

# นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็ก 0-5 ปี ในตะวันออกกลาง

สินดี จำริญนุสิต\*

## บทคัดย่อ

การทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็กอายุ 0-5 ปีในภูมิภาคตะวันออกกลางนั้น เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจะใช้ผลการทบทวนนโยบายในต่างประเทศเป็นแนวทางในการพิจารณาการดำเนินนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งนำไปปรับใช้สำหรับการพัฒนานโยบายต่างๆ ในประเทศไทย

แม้ว่าภูมิภาคตะวันออกกลางนี้จะมีประเทศที่มีแหล่งน้ำมัน และร่ำรวยมากจากการค้าน้ำมันก็ตาม แต่ความรู้ของประชากรและความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองของบางประเทศ ก็ยังเป็นปัญหาใหญ่ในภูมิภาคนี้ องค์การอนามัยโลกและองค์การนานาชาติหลายแห่งได้เข้าไปมีบทบาทหลักในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร ผ่านการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและการลงพื้นที่ไปสำรวจปัญหากับชาวบ้าน จากการทบทวน พบว่า นโยบายที่น่าสนใจ ได้แก่ งานโภชนาการที่เน้นการเพิ่มแร่ธาตุและวิตามิน โดยการบรรจุให้วิตามินเสริมในกลุ่มเสี่ยงโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือการเติมลงไปในแป้งที่ใช้ประกอบอาหารเพื่อให้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น อีกทั้งไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของชาวบ้านด้วย นอกจากมาตรการแก้ปัญหาเรื่องโภชนาการแล้ว การป้องกันความพิการในเด็กโดยการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรมก็ถือว่ามีความก้าวหน้ามากในภูมิภาคนี้ หากประเทศไทยได้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความคุ้มค่าที่อาจนำมาประยุกต์ใช้เพื่อจะได้แก้ไขความพิการแต่เนิ่นๆ

**คำสำคัญ:** ภูมิภาคตะวันออกกลาง, นโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, เด็ก 0-5 ปี

## Abstract

**The national health promotion and disease prevention policies targeting children age 0-5 years among the Middle Eastern Countries**

Cindy Chamrernnosit\*

\*Vejjhani Hospital, Bangkok

The review of international experiences focusing on national policies on child health promotion and disease prevention of the Middle East region was part of the development of health promotion and disease prevention policies for children aged 0-5 years in Thailand. This article aims to draw lessons about the selection, implementation, tools and management of policies that are relevant to identified health problems in Thailand.

The Middle East region consists of many countries and even though they have fuel resources and are relatively wealthy from oil exports, the poor education and instability of the government in some of these countries worsen their quality of life. The World Health Organization (WHO) and other international organizations conduct the majority of health promotion and education activities. In this review article, the author found that the nutritional policies which point to mineral and vitamin supplements are interesting because the distribution of these supplements in at-risk groups free of charge was effective. Another project that is noteworthy was the flour fortification project because it fit well with the population's high consumption of wheat products and did not change their daily lives. The disease prevention policy through newborn screening programs was well-developed. If appropriate screening tests that are applicable and cost-effective in Thailand's population are chosen, we might benefit from early detection and prevention of additional diseases affecting child health in the future.

**Keywords:** Health promotion and disease prevention policy, child aged 0-5 years, Middle East

\*โรงพยาบาลเวชธานี กรุงเทพมหานคร

## บทนำ

6 เด็กวัย 0-5 ปี เป็นวัยที่มีการพัฒนาสมอง การมองเห็น การควบคุมอารมณ์และทักษะทางสังคมอย่างมากซึ่งจะส่งผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป จึงอาจกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรอายุ 0-5 ปีน่าจะมีความคุ้มค่าทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีความร่วมมือระหว่างราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ริเริ่มการศึกษาเพื่อพัฒนาข้อเสนอการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี โดยส่วนหนึ่งของแผนการศึกษาคือการทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในต่างประเทศ และหนึ่งในนั้นคือนโยบายในภูมิภาคตะวันออกกลาง เนื่องจากในภูมิภาคนี้มีการกำหนดแผนสุขภาพสำหรับเด็กร่วมกันและมีการดำเนินงานด้านสุขภาพแม่และเด็กร่วมกับองค์การอนามัยโลกและนานาชาติอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน สาธารณรัฐอาหรับอียิปต์ ราชอาณาจักรชัชไมต์จอร์แดน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โดยภูมิภาคตะวันออกกลางและแต่ละประเทศที่ศึกษามีข้อมูลพื้นฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1<sup>(1)</sup>

ในปัจจุบัน ภูมิภาคนี้ยังมีความผันผวนทางการเมือง การทำสงคราม ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ดังจะเห็นได้จากพันธมิตนานาชาติได้ระดมกองทุนเพื่อช่วยเหลือเด็ก แม้ว่าบางประเทศที่ผู้निพนธ์ได้ศึกษาจะเป็นประเทศที่ร่ำรวยจากการค้าน้ำมันก็ตาม แต่ปัญหาเรื่องการศึกษาหรือขาดความรู้ทางด้านสาธารณสุขยังมีอยู่มาก ผู้นำของชาติต่างๆ ในตะวันออกกลางเล็งเห็นปัญหาเหล่านี้โดยเฉพาะสวัสดิภาพของเด็ก

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเด็กในภูมิภาคนี้ ได้แก่

- ความยากจน<sup>(2)</sup> ยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีสุขภาพ

ไม่ดี และมีผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้น การเจ็บป่วยที่มากขึ้น การเข้ารับบริการสุขภาพในอัตราที่ต่ำ ส่งผลกระทบหลายมิติในสังคม ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีงานทำ ไร้ที่อยู่อาศัย ขาดแคลนน้ำสะอาดและสาธารณสุขโรคและการกดขี่ทางเพศ

### - ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเพศ, ครอบครัว และภาวะสุขภาพ

ในสังคมตะวันออกกลางนั้น การแต่งงานเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยผู้หญิงมีหน้าที่หลักต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวและลูก แม้ว่าปัจจุบันจะเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและผู้หญิงก็ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่ทั่วไปสถานะของผู้หญิงก็ยังต่ำกว่าผู้ชาย เห็นได้จากบทบาททางการเมืองและกฎหมายบางฉบับ<sup>(3)</sup>

- o การตั้งครรรภ์วัยรุ่น พบว่า ภูมิภาคตะวันออกกลาง อัตราการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 35 ต่อวัยรุ่น 1,000 คน<sup>(4)</sup>

- o การแต่งงานในเครือญาติ โดยเฉพาะระหว่างลูกพี่ลูกน้อง พบประมาณร้อยละ 40 ของการแต่งงานทั้งหมดในภูมิภาค<sup>(1)</sup> เกิดขึ้นตามธรรมเนียมดั้งเดิมทำให้พบเด็กที่เป็นโรคทางพันธุกรรมได้บ่อย

- ภาวะทุพโภชนาการ คือการที่ได้รับสารอาหารขาดและได้รับเกินหรือไม่ได้สมดุลกัน

- o ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินในเด็ก ปัจจุบันพบว่าเด็ก 1 ใน 10 ทั่วโลกประสบภาวะน้ำหนักเกิน<sup>(5)</sup> (คือ สัดส่วนน้ำหนักต่อความสูงมากกว่า 2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่ออ้างอิงจากราฟการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก) และพบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2553) อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางสูงขึ้นจาก 23.5 ล้านคนเป็น 41.1 ล้านคน ในขณะที่ความชุกของภาวะอ้วนในเด็กปฐมวัย (คือ สัดส่วนน้ำหนักต่อความสูงมากกว่า 3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่ออ้างอิงจากราฟการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องภาวะอ้วนในเด็กของภูมิภาคนี้ไม่ได้มีการตีพิมพ์มากนัก เนื่องจากความแม่นยำของข้อมูลและการวัดการเจริญเติบโตที่ยังไม่มีมาตรฐาน โดยมักจะศึกษาในผู้ใหญ่มากกว่า คือ ใช้ค่า BMI หรือ Body



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของแต่ละประเทศ

ข้อมูลพื้นฐาน	ตะวันออกกลาง	อียิปต์	อิหร่าน	จอร์แดน	สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์	ไทย
<b>Population and health indicators (ข้อมูลถึงกลางปี พ.ศ. 2554)</b>						
จำนวนประชากร (ล้านคน)	336.6	82.6	77.9	6.6	7.9	67.7
ประชากรที่อายุน้อยกว่า 15 ปี (ร้อยละ)	32	31	25	37	18	20
ประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ)	5	5	5	3	1	9
อัตราการเกิด (ต่อพันประชากร)	24	25	19	31	13	13
อัตราการตาย (ต่อพันประชากร)	6	5	6	4	1	7
อัตราเจริญพันธุ์*	2.8	2.9	1.9	3.8	1.8	1.8
อายุเฉลี่ย (ปี)	70	73	70	73	76	70
อัตราการตายทารกแรกเกิด†	16	7	14	12	4	8
อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี‡	18	18	21	18	6	11
อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¶	41	21	31	25	7	13
<b>Social and economic indicators</b>						
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในชาติต่อหัวหน่วย: ดอลลาร์สหรัฐ ข้อมูลปี พ.ศ. 2553	3,639	2,922	6,260	4,542	66,626	5,281
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวหน่วย: ดอลลาร์สหรัฐ ข้อมูลปี พ.ศ. 2553	425	123	317	357	1,450	179
ดัชนีการพัฒนามนุษย์# ข้อมูล ณ ปี 2554	0.630	0.644	0.707	0.698	0.846	0.682

หมายเหตุ อ้างอิงสถิติจากองค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

\* อัตราเจริญพันธุ์ หมายถึง จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) หนึ่งพันคนต่อปี

† อัตราตายของทารกแรกเกิด หมายถึง จำนวนตายของทารกแรกเกิดที่มีอายุต่ำกว่า 28 วันต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งพันคนต่อปี

‡ อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง จำนวนตายของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งพันคนต่อปี

¶ อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หมายถึง จำนวนตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งพันคนต่อปี

# ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index) เป็นดัชนีวัดความสำเร็จโดยเฉลี่ยของแต่ละประเทศในการพัฒนามนุษย์สามด้านหลัก ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและเยาวชน เพื่อเปรียบเทียบ ความยากจน การรู้หนังสือ การศึกษา อายุขัย (การมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี) การคลอดบุตร และปัจจัยอื่น ๆ ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

Mass Index (นิยามภาวะน้ำหนักเกิน คือ BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 และภาวะอ้วนคือ BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30<sup>(5)</sup>)

o **ภาวะขาดสารอาหารในเด็ก** ยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยเช่นเดียวกันโดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนหรือที่อาศัยในชนบท<sup>(1,6)</sup> ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์และหากเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสแรกก็จะเป็นปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ส่งผลให้เด็กมีสติปัญญาบกพร่องถาวร, พิการทางร่างกาย ดังนั้นนโยบายที่ลงไปแก้ไขจึงเน้นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (พบเด็กวัยนี้ขาดแร่ธาตุ

วิตามินถึงหนึ่งในสามของเด็กวัยเดียวกันทั้งหมด)

