้าใจ ขาดความตระหนักเพื่อให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง

2) ปัจจัยนำเข้า: ผู้บริหารและผู้ให้บริการบางแห่งไม่ทราบรายละเอียดของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในชุดสิทธิประโยชน์และแนวทางการเจาะเลือดที่ถูกต้อง ไม่มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน สถานบริการที่ขึ้นกับ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีปัญหาเรื่องงบประมาณในการจัดซื้อ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กบางยี่ห้อที่มีรสชาติฝืดเคืองคล้ายเหล็ก ไม่อร่อยเด็กรับประทานยาก การจ่ายและการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่อง เพราะการผลิตยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขององค์กรเภสัชมีไม่เพียงพอ ทำให้ต้องสั่งซื้อจากบริษัทเอกชนซึ่งมีราคาสูง ในเด็ก 0-2 ปี อสม.จะเป็นผู้ติดตามให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองมารับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ รพ.สต. ในเด็ก 3-5 ปี ครูหรือพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับเด็กทุกสัปดาห์ สถานบริการส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก บทบาทหน้าที่และการติดตามการดำเนินงานการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

3) กระบวนการ: การบริหารจัดการเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการ การจัดซื้อยาตามระเบียบปฏิบัติ การได้รับการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในพื้นที่ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุมยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน พ่อ แม่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์และช่วงอายุในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ขนาดของบรรจุภัณฑ์ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาที่รับประทาน สถานบริการส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บข้อมูลภาวะซีดทั้งในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ บางแห่งเก็บข้อมูลแต่ไม่ครอบคลุม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบว่ายาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีประโยชน์ในการบำรุงสมอง ช่วยป้องกันภาวะโลหิตจาง ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี รับประทาน 12.5 mg. ต่อสัปดาห์ อายุ 2-5 ปี รับประทาน 25 mg. ต่อสัปดาห์

4) ผลผลิต: พบภาวะซีดในเด็ก 0-5 ปี แต่ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์ภาวะซีด สถานการณ์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ และพบว่าไม่มีรายงานและการติดตามในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ผู้ดูแลเด็กไม่ทราบสิทธิ์ที่เด็กจะได้รับในชุดสิทธิประโยชน์และการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภาวะซีด รวมทั้งรสชาติของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นอุปสรรคต่อการรับประทาน

