

บทที่ 2 การอนามัยแม่และเด็ก

2.1 แนวความคิดและวิวัฒนาการของงานอนามัยแม่และเด็ก

2.1.1 ประวัติงานอนามัยแม่และเด็กในสหรัฐอเมริกา

ในระยะปี ค.ศ. 1890 เป็นต้นมา โครงการสุขภาพเด็กในสหรัฐอเมริกา ได้รับอิทธิพลมาจากการดำเนินงานของประเทศต่าง ๆ ในยุโรป เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส แนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกได้รับความสนใจจากประชาชนมากขึ้น มีการดำเนินงานที่เรียกว่า การปฏิบัติการทางสังคม (Social Action) เพื่อสวัสดิภาพของเด็ก ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวคิดในการอนามัยแม่และเด็กในระยะต่อมา การที่มีการปฏิบัติการทางสังคมเพื่อสวัสดิภาพเด็กนั้นสืบเนื่องมาจากการขยายตัวและการพัฒนาทางอุตสาหกรรม ซึ่งเด็กเป็นกำลังแรงงานที่สำคัญส่วนหนึ่ง มีการใช้แรงงานของเด็กที่เสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพอนามัยของเด็ก อันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเด็กมากมาย ต่อมาได้มีการออกกฎหมายควบคุมมาตรฐานการใช้แรงงานเด็กในปี ค.ศ. 1937 พร้อมทั้งมีการหาทางป้องกันอันตรายและส่งเสริมสวัสดิภาพของเด็ก นับว่าด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของเด็ก ได้รับความสนใจจากสังคมมากขึ้น

นอกจากนี้ แรงกระตุ้นสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีต่อแนวคิดเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กก็คือ ความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของวิทยาการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านกุมารเวชศาสตร์ และสูติศาสตร์ (Pediatrics and Obstetrics) ในปี ค.ศ. 1855 ได้มีการก่อตั้งโรงพยาบาลเด็กแห่งแรกที่รัฐฟิลาเดลเฟีย (Philadelphia) และการดำเนินงานด้านอนามัยของเด็กก็ได้ขยายออกไปมากขึ้น มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคท้องร่วงของเด็ก ทารกอันเนื่องจากรับประทานนมปนเปื้อนเชื้อโรค เป็นสาเหตุสำคัญ ต่อมาได้มีการจัดตั้งคลังนม (Milk Stations) ขึ้นเป็นครั้งแรกในรัฐนิวยอร์กประมาณปี ค.ศ. 1893 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและขจัดปัญหาทารกเจ็บป่วยและตายด้วยโรคท้องร่วง ดังนั้น จึงได้มีการจัดหานมที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อใช้เลี้ยงทารก ตลอดจนมีการสอนมารดาให้รู้จักการเตรียมอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การเลี้ยงดูทารกและเด็กอย่างถูกต้อง การป้องกันและรักษาโรคง่าย ๆ เช่น โรคผิวหนังเล็ก ๆ น้อย ๆ และทพโภชนาการ เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 1906 ได้มีการจัดบริการอนามัยโรงเรียนในรัฐแมสซาชูเซต (Massachusetts) มีการส่งเสริมสุขภาพเด็กและสมาชิกในครอบครัว แนวความคิดที่ว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญของ

สุขภาพอนามัย มีอิทธิพลต่อการจัดตั้งสำนักงานสุขวิทยาเด็ก (Bureau of Child Hygiene) ครั้งแรก ในรัฐนิวยอร์ก ได้จัดให้มีพยาบาลออกเยี่ยมเยียนบำบัดรักษาและให้การพยาบาลแก่เด็กแรกเกิด ตามบ้านของประชาชน รวมทั้งให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลเลี้ยงดูทารกและเด็ก การป้องกัน โรคและการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก นอกจากนี้ ได้มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเด็ก และขยายการ ดำเนินงานออกไปอย่างกว้างขวาง