- **การให้นมแม่** เป็นตัวบ่งชี้การมีสุขภาพที่ดีของเด็กและเป็นวิธีการคุมกำเนิดตามธรรมชาติเพื่อเว้นระยะการมีบุตร ในประเทศตะวันออกกลางค่าเฉลี่ยของการให้นมแม่อย่างเดียวนั้นสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน (พ.ศ. 2543-2552) เท่ากับร้อยละ 36 พบว่าน้อยกว่า ภูมิภาคอาเซียน (ร้อยละ 43) แต่เท่ากับค่าเฉลี่ยทั่วโลก (ร้อยละ 36)<sup>(7)</sup> สำหรับในประเทศไทยพบค่าเฉลี่ยของการให้นมแม่อย่างเดียวนั้นสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 29 เท่านั้น

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Document Research เริ่มค้นคว้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2554 โดยทบทวนเอกสารภาษาอังกฤษทั้งหมดจาก แหล่งข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ฐานข้อมูลขององค์กรภาครัฐและองค์กรวิชาชีพในประเทศนั้นๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงที่รับผิดชอบด้านสังคมอื่นๆ รวมถึงฐานข้อมูลอื่นที่ได้รับการอ้างอิงโดยกระทรวงสาธารณสุข

2. ฐานข้อมูลขององค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ และ UNICEF ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแม่และเด็กของตะวันออกกลาง

คำสำคัญ ที่ใช้ในการสืบค้นเอกสาร มีดังต่อไปนี้ “middle East”, “health promotion”, “primary health care”, “national policy” “maternal and child health”, “child health policy” และ “national health policy”

มีการทบทวน ดังนี้

1) นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน หรือที่มีการพัฒนาเพื่อมุ่งหวังให้เป็นมาตรการระดับประเทศต่อไป

2) เหตุผลที่ใช้เลือกนโยบายและมาตรการดังกล่าว ได้แก่ ขนาดหรือความสำคัญของปัญหาและผลกระทบ ความสามารถของระบบบริการ ความสนใจของผู้บริหารของนโยบายหรือประชาชนในสังคม

3) หน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายและมาตรการ

4) ระบบการติดตามประเมินผล และผลการดำเนินงานในแต่ละมาตรการย้อนหลังเท่าที่มีข้อมูล

โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะวิจัยในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกันคัดเลือกเอกสารและอภิปรายร่วมกันในช่วงของการศึกษาค้นคว้า

## ผลการศึกษา

จากรายงานของ UNICEF<sup>(7)</sup> พบว่าปัจจัยต่างๆที่ทำให้

เด็กมีชีวิตรอดและลดอัตราการตายในทารกแรกเกิด, เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ การดูแลทารกแรกเกิด การให้อาหารแก่ทารกและเด็กซึ่งประกอบด้วยทำให้แร่ธาตุเสริมและการรักษาความสะอาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กและสตรีวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคที่ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันโรคมาลาเรียและโรคติดเชื้อที่พบบ่อยในเด็ก

อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี<sup>(3)</sup> มีแนวโน้มลดลงทั่วโลก ในภูมิภาคตะวันออกกลาง อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 41 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีวิต ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกำลังพัฒนา (เท่ากับ 66 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีวิต) และทั่วโลก (เท่ากับ 60 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีวิต) ซึ่งสาเหตุการตายที่สำคัญนอกจากโรคติดเชื้อแล้วก็คือภาวะขาดสารอาหาร

จากผลการศึกษานโยบายและมาตรการระดับประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางพบว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีการดำเนินการหรือกำลังพัฒนาเพื่อมุ่งหวังให้เป็นมาตรการระดับประเทศต่อไปนั้นเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายอื่นๆ ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นนโยบายหรือมาตรการที่อาจจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้

**นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปีในภูมิภาคตะวันออกกลาง<sup>(8)</sup>** แบ่งเป็น 2 เรื่องหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ และด้านการศึกษา

1. **นโยบายด้านสุขภาพ** มี 2 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการบริการด้านสาธารณสุข คือ

ก. ความอยู่รอดของเด็ก (child survival) ได้แก่ อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 1 และ 5 ปี

ข. ความเป็นอยู่ของเด็ก (child well-being) ได้แก่ ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือมีภาวะขาดสารอาหาร

นโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญได้แก่

1.1 นโยบายการบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic well child care package) สำหรับเด็ก 0-5 ปี

1.2 นโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมารดา



และเด็ก

- 1.3 นโยบายโภชนาการ
- 1.4 นโยบายสุขภาพจิตเด็ก

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1.1) นโยบายการบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic well child care package) สำหรับเด็ก 0-5 ปี**

**- การดูแลสุขภาพเด็กปกติที่คลินิกเด็กสบาย**

ผู้วิจัยจะอภิปรายเป็นนโยบายและการบริการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ประเทศอียิปต์ มีโครงการชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน (basic benefit package)<sup>(9)</sup> ริเริ่มเมื่อพ.ศ.2540 ครอบคลุม 3 เรื่องหลัก คือ บริการสุขภาพเด็ก สุขภาพมารดา และการรักษาโรคทั่วไป การบริการเหล่านี้อยู่ภายใต้การดูแลสุขภาพมูลฐาน 3 ระดับ ได้แก่ หน่วยสุขภาพครอบครัว หรือ Family Health Unit (FHU) ถัดมา คือ ศูนย์สุขภาพครอบครัว หรือ Family Health Center (FHC) สุดท้ายคือ โรงพยาบาล หรือ Referral Hospital ดังตารางที่ 2<sup>(9)</sup> การบริการนี้สอดคล้องกับการนัดฉีดวัคซีนเพื่อให้ครอบคลุมประชากรได้มากที่สุด ปัญหาที่พบเมื่อนัดพร้อมการฉีดวัคซีนคือมีผู้ป่วยจำนวนมาก และทำให้คุณภาพการบริการแย่ง<sup>(9)</sup>