### อภิปรายผลการวิจัย

ด้านบริบท (Context) : เมื่อพิจารณาหลักการเหตุผล ความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่ามีความจำเป็นเพียงพอที่ต้องเร่งดำเนินการตามนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey พ.ศ. 2553-2555<sup>22</sup> พบเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในชนบทมีความชุกโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 41.7 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 โดยพบว่าเด็กปฐมวัยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในปี 2557<sup>19</sup> และปี 2560<sup>20</sup> เพียงร้อยละ 18.5 และ 33.3 เท่านั้น ซึ่งภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ (พัฒนาการ) การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การพัฒนาของสมอง และการสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ในเด็ก<sup>21</sup> การกำหนดนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของกรมอนามัยจึงเป็นแนวทางที่ดี โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหนังสือขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีความเห็นว่านโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นนโยบายที่ดี ทำให้เด็กมีพัฒนาการ สมวัย สมองดีและมีสุขภาพดีขึ้น และเด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการถ่ายทอดนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นไปตามหลักการของการสังการที่มีประสิทธิภาพ<sup>27</sup> ผ่านหนังสือสั่งการที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเพิ่มช่องทางการสังการสู่ผู้ปฏิบัติทางการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (MCH Board ) ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งส่งการผ่านการประชุม คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ของจังหวัดอีกด้วย แต่การรับทราบการสั่งการของผู้ปฏิบัติอาจเป็น เพียงแค่รับทราบเนื้อหาในหนังสือสั่งการที่ไม่ชัดเจน รวมถึงการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กและ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นเพียงแค่ตัวแทนไม่ใช่ผู้ปฏิบัติทั้งหมดจึงไม่เข้าใจในเหตุ และผลของการให้เจาะเลือดและจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย จึงทำให้การเจาะเลือดเพื่อหาภาวะซีดใน เด็กอายุ 6-12 เดือนและการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) : การกำหนดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559<sup>23</sup> ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของ บริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ในการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไม่ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนให้ ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ์ทราบอย่างทั่วถึง จึงทำให้ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจหลักและแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องและผู้มีสิทธิ์ อันพึงจะได้รับสิทธิ์นั้น ๆ ก็ไม่ทราบสิทธิประโยชน์และการใช้สิทธิ์อย่างทั่วถึง รวมถึงผู้บริหารไม่ทราบรายละเอียด การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย ทำให้การดำเนินการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ ครอบคลุมตามแนวทางที่ควรจะเป็นอันประกอบด้วยช่วงอายุที่ควรจะได้รับ ขนาดของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในแต่ละ ช่วงวัย การคัดกรอง/การเจาะเลือดหาภาวะซีด การส่งต่อ/เฝ้าระวัง ติดตามเด็กที่มีภาวะซีด จึงทำให้ไม่มีระบบการ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ไม่มีข้อมูลภาวะซีดทั้งที่เป็นระบบ Manual และระบบ HDC ซึ่งส่วนหนึ่งอาจ เนื่องจากไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข<sup>28</sup> การจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กที่อยู่ในความ รับผิดชอบของสถานบริการที่ขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะพบว่ามีปัญหาในการจัดซื้อเนื่องจากการ จัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจะใช้งบประมาณของ อปท. เอง แต่ความเป็นจริงการจ่ายยาน้ำถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิ ประโยชน์ การจัดซื้อต้องใช้งบประมาณจากงบส่งเสริมป้องกัน (PP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นจำนวน 308.64 บาทต่อคน (งบเหมาจ่าย) สถานบริการบางแห่งไม่ทราบถึงประโยชน์และสิทธิ์ที่เด็กจะ ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทำให้ไม่จัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก<sup>29</sup> และมีสถานบริการที่ทราบและจัดซื้อยาน้ำเสริมธาตุ เหล็กโดยจะสั่งซื้อจากองค์การเภสัชกรรม ซึ่งบางช่วงการผลิตยาน้ำเสริมธาตุเหล็กขององค์การเภสัชกรรมมีความ ล่าช้าและไม่เพียงพอ จึงทำให้การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กขาดความต่อเนื่องและต้องสั่งซื้อจากบริษัทเอกชน ซึ่งมีราคาสูง<sup>30</sup> การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 2 ช่วงวัยคือ เด็ก 0-2 ปี ที่ผู้ดูแลเด็กต้องพาเด็กมา รับวัคซีนตามช่วงอายุ 6, 9, 12, 18 และ 24 เดือน<sup>31</sup> ที่สถานบริการ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. เด็กจะได้รับ คำแนะนำและยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งการให้บริการการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในช่วยวัยนี้ค่อนข้างง่าย สะดวก และครอบคลุม แต่ก็พบว่ามียุติเด็กที่ไม่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเนื่องจากไปรับบริการที่คลินิกและสถานบริการเอกชน จึง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องติดตามเด็กกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กไปรับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ที่ รพ.สต. หรือ รพช. ใกล้บ้าน และช่วงเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กจะมารับวัคซีนที่สถานบริการเมื่ออายุ 4 ปี หลังจาก ได้รับวัคซีนไปเมื่ออายุ 2 ปี ทำให้การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กช่วงวัยนี้มีความยากลำบาก ขาดความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอ และเพื่อความครอบคลุมของการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สถานบริการบางแห่งในบางพื้นที่จะ ประสานครูหรือพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่รับดูแลเด็กตั้งแต่อายุ 3-5 ปี เป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบให้ยาน้ำ

เสริมธาตุเหล็กแก่เด็กสัปดาห์ละครั้ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากปัจจัยนำเข้าทำให้พบว่าสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีปัญหาการบริหารจัดการ การจัดซื้อ บทบาทหน้าที่และการติดตามการดำเนินงาน