ในปี ค.ศ. 1909 ประธานาธิบดีรูสเวลท์ (Theodore Roosevelt) ได้จัดการประชุมทำเนียบขาว เกี่ยวกับเด็กเป็นครั้งแรก (First White House Conference on Children) ซึ่งเป็นการประชุมที่สำคัญ เกี่ยวกับสวัสดิภาพและสุขภาพอนามัยของเด็ก อันเป็นการวางรากฐานของการอนามัยเด็ก ใน ระยะเวลาต่อมาประมาณปี ค.ศ. 1921 ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับมารดาและทารกฉบับแรกคือ Maternity and Infancy Act (Sheppard-Towner) ซึ่งมีผลให้มีการพัฒนาบริการสุขภาพอนามัยของ มารดาและเด็ก โดยจัดสรรเงินเพื่อการนี้เป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นก็ได้มีการจัดตั้งสหพันธ์ สวัสดิภาพเด็กของสหรัฐอเมริกา (Child Welfare League of America) ซึ่งเป็นองค์การระดับชาติ ที่ดำเนินการวางมาตรฐานขององค์การต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่เด็ก ต่อมาได้มีการประชุมเกี่ยวกับ สวัสดิภาพเด็กอีกเป็นครั้งที่สอง โดยเน้นโครงการสุขภาพมารดาและเด็ก การดำเนินงานด้านนี้ มีผลให้อัตราการตายของทารกลดลง แต่อัตราการตายของมารดา ยังคงสูงอยู่ จึงได้มีการให้ความ สสนใจและศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการตายของมารดา มากยิ่งขึ้น อัตราการตายของมารดาเริ่มลดลงนับ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1937 เป็นต้นมา

ในปี ค.ศ. 1951 ได้มีการจัดตั้งวิทยาลัยสูติศาสตร์ของอเมริกัน เพื่อเน้นการศึกษา และส่งเสริมสุขภาพของสตรีมากขึ้น มีการฝึกอบรมพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อดูแลสุขภาพมารดา และเด็ก โครงการดูแลมารดาและทารก (Maternity and Infant Care Projects : M & IC) ได้ก่อตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1963 เพื่อให้บริการด้านสุขภาพของมารดาโดยเฉพาะ เพื่อลดปัญหาการแทรกซ้อนและ ความปลอดภัยในการคลอดบุตร รวมทั้งการเลี้ยงดูทารกให้ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้ เด็กวัยรุ่น ก็ได้รับความสนใจมากขึ้นด้วย ต่อมาได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Neighborhood Health Centers) ในสำนักงานเพื่อการเศรษฐกิจ (Office of Economic Opportunity : OEO) ส่วนโครงการดูแลมารดา ทารก และศูนย์เยาวชนสำหรับเด็กและวัยรุ่น ได้ เพิ่มบริการทางการแพทย์แก่ผู้ใหญ่ พร้อมทั้งให้บริการด้านสุขภาพแก่ครอบครัว เป็นการส่งเสริม และขยายงานสุขภาพอนามัยครอบคลุมทั้งครอบครัว

2.1.2 ประวัติงานอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย ริเริ่มโดยเอกชนให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในครอบครัว และในชุมชน เป็นต้นว่า การคลอดบุตรโดยหมอต้าแย การเลี้ยงดูเด็กโดยใช้วิธีการแบบโบราณ ปรากฏว่ามีอัตราการตายของมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์สูงมาก

รัฐบาลไทยได้เริ่มให้ความสนใจต่องานอนามัยแม่และเด็กประมาณปี พ.ศ. 2469 โดยรวมงานสงเคราะห์แม่และเด็กเข้าไว้ในกรมสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย และมีเจ้าหน้าที่ที่เรียกว่านางสงเคราะห์สุภาพบาล ดำเนินงานด้านนี้ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นตำแหน่งพยาบาลอนามัยในยุคปัจจุบัน และยกฐานะงานสงเคราะห์แม่และเด็กเป็น แผนกสงเคราะห์มารดาและเด็ก พร้อมทั้งตั้งโรงเรียนผดุงครรภ์แห่งแรกที่ศิริพยาบาล ในปี พ.ศ. 2485 ได้ยกฐานะแผนกสงเคราะห์มารดาและเด็กเป็น กองสงเคราะห์แม่และเด็ก แล้วเปลี่ยนเป็นกองอนามัยแม่และเด็ก ปัจจุบันเรียกว่ากองอนามัยครอบครัว สังกัดกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