มาตรการของประเทศอิหร่านยึดหลักระบบสาธารณสุขแบบกระจายอำนาจทำให้ครอบคลุมประชากรในชนบทได้ประมาณร้อยละ 90 โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เป็นเหตุให้ระบบมีความเข้มแข็งมาก มาตรการหนึ่งคือการที่กระทรวงสาธารณสุขมีการรวมงานด้านแพทยศาสตรศึกษาด้วยเมื่อปี พ.ศ.2529<sup>(10)</sup> เรียกว่า “The Ministry of Health and Medical Education” ก่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับการฝึกอบรมแพทย์

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศอิหร่าน<sup>(11)</sup> มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย Rural health houses (บริหารโดยคนในชุมชนที่เรียกว่า behvarzes จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาเป็นอย่างน้อย เคยได้รับการฝึกอบรมงานเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เป็นต้น สามารถให้ความรู้เรื่องทันตสุขภาพและ

ภาวะโภชนาการได้) Rural health centers (บริหารโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) Urban health posts (มีระดับเทียบเท่ากับ Rural health house เพียงแต่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่) และ Urban health centers ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ District health center รับผิดชอบด้านการวางแผน ให้คำแนะนำและสนับสนุนหน่วยงานระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง

การบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กในประเทศจอร์แดน<sup>(12)</sup> มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยเน้นการเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง นโยบายสุขภาพเด็กของประเทศนี้<sup>(13)</sup> ได้ดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2547-2556 เพื่อขจัดความยากจนและหิวโหย สร้างเสริมสุขภาพเด็ก และส่งเสริมการศึกษา ซึ่งแผนแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กสำหรับปี พ.ศ.2547-2556<sup>(14)</sup> มีงบประมาณ 5 แสนดinars จอร์แดน (1 ดินาร์ ประมาณ 42 บาท) หรือ 21 ล้านบาท เงินจำนวนนี้รวมถึงค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยด้วย

สหราชอาณาจักรอิมิเรตส์ ให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก โดยเน้นการให้สุศึกษาแก่ประชาชน มีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงและให้มีในทุกรัฐ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ<sup>(6)</sup>

**- นโยบายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่เด็ก 0-5 ปี** เน้นในเด็กปฐมวัย (ดูตารางที่ 3 ประกอบ) และพบว่าทำให้อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงอย่างมาก เช่น ประเทศอียิปต์ อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงจาก 104 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2533 มาเป็น 21 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2552<sup>(8)</sup>

**- การประเมินพัฒนาการ** เช่น ประเทศอียิปต์มีการพัฒนาแผนสร้างเสริมสุขภาพเด็กและพัฒนางานคลินิกสุขภาพเด็กโดยจัดทำ “บัตรสุขภาพเด็ก”<sup>(9)</sup> เพื่อตรวจคัดกรองความผิดปกติของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ บัตรสุขภาพเด็กนี้ใช้ได้จนถึงอายุ 21 ปี มีการจัดอบรมผู้ที่จะใช้แบบทดสอบ

ตารางที่ 2 บริการสุขภาพเด็กในชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศอียิปต์<sup>(6)</sup> จำแนกตามหน่วยงาน ดังนี้

หน่วยงาน	การบริการสุขภาพทารก อายุ 0-2 เดือน	การบริการสุขภาพเด็ก	
		การสร้างเสริมสุขภาพ และติดตามที่คลินิกเด็กดี	การดูแล เด็กป่วย
หน่วยสุขภาพครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการดูแลผู้ป่วยนอกประจำอยู่ในทุกชุมชน</li> <li>- สามารถทำผ่าตัดเล็กและตรวจทางห้องปฏิบัติการง่ายๆ ได้</li> <li>- มีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1-2 คน พยาบาล 2-5 คน และผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เป็นสัดส่วนตามจำนวนประชากรในพื้นที่</li> <li>- ประเมิน/รักษาภาวะตัวเหลือง</li> <li>- ประเมิน/คัดกรองความพิการแต่กำเนิดและส่งต่อ</li> <li>- รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียเฉพาะที่/การติดเชื้ออื่นๆ</li> <li>- ตรวจติดตามและส่งต่อถ้าจำเป็น</li> <li>- คัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและส่งต่อหากตรวจพบ</li> <li>- ให้คำปรึกษาเรื่องนมแม่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะโภชนาการ</li> <li>- ตรวจพัฒนาการ</li> <li>- เสริมธาตุเหล็กในภาวะซีด</li> <li>- ตรวจหาภาวะ rickets และการขาดสารอาหารรุนแรงเพื่อส่งต่อ</li> <li>- ให้วัคซีนและวิตามินเสริมและติดตามกรณีที่ไม่ได้รับ</li> <li>- ให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมิน/รักษา ภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ/ท้องเสีย/ ไข่ออกผื่น</li> <li>- ประเมินปัญหาโภชนาการ</li> <li>- ปัญหาการได้ยิน/การมองเห็น</li> <li>- เชื่อมบ้าน/นัดติดตามและส่งต่อ</li> </ul>
ศูนย์สุขภาพครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาย่างครบถ้วน มีแผนกผู้ป่วยนอกและใน</li> <li>- สามารถทำคลอดและผ่าตัดเล็กได้และบริการอื่นๆ เช่นเดียวกับหน่วยสุขภาพครอบครัว</li> <li>- แพทย์เฉพาะทางอย่างน้อย 6 ด้าน (กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ ศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ รังสีแพทย์และอายุรแพทย์) พยาบาล 10-20 คน และผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่</li> <li>- ส่งต่อหากพบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด</li> <li>- รักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองการรักษาเดิม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รักษาโรคติดเชื้อรุนแรงและส่งต่อ</li> <li>- การพยาบาลฉุกเฉิน</li> </ul>
โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการคลินิกเฉพาะทางและบริการดูแลผู้ป่วยใน การส่งต่อผู้ป่วยหรือผ่าตัดฉุกเฉิน</li> <li>- บริการอื่นๆ เช่นเดียวกับศูนย์สุขภาพครอบครัว</li> <li>- รักษาภาวะผิดปกติหลังคลอด</li> <li>- รักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การรักษาภาวะขาดสารอาหารหรือซีดที่รุนแรง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพยาบาลฉุกเฉิน</li> <li>- ประเมินและให้การรักษาต่อเนื่อง</li> </ul>

คัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II Developmental Scale

- การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ซึ่งวิธีการประเมินการเจริญเติบโต<sup>(9)</sup> ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะเปรียบเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตซึ่งแบ่งแยกหญิงและชายตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก มาตรการของประเทศอียิปต์กำหนดให้ตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัย

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.2) นโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมารดาและเด็ก

- การวางแผนครอบครัว ประเทศอิหร่านได้ดำเนินการมาตรการวางแผนครอบครัว<sup>(15)</sup> (พ.ศ.2541) ที่ประสบความสำเร็จสูง เริ่มต้นจากการรวบรวมผู้เชี่ยวชาญและอบรมแพทย์



ตารางที่ 3 กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็กของประเทศในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่พทวนและประเทศไทย (ข้อมูลปี พ.ศ. 2554)

วัคซีนป้องกันโรค	อียิปต์	อิหร่าน	จอร์แดน	สหรัฐอเมริกา	ไทย
BCG	u	u	u	u	u
Hepatitis B	u	u	u	u	u
Diphtheria, Pertussis, Tetanus	u	u	u	u	u
Polio	u	u	u	u	u
H. Influenzae type B	-	u	u	u	a
Rota virus	-	-	-	-	a
Invasive Pneumococcal disease	-	-	-	h	a
Measles	u	u	u	u	u
Mumps	u	u	u	u	u
Rubella	u	u	u	u	u
Japanese Encephalitis	-	-	-	-	u
Influenza	-	-	-	-	a
Varicella	-	-	-	-	a
Meningococcal infection	-	-	u	u	a
Typhoid	-	-	-	h	a
Hepatitis A	-	-	-	-	a
Human Papilloma Virus	-	-	-	-	a

หมายเหตุ u = บริการฟรีแก่เด็กทุกคน h = บริการฟรีแก่เด็กกลุ่มเสี่ยงและ a = วัคซีนทางเลือก

รุ่นใหม่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ต่อมานโยบายนี้ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสาธารณสุขแม่และเด็ก ผลคือช่วงกลางของปี พ.ศ.2514 ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วร้อยละ 37 จะได้รับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว แม้ว่าจะประสบความสำเร็จแต่หลังปี พ.ศ.2522 ที่มีการปฏิวัติอิสลาม นโยบายนี้ถูกยกเลิกไปและกลับกลายเป็นว่ามีการรณรงค์ให้เพิ่มประชากรโดยรัฐบาลจะให้สิทธิพิเศษกับครอบครัวขยาย ต่อมา มีการคัดค้านและมีข้อเสนอแนะจากนักวิชาการให้คงนโยบายการวางแผนครอบครัวไว้ พร้อมทั้งอ้างบทบัญญัติทางศาสนาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตซึ่งกล่าวว่า “การคุมกำเนิดไม่ถือว่าเป็นการขัดหลักศาสนาอิสลามตราบใดที่ไม่ได้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของทั้งคู่ และต้องได้รับความยินยอมจากสามี” รัฐบาลจึงออกนโยบายเพื่อพัฒนาชาติและในที่สุดเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2531 สภาตุลาการสูงสุดได้ประกาศว่า การวางแผนครอบครัวไม่ผิดหลักศาสนาอิสลาม และถูกนำออกมาใช้อย่าง

เป็นทางการในปีถัดมา นโยบายนี้มีเป้าหมายหลัก คือ การเว้นช่วงการมีบุตร ให้คู่แต่งงานวางแผนให้พร้อมก่อนมีบุตรคนแรก ให้ความรู้ถึงผลเสียหรือผลแทรกซ้อนหากตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือตั้งครรภ์ตอนอายุมากกว่า 35 ปี รณรงค์ให้แต่ละครอบครัวมีจำนวนบุตรไม่เกิน 3 คน

**กลยุทธ์<sup>(15)</sup>** คือมีการให้ความรู้และให้บริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึงโดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2533 สภาตุลาการสูงสุดจึงได้ประกาศว่าการทำหมันไม่ผิดกฎหมายและหลักศาสนาแต่อย่างใด วิธีการอื่นๆ ได้แก่ การไม่ให้สิทธิพิเศษทางเศรษฐกิจใดๆกับครอบครัวที่มีบุตรมาก ให้สิทธิสตรีในการเข้าเรียนหรือทำงานและเพิ่มบำนาญแก่ผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้ไม่ต้องพึ่งพิงลูก หลังจากการรณรงค์พบว่าอัตราการเจริญพันธุ์ของหญิงอิหร่าน (1) ลดลงเกินคาดหมายคือจากเดิมที่คาดว่าจำนวนเด็กที่เกิดจากหญิง 1 รายเท่ากับ 5.6 คน