กระบวนการ (Process) : เป็นการตรวจสอบหาข้อบกพร่องของนโยบายการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จากข้อมูลด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าที่กล่าวมาทำให้ทราบว่า การบริหารจัดการเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการ การจัดซื้อยาตามระเบียบปฏิบัติ การกระจายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ซึ่งไม่มีแนวทางดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอันทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์และช่วงอายุในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งอาจเกิดจากไม่ได้รับทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้รับทราบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทางสื่อโซเชียลมีเดีย และการขาดความตระหนักหรือลืมในช่วงของการร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี<sup>32</sup> ขนาดบรรจุภัณฑ์ของยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีขนาด (60 cc.) ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาที่รับประทานเนื่องจากเด็ก 6 เดือน-2 ปี รับประทานสัปดาห์ละ 2.5 ช้อนชา<sup>21</sup> จะรับประทานได้ 24 ครั้งหรือ 24 สัปดาห์ ซึ่งเท่ากับ 6 เดือน โดยการเก็บรักษายาน้ำเสริมธาตุเหล็กจะระบุไว้ข้างกล่องว่า “เก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 30°C ได้นาน 3 เดือนและเก็บในตู้เย็นได้นาน 4 เดือน”<sup>33</sup> ดังนั้นยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเมื่อเปิดใช้แล้วจะหมดอายุก่อนที่เด็ก 6 เดือน-2 ปีจะรับประทานหมดใน 1 ขวด จึงทำมีตัวยาเหลือทิ้งและเกิดความสิ้นเปลือง และเนื่องจากการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่เป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุขจึงทำให้ไม่มีระบบการติดตามในระบบ HDC (Health Data Centre) รวมถึงข้อมูลภาวะซีดในเด็กปฐมวัยและหญิงตั้งครรภ์ แต่จะมีสถานบริการบางแห่งที่เห็นความสำคัญก็จะเก็บข้อมูลเองแต่ไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด

ผลผลิต (Product) : จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2560<sup>20</sup> พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและกินเป็นประจำเพียงร้อยละ 16.8<sup>20</sup> เท่านั้น เมื่อเทียบข้อมูลจาก HDC ปี 2560<sup>28</sup> พบว่า เด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 10.92 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70) และจากข้อมูล HDC เขตสุขภาพที่ 6 พบภาวะซีดในเด็ก 6 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 29.5 แต่ในความจริงของการปฏิบัติงานในพื้นที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบสถานการณ์ความชุกของภาวะซีดและการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เนื่องจากไม่มีรายงานและการติดตามในพื้นที่ที่รับผิดชอบ นอกจากขนาดของปริมาณยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่สัมพันธ์กับบรรจุภัณฑ์แล้วยังพบว่ายาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีรสฝืดคล้ายเหล็ก<sup>33</sup> เด็กรับประทานยากและไม่ยอมรับประทาน

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานในระดับนโยบาย: (กรมอนามัย) ต้องวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ในภาพรวม และประสานการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สปสช. ผู้ตรวจราชการ องค์การเภสัชกรรม ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ เป็นต้น ควรเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและภาวะซีดในเด็กปฐมวัยระดับประเทศอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ติดตามและชี้เป้าในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรณรงค์สร้างกระแสการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทย

ในระดับพื้นที่: ต้องได้รับการสะท้อนข้อมูลของปัญหาและภาวะซีดที่เกิดขึ้นในพื้นที่และการเข้าถึงการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผลเสียจากภาวะซีดที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กให้กับผู้บริหารได้รับทราบ และควรพัฒนา

ระบบการบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผลในพื้นที่อย่างเป็นระบบ รวมถึงการรณรงค์สร้างกระแสให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และเกิดความตระหนัก

### เอกสารอ้างอิง

- 1 พระราชดำรัสเนื่องในปีเด็กสากล วันที่ 2 มกราคม ปี พ ศ 2522. จารึกในแผ่นดินรัชกาลที่ 9. เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2560, เข้าถึงได้จาก [http://followking.psru.ac.th/phrachachdaras-childrens\\_day-kingrama-ix/](http://followking.psru.ac.th/phrachachdaras-childrens_day-kingrama-ix/)
- 2 สุวิชัย โกศัยยะวัฒน์. วันเด็กแห่งชาติ : พัฒนาการและความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ปีการศึกษา 2551.
- 3 องค์การยูนิเซฟ. ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่างปัญหาเด็กและสตรี. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2555. 2557. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ. 20 หน้า
- 4 Susan P Walker, Theodore DWachs, Julie MeeksGardner, Betsy Lozoff, Gail A Wasserman, Ernesto Pollitt, Julie A Carter. Child development: risk factor for adverse outcome in Developing countries. Child development in developing countries. 2007; Vol 369: 145-157.
- 5 รัตโนทัย พลับรู้การ และคณะ. วิเคราะห์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่น วัย 1-5 ปี. ใน: วันดี นิงสานนท์และคณะ, บรรณาธิการ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2552, หน้า 115-36.
- 6 สุขจริง ว่องเดชากุล. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2550. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2550
- 7 วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554.
- 8 กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554. เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557, เข้าถึงได้จาก [https://www.google.co.th/?gws\\_rd=cr&ei=Auv6UqH1Bc6UkgWww4CAAw#q=iq+%EO](https://www.google.co.th/?gws_rd=cr&ei=Auv6UqH1Bc6UkgWww4CAAw#q=iq+%EO)
- 9 กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2559. เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557, เข้าถึงได้จาก [http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=335&id=5865&date\\_start=&date\\_end=](http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=maincontent&group=335&id=5865&date_start=&date_end=)
- 10 สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ผลการประเมิน PISA. เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2561. เข้าถึงได้จาก <https://pisathailand.ipst.ac.th/>
- 11 Plomin R Craig l. Human behavioural genetics of cognitive abilities and disabilities. Bioessays 1997; 19: 111724.
- 12 Rajatanavin R, Chailurkit L, Winichakoon P, Mahachoklertwattana P, Soranasataporin S, Wacharasin R, et al. Endemic cretinism in Thailand: a multidisciplinary survey. Eur J Endocrinol 1997; 137: 349-55.