งานอนามัยแม่และเด็กได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) องค์การกองทุนสงเคราะห์เด็กระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และแผนการโคลัมโบ (Columbo Plan) เป็นต้น ทำให้งานด้านนี้ขยายออกไปอย่างแพร่หลาย มีหน่วยสงเคราะห์แม่และเด็กเคลื่อนที่ไปตามจังหวัดต่าง ๆ มีการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมอนามัยแม่และเด็กกรุงเทพฯ และในจังหวัดต่าง ๆ สถานีอนามัยแม่และเด็กเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดราชบุรี และศูนย์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ก็ได้รวมงานอนามัยแม่และเด็กเข้าไว้ด้วย เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี ฯลฯ สำหรับโรงพยาบาลราชวิถี (เดิมเรียกว่าโรงพยาบาลหญิง และโรงพยาบาลเด็ก นั้น ได้ให้บริการโดยตรงเกี่ยวกับมารดาและเด็ก การดำเนินงานของกิจการอนามัยแม่และเด็กในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้รวมอยู่ในงานศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งแรกคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขสะพานมอญ จัดตั้งในปี พ.ศ. 2489

2.2 ปัญหาสุขภาพของมารดาและเด็กในประเทศไทย

จากการสำรวจประชากรในปี พ.ศ. 2523 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรสตรีมีจำนวน 23.1 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 49.6 ของจำนวนประชากรของประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมดประมาณ 47 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทยก็คือ ประชากรสตรีที่มีอายุระหว่าง 12-44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงาน กลุ่มมารดา และ

กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีจำนวนประมาณ 5.6 ล้านคน สำหรับปัญหาสำคัญของกลุ่มสตรีระหว่างตั้งครรภ์ สตรีจำนวนมากมีปัญหาดูดสารอาหารโปรตีนอันมีผลกระทบให้ตาย เนื่องจากเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดประมาณร้อยละ 81 ของสาเหตุการตายของมารดาทั้งหมด ทำให้อัตราการตายของมารดาอยู่ในเกณฑ์สูง ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ปัญหาการมีบุตรมากเกินไปมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอนามัย และจำเป็นต้องอาศัยวิธีการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด เพื่อจำกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัว

เด็กและเยาวชนนับว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สำคัญคือ ประมาณร้อยละ 60 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวนประมาณ 29.1 ล้านคน โดยแยกเป็นประชากรอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 14 ปี จำนวน 19.4 ล้านคน และอายุตั้งแต่ 15-25 ปี จำนวน 9.8 ล้านคน

สถิติชีพ (Vital Statistics) ซึ่งเป็นดัชนีชี้ถึงภาวะด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มประชากรแม่และเด็ก มีดังต่อไปนี้คือ¹

(1) อัตราการตายของทารก (Infant Mortality Rate) หมายถึงจำนวนการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ (Live Birth) 1,000 ราย ต่อปี สำหรับอัตราการตายของทารกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2522 คือ 14.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย

(2) อัตราการตายคลอด (Stillbirth Rate) หมายถึง จำนวนเด็กตายคลอดต่อจำนวนการเกิดมีชีพ (Live Birth) และการเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) 1,000 ราย ต่อปี สำหรับอัตราตายคลอดในปี พ.ศ. 2522 คือ 1.4 ต่อการเกิดมีชีพและการเกิดไร้ชีพ 1,000 ราย

(3) อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) หมายถึง จำนวนการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 28 วัน ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ต่อปี ซึ่งสถิติในปี พ.ศ. 2522 คือ 5.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย คิดเป็นจำนวน 5,834 ราย

(4) อัตราการตายของทารกตอนก่อนและหลังคลอด (Perinatal Mortality Rate) หมายถึง จำนวนการตายของเด็กตายคลอด (Stillbirth) และการตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 สัปดาห์ ต่อจำนวนการเกิดมีชีพและการเกิดไร้ชีพ 1,000 ราย ต่อปี ซึ่งสถิติในปี พ.ศ. 2522 คือ 4.5 ต่อการเกิดมีชีพและการเกิดไร้ชีพ 1,000 ราย คิดเป็นจำนวน 4,882 ราย

(5) อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Rate) หมายถึงจำนวนการตายของมารดาเนื่องจาก การคลอด ภาวะแทรกซ้อนในการมีครรภ์และระยะอยู่ไฟ ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ต่อปี ซึ่งสถิติปี พ.ศ. 2522 คือ 1.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย คิดเป็นจำนวน 1,105 ราย