(พ.ศ. 2538) จะลดลงเหลือ 4 คน ในปี พ.ศ. 2554 ปรากฏว่าผ่านมาเพียง 5 ปี ลดลงเหลือ 2 คน ซึ่งการลดลงอย่างชัดเจนนี้เกี่ยวข้องกับภาระที่คู่สมรสคุมกำเนิดกันมากขึ้น ดูจากในปีนั้นมีคู่สมรสถึงร้อยละ 74 มารับคำปรึกษาเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2519 ที่มีเพียงร้อยละ 37 นอกจากนั้นการวางแผนครอบครัวยังเป็นนโยบายระดับชาติ โดยในระดับชุมชนจะมีเจ้าหน้าที่ behvarz 2 คน ซึ่งผู้หญิงจะเป็นคนดูแลเรื่องสุขภาพแม่และเด็กเป็นหลัก มีการทำงานเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านด้วย นอกจากนั้นรัฐบาลได้กำหนดให้หลักสูตรการศึกษา มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวด้วยและกำหนดให้คู่สมรสที่จะจดทะเบียน ต้องมารับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว มีการสนับสนุนให้มีโรงงานผลิตถุงยางอนามัยเพื่อจำหน่ายในภูมิภาคตะวันออกกลาง

- **การดูแลสุขภาพตั้งครรภ์** ประเทศอียิปต์มีบริการฝากครรภ์<sup>(9)</sup> ดังนี้ ชักประวัติเพื่อหาความเสี่ยง, ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าอัลบูมินและน้ำตาลในเลือด หมู่เลือดและค่าฮีโมโกลบิน ซึ่งน้ำหนัก วัตส่วนสูงโดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ควรมาฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งและให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักตามกำหนด ให้การรักษาภาวะเลือดจางและเสริมธาตุเหล็กกับโฟเลท ให้คำปรึกษาทั่วไปและมีการเยี่ยมบ้านประมาณ 3 ครั้ง ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ผู้ที่ไม่ได้มาตรวจติดตามและที่อาศัยอยู่ในถิ่นห่างไกล หากพบมีความเสี่ยงสูงจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่เนิ่นๆ ตัวชี้วัดบริการฝากครรภ์ ได้แก่ การครอบคลุมการฝากครรภ์ของมารดา จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์

ประเทศจอร์แดนเป็นตัวอย่างของการพัฒนาการบริการสุขภาพมารดาจนทำให้อัตราตายของมารดาลดลง<sup>(13)</sup> โดยเฉพาะช่วง 20 ปีที่ผ่านมาคือ จาก 48 เป็น 41 ต่อ 100,000 เด็กเกิดมีชีวิต อย่างไรก็ตามอัตราการตรวจติดตามหลังคลอดยังต่ำอยู่ ซึ่งถือเป็นงานที่ทำหายของประเทศจอร์แดนเพราะเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงทั้งมารดาและลูก และการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด นอกจากนั้นรัฐบาลได้ออกกฎหมาย<sup>(13)</sup> เพื่ออำนวยความสะดวกให้มารดาที่มีบุตรคนแรกหรือไม่มีคนช่วยเหลือ มีสิทธิลาคลอดนานสูงสุด 10 สัปดาห์

ตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังคลอดและสามารถลาไม่รับเงินเดือนได้นาน 1 ปี มีกฎหมายบังคับให้มีการตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กในที่ทำงาน หากมีลูกจ้างหญิงที่แต่งงานแล้วตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป อย่างไรก็ตามไม่มีการรายงานว่า นายจ้างให้ความร่วมมือมากนักหรือไม่

- **การคัดกรองโรคทางพันธุกรรม** ในภูมิภาคตะวันออกกลางให้ความสำคัญกับมาตรการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรมทั้งการตรวจในคู่สมรสที่กำลังจะแต่งงานและในเด็กแรกเกิด สาเหตุเพราะวัฒนธรรมการแต่งงานในเครือญาติ โดยพบว่าในภูมิภาคนี้มีการแต่งงานในเครือญาติสูงถึงร้อยละ 25-60 (โดยเฉพาะระหว่างลูกพี่ลูกน้อง)<sup>(2)</sup> มารดาหรือบิดา มักอายุมาก ประชาชนนิยมการมีบุตรหลายคน นอกจากนั้นยังพบความชุกของภาวะฮีโมโกลบินผิดปกติ โรคพร่องเอนไซม์ G6PD โรคที่เกี่ยวข้องกับยีนด้อยและโรคทางเมแทบอลิกหลายโรค ซึ่งประเทศที่ถือว่ามีพัฒนาอย่างมากด้านการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรมคือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เช่น ในปี พ.ศ. 2552 มีแผนระดับชาติศึกษาการคัดกรองโรคในทารกแรกเกิด<sup>(16)</sup> โดยมีทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 95 หรือ 610,000 ราย เข้าร่วมการทดสอบ ทำให้สามารถป้องกันภาวะปัญญาอ่อนได้ถึง 480 ราย มีการก่อตั้งคลินิกโรคทางพันธุกรรมเพื่อหาแนวทางป้องกัน

การคัดกรองมักทำใน 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนสมรส<sup>(16)</sup> เป็นการคัดกรองคู่ชายหญิงที่กำลังจะแต่งงานเพื่อหาโรคติดเชื้อที่พบบ่อยและโรคทางพันธุกรรม นอกจากนั้นทั้งคู่จะได้มีโอกาสพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพอื่นๆด้วย ซึ่งทางสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์กำหนดให้คู่ที่จะแต่งงานทุกคู่ต้องมารับการตรวจร่างกายก่อนสมรสมีบริการเจาะเลือดหาหมู่เลือดหาภูมิคุ้มกันต่อหัดเยอรมันในกรณีที่ไม่เคยฉีดวัคซีน บริการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ให้วัคซีนที่จำเป็น เช่น หัดเยอรมันและไวรัสตับอักเสบบี ตรวจหาโรคติดเชื้อ (เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี ชิฟิลิส) โรคทางพันธุกรรม (เบต้าธาลัสซีเมีย Sickle cell anemia และโรคเลือดอื่นๆ) มีการรายงานผลภายใน 1 สัปดาห์ แต่หากผลตรวจผิดปกติจะแจ้งผู้ที่มีผลผิดปกติก่อน จากนั้นพบแพทย์พร้อมกันเพื่อ