- 13 Labbe RF, Vreman HJ,Stevenson DK. Zinc protoporphyrin: A metabolite with a mission. Clinical Chemistry. 1999. Retrieved May 21, 2015, Available from <http://www.clinchem.org/content/45/12/2060.full>
- 14 แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ. สถานการณ์ของภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน. Fact sheet สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 9 ฉบับที่ 2, 2547. เข้าถึงเมื่อ11 พฤษภาคม 2558. เข้าถึงได้จาก <http://advisor1.anamai.moph.go.th/factsheet/student/anemia.html>
- 15 ดวงทิพย์ ชีระวิทย์. สถานการณ์ด้านโภชนาการของเด็กและเยาวชน. สถานการณ์สุขภาพเฉพาะกลุ่มอายุ. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2558. เข้าถึงเมื่อ6 พฤษภาคม 2558. เข้าถึงได้จาก[http://www.hiso.or.th/hiso5/analysis/analysis7\\_1.php?number=1](http://www.hiso.or.th/hiso5/analysis/analysis7_1.php?number=1)
- 16 ศูนย์การเรียนรู้สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สารสุขภาพ-อโรคยา โรคไม่ติดต่อ.ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. 2551. เข้าถึงเมื่อ7 พฤษภาคม 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.vachiraphuket.go.th/www/publichealth/?name=knowledge&file=readknowledge&id=121>
- 17 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: 2558; 96 น.
- 18 World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia. Centers for disease control and prevention Atlanta, Georgia. 2008; P.8
- 19 พณิต โล่เสถียรกิจ และคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 2 กันยายน-ตุลาคม. 2560:199-208 น.
- 20 กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พฤศจิกายน พ.ศ. 2561; 121 หน้า
- 21 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: 2558; 96 น.
- 22 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ร่างมาตรฐานการทำงานการป้องกันโลหิตจางในเด็ก. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/QS-animia.pdf>

- 23 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย (ชุดสิทธิประโยชน์) ปี พ.ศ. 2559. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2558. เข้าถึงได้จาก [http://hp.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=1239](http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1239)
- 24 World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization. 2012.
- 25 World Health Organization. Strategies to prevent anaemia: Recommendations from an Expert Group Consultation. New Delhi, India; 5-6 December 2016: 35p.
- 26 ทิพวรรณ หาราชคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และวีระศักดิ์ ชลไชยยะ. ตำรา พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี. ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2556; 396 หน้า.
- 27 สนั่น เกาชาวี. “กลยุทธ์การสั่งงานให้ได้ผล”, Industrial World นิตยสารเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมไทย magazine 2008, ISSUE 2.
- 28 กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2561. เข้าถึงได้จาก <http://neo.moph.go.th/hdc/>
- 29 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 31 สิงหาคม 2561. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอน พิเศษ 211ง. 36 หน้า; 8 น.
- 30 จงกล เลิศเจียรดำรง และคณะ. การสำรวจราคายา 40 รายการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดซื้อในปี 2539. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2561. เข้าถึงได้จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1771?locale-attribute=th>
- 31 กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556; 102 หน้า.
- 32 กรมอนามัย. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พฤศจิกายน 2559; 68 น.
- 33 องค์การเภสัชกรรม. ยาน้ำแขวนตะกอน เพอร์ริส ฟูมาเรต 76 มิลลิกรัม/5มิลลิกรัม (เพอร์โรคิด 60 มิลลิกรัม). องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: มกราคม 2561.