¹ กองสถิติสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

ปัญหาสำคัญของทารก เด็ก และเยาวชน ในประเทศไทย มีหลายประการดังนี้

(1) ปัญหาทุพโภชนาการ (Malnutrition) โดยแยกได้ดังนี้

จากการสำรวจภาวะโภชนาการในปี พ.ศ. 2521 พบว่าปัญหาเด็กวัยก่อนเรียนเป็นโรคขาดโปรตีนแคลอรีระดับสาม ซึ่งเป็นระดับรุนแรงประมาณร้อยละ 2.2 สำหรับระดับสองประมาณร้อยละ 13.1 ระดับหนึ่งประมาณร้อยละ 37.7 และปัญหาโรคโลหิตจางของเด็กวัยก่อนเรียนประมาณร้อยละ 10-30

เด็กตายด้วยภาวะทุพโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง 2.3 ต่อ 1,000 คน เด็กวัยเรียนขาดโปรตีนแคลอรีร้อยละ 40-50 เด็กวัยเรียนเป็นโรคโลหิตจางร้อยละ 33 และเป็นโรคขาดวิตามินประมาณร้อยละ 40-50

น้ำหนักแรกเกิดของทารกเป็นเครื่องวัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight) เป็นปัญหาสำคัญที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ กองอนามัยครอบครัวได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดที่จังหวัดยะลาพบว่า ทารกมีน้ำหนักร้อยละ 12 น้ำหนักทารกแรกคลอดโดยเฉลี่ย 2995 กรัม² นอกจากนี้ สถิติทารกน้ำหนักน้อยจากการสำรวจข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคมีตามตารางที่ 1 ดังนี้

² ศิริกุล อิศรานุรักษ์, "น้ำหนักแรกเกิดของทารก", การอนามัยถึงแมดล้อม, ฉบับที่ 1, ปีที่ 5 (ม.ค. - เม.ย. 2525), หน้า 6.

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ทารกน้ำหนักน้อย

สถานที่	ระยะเก็บข้อมูล	จำนวน (ราย)	LBW (< 2500) % Low Birth Weight	LBW (\leq 2500) % Low Birth Weight
(1) ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 4 ขอนแก่น	เม.ย. – ก.ค. 2524	2351	8.5	9.9
(2) ร.พ.กาญจนาบุรี	ต.ค. 2523 – ก.ย. 2524	2195	15.3	21.4
(3) ร.พ.อุตรดิตถ์	ต.ค. 2523 – ต.ค. 2524	2938	11.6	18.3
(4) ร.พ.พนัสนิคม	ต.ค. 2523 – ก.ย. 2524	1339	7.3	9.9
(5) ร.พ.สุราษฎร์ธานี	ต.ค. 2523 – ก.ย. 2524	3420	—	12.3

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ทารกน้ำหนักน้อยมีอัตราค่อนข้างสูง พบที่โรงพยาบาลกาญจนบุรี ร้อยละ 15.3 และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ร้อยละ 11.6

สำหรับการตายของทารกแรกเกิดแยกตามกลุ่มน้ำหนักพบว่า ทารกน้ำหนักน้อยหรือเท่ากับ 2500 กรัม ตายคิดเป็นร้อยละ 9.3 ส่วนทารกน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม ตายคิดเป็นร้อยละ 1.6 แสดงว่า ทารกยี่งน้ำหนักน้อยอัตราตายยิ่งสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของมารดา อายุมารดาที่มากหรือน้อยเกินไป การมาฝากครรภ์ และการศึกษาของมารดา

(2) ปัญหาด้านสุขภาพของกายและสุขภาพจิต

จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2521 ในด้านสุขภาพทางกายพบว่า เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี มีอัตราตายร้อยละ 12.5 ของการตายทุกกลุ่มอายุ เด็กอายุ 0-4 ปี มีอัตราตายร้อยละ 20 ของการตายทุกกลุ่มอายุ โรคของเด็กส่วนใหญ่คือ โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น ไข้คอตีบ ไอกรน โปลิโอ ไข้เลือดออก เป็นต้น โรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคท้องร่วง โรคระบบทางเดินหายใจ และบาดทะยัก เป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดเป็นจำนวนมาก สำหรับเด็กและเยาวชน อายุ 0-24 ปี ตายด้วยอุบัติเหตุ การเป็นพิษและพลวเหตุ ร้อยละ 49.1 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 5-14 ปี อัตราตายคือ ร้อยละ 15.0 นอกจากนี้ มีปัญหาด้านบริการอนามัยโรงเรียนและบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ปัญหาการสุขาภิบาลในชุมชน ในบ้าน และในโรงเรียน โดยเฉพาะอาหาร น้ำ และการใช้ส้วม ไม่ถูกสุขลักษณะ

ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อนและโรคประสาท สาเหตุของปัญญาอ่อน ได้แก่ กรรมพันธุ์ โรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดยาก และการกระทบกระเทือนทางสมอง ในการคลอดจากสถิติปี พ.ศ. 2522 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นปัญญาอ่อนชนิดอ่อน ๆ ถึง 30 ต่อ 1,000 คน และชนิดรุนแรง 4 ต่อ 1,000 คน

สาเหตุสำคัญของโรคประสาท ได้แก่ ภาวะแวดล้อมความยากจน บิดามารดา ครุ และผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องการพัฒนาทางจิตใจของเด็ก ปัญหาสำคัญได้แก่ ปัญหายาเสพติดให้โทษและกามโรค โดยเฉพาะเยาวชนติดยาเสพติดให้โทษมีร้อยละ 54.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเป็นกามโรค ร้อยละ 63.4

ปัญหาที่กล่าวข้างต้น เป็นปัญหาสำคัญซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ จำเป็นต้องมีการป้องกันและแก้ไข ซึ่งรัฐบาลได้วางแผนดำเนินการตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ซึ่งจะกล่าวต่อไป

2.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยแม่และเด็ก

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525–2529) โดยเฉพาะในส่วนของแผนพัฒนาการสาธารณสุข แยกได้เป็น 3 แผน ที่สำคัญคือ

1. **แผนงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน** โดยจัดตั้งโรงพยาบาล ชุมชน ในระดับอำเภอ ให้ครบทุกอำเภอ จัดตั้งสถานอนามัยในระดับตำบล ให้ครบทุกตำบล และผลผลิตที่จำเป็นต้องใช้จากวัตถุดิบภายในประเทศ

2. **แผนงานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุข** โดยริเริ่มและขยายงานคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและบำบัดรักษาการติดยาและสารเสพติด การส่งเสริมการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มูลฐาน (Primary Health Care) และพัฒนานโยบายขององค์กร และการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ให้สามารถสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานได้

3. **แผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประยุกต์เทคโนโลยี** เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจะดำเนินการดังนี้

3.1 งานสุขศึกษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขและขยายการคัดเลือกฝึกรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส) ทุกตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศ ใช้อาสาสมัครเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ด้านสุขศึกษา รวมทั้งใช้สื่อมวลชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง เช่น จัดรายการวิทยุ โดยเน้นการอนามัยแม่และเด็ก

3.2 ดำเนินการรักษายาบาลขั้นพื้นฐาน โดยการเผยแพร่วิธีการแก้ปัญหาโรคทางเดินอาหารและลำไส้ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วง จัดระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วง โดยใช้อาสาสมัครในระบบของการสาธารณสุขมูลฐาน

3.3 งานจัดหายาที่จำเป็นต่อสุขภาพ โดยการจัดตั้งกองทุนยาเวชภัณฑ์ และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม ราคาถูก และมีประสิทธิภาพ

3.4 งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและจัดหาสะอาดเพื่อบริโภค โดยการสนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนาการสุขาภิบาลได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทที่มีเก็บกักน้ำฝนไว้ดื่มตลอดปี

3.5 งานอาหารและโภชนาการ กลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินการ มี 3 กลุ่ม คือ
กลุ่มที่ 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร โดยดำเนินการขจัดปัญหาการขาดโปรตีนและแคลอรี กับปัญหาโลหิตจางให้หมดไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทารกและเด็กก่อนวัยเรียน โดยดำเนินการขจัดปัญหาการขาดโปรตีน แคลอรีระดับ 3 ให้หมดไป ลดปัญหาการขาดโปรตีนแคลอรีระดับ 2 จาก ร้อยละ 13.1 ลงอีก ร้อยละ 50 และลดปัญหาการขาดโปรตีนแคลอรีระดับ 1 จากร้อยละ 37.7 ลงอีก ร้อยละ 25