ให้คำปรึกษาและอธิบายผลที่ตรวจพบ ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับของผู้ป่วย การแต่งงานอาจจะยังเกิดขึ้นได้โดยจะให้ทั้งคู่ลงนามยินยอม

ช่วงเวลาที่สอง คือ การคัดกรองในทารกแรกเกิด<sup>(16)</sup> (ตีพิมพ์เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2554) เพื่อให้ทารกแรกเกิดทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่สามารถรักษาและป้องกันได้ ซึ่งพ่อแม่ของทารกต้องรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองความผิดปกติส่วหน้า อย่างช้าไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังคลอด แพทย์จะเริ่มโดยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยการวัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่อายุ 24-48 ชั่วโมง ตรวจคัดกรองการได้ยินโดยวิธี Auditory brainstem response (ABR) หรือ Oto-Acoustic Emission (OAE) เก็บตัวอย่างเลือดจากทารกหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง (อาจถึง 72 ชั่วโมงได้ ถ้าสถานะหลังคลอดของทารกไม่ดี ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์) และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจจะรายงานไปยังส่วนกลาง คือ Health Authority of Abu Dhabi (HAAD) มีการรายงานผลภายใน 2 สัปดาห์ หากทารกมีผลผิดปกติจะได้รับการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ต้องแจ้งพ่อแม่และแนะนำให้ส่งผลเลือดไปยืนยันอีกครั้ง จากนั้นแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้นจะทำการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง<sup>(16)</sup>

#### - ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง

1. การตรวจคัดกรองถือว่าเป็นการรักษาพยาบาลร่วมในการคลอดของมารดา

2. หากทารกจำเป็นต้องตรวจซ้ำ สำหรับชาวสหรัฐอเมริกาหรืออเมริกาถือว่าเป็นการรักษาพยาบาลในส่วนของการป้องกันโรคซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่สำหรับคนต่างชาติค่าใช้จ่ายนี้ขึ้นกับระบบประกันสุขภาพที่ผู้ปกครองทารกได้ทำไว้

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่องเป็นไปตามนโยบายการประกันสุขภาพ

- โรคที่มีการคัดกรองใน Abu Dhabi ปี พ.ศ. 2552<sup>(15)</sup> มี 11 โรค ได้แก่ การสูญเสียการได้ยิน, โรค Phenylketonuria, ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (Congenital Hypothyroidism), Congenital Adrenal Hyperplasia,

Sickle Cell disease, Thalassemia, Galactosemia, Biotinidase, Cystic Fibrosis, Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase deficiency, Critical congenital heart disease

#### 1.3) นโยบายโภชนาการ

- งานส่งเสริมการให้นมแม่<sup>(9)</sup> แพทย์หลายในภูมิภาคนี้ผ่านการก่อตั้งโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกและได้รับความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลกและ UNICEF

หลักการทั่วไป คือ การให้ความรู้เรื่องนมแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ การกระตุ้นนมแม่ตั้งแต่ชั่วโมงแรกที่ทารกคลอด สนับสนุนการให้นมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือนแรกและต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปี ร่วมกับการให้อาหารเสริมและกำหนดให้มีการเสริมวิตามินเอและดีเมื่อเด็กอายุ 2 สัปดาห์ จำกัดการใช้ขวดนมและจุกหลอก จำกัดการโฆษณาหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ทดแทนนมแม่ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก มีการออกกฎหมายแรงงานสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด<sup>(17)</sup> คือให้หยุดงานโดยยังได้รับเงินเดือนเป็นเวลาอย่างน้อย 24 สัปดาห์ มีการพักให้นมบุตรระหว่างวันหรือให้ลดเวลาทำงานลงวันละ 1 ชั่วโมงโดยยังจ่ายเงินเดือนเท่าเดิมนาน 2 ปี โดยการจ่ายเงินเดือนมีอัตราจ่ายอย่างต่ำ 2 ใน 3 ของเงินเดือนประจำ นโยบายนี้ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ที่มีประกันการทำงาน

- ภาวะโภชนาการเด็กเล็ก<sup>(16)</sup> ประเทศสหรัฐอเมริกาปรับเอมิเรตส์ออกมาตรการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเด็กเล็ก โดยเฉพาะที่ต่ำกว่า 1 ปี คือ ต้องมีการติดตามน้ำหนักเด็กอย่างสม่ำเสมอ ขณะเริ่มให้อาหารเสริมไม่ควรเติมเกลือ น้ำตาลหรือสารปรุงรสใดๆ น้ำเปล่าที่ให้แก่เด็กต้องแน่ใจว่าเป็นน้ำสะอาด ส่งเสริมให้ปรุงอาหารเองที่บ้าน โดยใช้วัตถุดิบที่สะอาดและสดใหม่

- ธงโภชนาการของอิหร่าน<sup>(18)</sup> จัดทำโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ มีการเก็บข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการบริโภคอาหารของคนในภูมิภาค โดยแบ่งกลุ่มอาหารเป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแป้ง เนื้อสัตว์และไข่ อาหารจำพวกถั่ว กลุ่มอาหารกากใยสูง กลุ่มผลไม้ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม กลุ่มไขมันและอื่นๆ (น้ำตาล เกลือและของ

หมักดอง) ต่อมาได้พัฒนาแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับชาวอิหร่าน พ.ศ. 2547<sup>(18)</sup> คือ ให้เลือกกลุ่มอาหารอย่างสมดุลและหลากหลาย ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพิ่มอาหารที่มีกากใย เพิ่มอาหารกลุ่มนมไขมันต่ำและลดอาหารที่ไขมันสูง ในกลุ่มเนื้อสัตว์เน้นอาหารประเภทปลา ลดการเติมเกลือหรือน้ำตาลในอาหาร