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเด็กวัยเรียน โดยดำเนินการลดปัญหาการขาดโปรตีนแคลอรีในปัจจุบันซึ่งมีร้อยละ 40–50 ลดลงร้อยละ 50 ขจัดปัญหาโรคคอกพอกใน 9 จังหวัด ภาคเหนือให้หมดไป แก้ปัญหากลุ่มหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร กลุ่มทารก และเด็กก่อนวัยเรียน โดยเน้นกลุ่มประชากรที่ยากจน 37 จังหวัด และในแหล่งสลัม

เพื่อให้บรรลุการดำเนินงาน ดังกล่าว ได้กำหนดรายละเอียดการดำเนินงานใน 5 ปี ดังนี้

(1) การเฝ้าระวังทางโภชนาการ ดำเนินการค้นหาผู้ที่มีปัญหาขาดสารอาหาร และให้การบำบัดในระยะ 2 ปีแรก ของแผนฯ จะดำเนินการในพื้นที่ชนบทยากจน 246 อำเภอ และใน 3 ปีหลัง จะดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศดังนี้

(1.1) ชั่งน้ำหนักเด็กก่อนวัยเรียน 21.99 ล้านคน/ครั้ง

(1.2) ชั่งน้ำหนักเด็กในวัยเรียน 31.67 ล้านคน/ครั้ง

(1.3) ตรวจหาโรคคอกพอกในเด็กวัยเรียน 0.45 ล้านคน/ครั้ง

(1.4) ตรวจหาโรคโลหิตจางในทารก เด็กก่อนวัยเรียน เด็กในวัยเรียน หญิงมีครรภ์ และแม่ให้นมลูก 50.64 ล้านคน/ครั้ง

2. การให้โภชนาการและความรู้ด้านโภชนาการ ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ และให้นมบุตรและประชาชนทั่วไป โดยวิธีการดังนี้

(2.1) ให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาที่สำนักงาน 4.74 ล้านคน

(2.2) ให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยการสาธิต 2.6 ล้านคน

(2.3) ให้ความรู้โดยผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ 18 ล้านคน

(2.4) ธารงศ์เกี่ยวกับการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5 ครั้ง

(2.5) จัดสัมมนาผู้บริหารระดับสูง 5 ครั้ง

(2.6) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ 1 แห่ง

(3) การให้อาหารเสริม แยกอาหารเสริมสำเร็จรูปแก่ทารก และเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคขาดโปรตีนแคลอรีระดับ 3 โดยผ่านศูนย์เลี้ยงเด็ก และให้นำไปรับประทานที่บ้าน จำนวน 0.23 ล้านคน

(4) การส่งเสริมการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในท้องถิ่น โดยเน้นในครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหา และในพื้นที่ยากจน 246 อำเภอ

(5) การส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน ดังนี้

(1) ส่งเสริมการสุขภาพิบาลในโรงเรียน 4000 โรงเรียน

(2) ตรวจสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน 30,846 โรงเรียน

(3) จัดอาหารกลางวันในโรงเรียน โดยการใช้เงินอุดหนุนแก่โรงเรียนจำนวน 5000
โรงเรียน

(6) การเพิ่มเติมสารอาหารบางประเภทในอาหาร สนับสนุนให้เอกชนเป็นผู้ผลิตเกลือ
ไอโอดีนและเกลือผสมเหล็กจำหน่ายในพื้นที่ที่มีปัญหาโรคคอพอก และโรคโลหิตจางทุกชุมชน

(7) ส่งเสริมการฝึกอบรมและวิจัย แก่บุคลากรสาธารณสุข

3.6 งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขมีดังนี้

3.6.1 ลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก ในเด็กทารก

ลงร้อยละ 60

(1) ลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก ในเด็กทารก

ลงร้อยละ 60

(2) โรคโปลิโอและไทฟอยด์ ลดลงร้อยละ 50

(3) โรคอุจจาระร่วง ลดลงร้อยละ 25

(4) โรคกลัวน้ำ ลดลงร้อยละ 25

(5) โรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบทางเดินหายใจ ลดลงร้อยละ 25

(6) ใช้มาเลเรียลดอัตราป่วยในท้องที่ควบคุม ซึ่งครอบคลุมประชากร 9

ล้านคน ลงร้อยละ 25

(7) ลดอัตราตายด้วยโรคมมาเลียทั่วทั้งประเทศลงร้อยละ 20

3.6.2 ขยายการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ดังนี้

(1) ดี.พี.ที. (3 โด๊ส) จากร้อยละ 49.2 เป็นร้อยละ 70

(2) โปลิโอ (3 ครั้ง) จากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 70

(3) บี.ซี.จี. จากร้อยละ 67.7 เป็นร้อยละ 70

(4) บาดทะยัก (2 ครั้ง สำหรับหญิงตั้งครรภ์) จากร้อยละ 25.2 เป็นร้อย

ละ 50

3.7 การควบคุมโรคในท้องถิ่น โดยมุ่งผสมผสานงานควบคุมป้องกันโรคที่แพร่หลาย
ชุกชุมประจำท้องถิ่น เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขทั่วไป และการสาธารณสุขมูลฐาน

3.8 การวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก

การวางแผนครอบครัว มีแผนดังนี้

(1) ลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.5 โดยกำหนดให้มีผู้รับบริการวางแผน
ครอบครัวรายใหม่ 4.5 ล้านราย และผู้รับบริการที่ยังคงใช้อยู่ 4.1 ล้านราย เมื่อสิ้นแผน

(2) ดำเนินการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวาง โดยใช้อาสาสมัครให้ครอบคลุมประชากร

อย่างกว้างขวาง

(3) สนับสนุนการคุมกำเนิดชนิดถาวรอย่างแพร่หลาย เช่น การผ่าตัดทำหมัน สำหรับการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวให้ดำเนินการโดยให้ประชากรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

(4) ใช้มาตรการทางสังคม เช่น แก้อัฏฐิกฎหมายการทำแท้งภายใต้เหตุผลที่เหมาะสมทั้งทางกฎหมาย อนามัย และสังคม ตลอดจนการใช้ระบบการให้สิ่งจูงใจจากรัฐที่เกี่ยวกับจำนวนบุตร เช่น การศึกษา การให้บริการทางสังคมต่าง ๆ

(5) ระดมทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนกิจการวางแผนครอบครัวให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

การอนามัยแม่และเด็ก จะดำเนินการต่อไปนี้

(1) จัดระบบการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้สามารถค้นเด็กและมารดาที่เป็นปัญหาได้ทั่วถึง โดยใช้อาสาสมัคร

(2) สนับสนุนให้มารดามีความรู้ด้านโภชนาการ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ

(3) ให้มีการควบคุมโรคติดต่อในเด็กอย่างทั่วถึง

(4) ให้มีการวางแผนครอบครัวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

(5) ให้มีการสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ และรักษาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคแก่มารดาและเด็ก

ในการศึกษาเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้เข้าใจชัดเจนนั้น จำเป็นต้องแยกศึกษาแต่ละเรื่องคือ การอนามัยแม่ และการอนามัยเด็ก แต่ในทางปฏิบัติงานทั้งสองด้าน จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กันไป

หนังสืออ้างอิง

- กองสถิติสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2519*.
ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์. “โรคขาดอาหารในทารกและเด็ก.” *แพทย.* ปีที่ 4, ฉบับที่ 36 (เมษายน,
2522), หน้า 29–31.
- โครงการวางแผนครอบครัว, กระทรวงสาธารณสุข. *การเพิ่มประชากรและการวางแผนครอบครัว
ในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2521.
- _____ *คำบรรยายประกอบการสอนการวางแผนครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์, 2520.
- ทวี ฤกษ์สำราญ. *การสาธารณสุขเบื้องต้น 1*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง,
2523.
- ยุทธนา สุขสมิติ. *แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญ
พานิช, 2523.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. “น้ำหนักแรกเกิดของทารก.” *การอนามัยสิ่งแวดล้อม*. ฉบับที่ 1, ปีที่ 5 (มกราคม–
เมษายน, 2525) หน้า 5–11.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 5*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์, 2525.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. *รายงานสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่อง ประชากรของประเทศไทย*.
ครั้งที่ 4 วันที่ 21–25 สิงหาคม 2521. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา,
2521.
- อารี วัลยะเสวี และคณะ. *โรคโภชนาการเล่มที่ 1*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ประชาช่างจำกัด, 2520.
- อุไภยพรรณ ลูวีระ. “ปัญหาเด็กแรกเกิด.” *ใกล้หมอ*. ปีที่ 6, ฉบับที่ 5 (พฤษภาคม, 2525),
หน้า 31–33.