- **มาตรการป้องกันการขาดแร่ธาตุที่จำเป็น (Micronutrient Deficiencies) ของอียิปต์<sup>(9)</sup> ได้แก่**

ก. **ธาตุเหล็ก<sup>(9)</sup>** มีการนำธาตุเหล็กแจกจ่ายตามศูนย์บริการทางสาธารณสุข โดยสตรีตั้งครรภ์รับประทานธาตุเหล็กวันละครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 4 เดือนจนถึงหลังคลอดต่อไปอีก 3 เดือน ทารกให้ธาตุเหล็กชนิดหยอด วันละครั้ง นาน 18 เดือน การติดตามผล คือ เจาะเลือดหาค่าฮีโมโกลบิน

ข. **วิตามินเอและดี<sup>(9)</sup>** ให้เป็นวิตามินเอและดีหรือวิตามินรวมแก่เด็กอายุ 15 วันถึง 2 ปีที่สถานบริการสาธารณสุข

ค. **ไอโอดีน** ธารรงค์ให้เติมไอโอดีนในเกลือหรือในอาหาร แต่ไม่มีตัวชี้วัดการขาดไอโอดีนในประชากรมีเพียงการสำรวจว่าได้เติมไอโอดีนในเกลือที่บริโภคหรือไม่เท่านั้น ซึ่งจากการประเมินในประเทศอิหร่าน พบว่าแต่ละครัวเรือนมีการบริโภคเกลือปริมาณ 8-10 กรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งพบว่าประชากรที่บริโภคเกลือผสมไอโอดีนได้พอเพียงมีจำนวนร้อยละ 95 (ในเมือง) และ 92 (ในชนบท)<sup>(19)</sup>

- **แผนการเติมแร่ธาตุที่จำเป็นลงในแป้งประกอบอาหาร (Flour Food Fortification Project)<sup>(20,21)</sup>** ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาแห่งชาติฉบับที่ 4 ของอิหร่าน (พ.ศ. 2543-2548) โดยธารรงค์การเติมแร่ธาตุลงในแป้งสาลีที่ใช้ประกอบอาหารเนื่องจากอิหร่านเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการบริโภคอาหารประเภทแป้งสูง วิธีการนี้จึงน่าจะได้ประโยชน์คุ้มค่า โดยแร่ธาตุที่นำมาเติม ได้แก่ ธาตุเหล็กและโฟเลท แม้จะมีผู้ทักท้วงว่านโยบายนี้อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียได้รับธาตุเหล็กมากเกินไปแต่จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก<sup>(21)</sup> พบว่าไม่มีอันตรายแต่อย่างใดเนื่องจากธาตุเหล็กที่ถูกดูดซึมจากอาหารมีสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณธาตุเหล็กของร่างกาย ประกอบกับผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ต้องได้

รับเลือดจะมีการให้ยาขับธาตุเหล็กเป็นมาตรฐานการรักษาอยู่แล้ว

ส่วนภาวะขาดโฟเลทในประชากรอิหร่าน ได้มีการศึกษาในประชากรกลุ่มเล็ก<sup>(21)</sup> พบว่าในจังหวัดหนึ่งของอิหร่าน ค่าเฉลี่ยปริมาณโฟเลทที่ประชากรได้รับจากอาหารต่อวันเท่ากับ 198 ไมโครกรัม แต่ปริมาณที่แนะนำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับต่อวันเท่ากับ 400 ไมโครกรัม ซึ่งการที่ระดับโฟเลทต่ำในหญิงวัยนี้หากตั้งครรภ์จะมีโอกาสเสี่ยงคลอดลูกที่มีภาวะหลอดปลายประสาทเปิด (Neural tube defect) ได้ จากการศึกษาย้อนหลังโดยทบทวนวาระเขียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 ในจังหวัด Ahwaz ซึ่งอยู่ทางตะวันตกเฉียงใต้ของอิหร่านพบความชุกของภาวะหลอดปลายประสาทเปิด ประมาณ 42 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งราย<sup>(22)</sup> และพบว่าการเติมโฟเลทในแป้งที่ใช้ประกอบอาหารสามารถป้องกันการเกิดภาวะหลอดปลายประสาทเปิดได้ถึง 2,388 รายต่อปี โดยเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะนี้ในอิหร่านที่เท่ากับ 3,184 รายต่อปี<sup>(23)</sup>

สรุปว่านโยบายการเติมแร่ธาตุในแป้งที่ใช้ประกอบอาหารของอิหร่านมีผลอย่างมากต่อการลดอัตราการเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กและการเกิดภาวะหลอดปลายประสาทเปิดในเด็ก และรัฐบาลอิหร่านได้ควบคุมอุตสาหกรรมเกี่ยวกับแป้งสาลีและแป้งประกอบอาหารทำให้รูปแบบการดำเนินนโยบายนี้สามารถเป็นต้นแบบให้แก่ประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเพื่อลดปัญหาการขาดแร่ธาตุที่จำเป็นในประชากรลงได้

**1.4) นโยบายสุขภาพจิตเด็ก (Child Mental Health)<sup>(24)</sup>** เน้นอนว่าเมื่อปัญหาโรคทางกายลดลง มักจะพบปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้น ซึ่งในเด็กเล็ก ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ การถูกทารุณกรรม ปัญหาพฤติกรรม และการที่พ่อแม่ทอดทิ้งเด็ก บังคับเสียคือ ครอบครัวแตกแยก ความยากจน สงคราม และความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองในภูมิภาคตะวันออกกลาง อย่างไรก็ตามสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตในตะวันออกกลางมีเอกลักษณ์<sup>(24)</sup> คือในแต่ละชุมชนจะมีชีค (Sheikhs) ซึ่งหมายถึง ผู้นำทางศาสนาอิสลามหรือผู้นำหมู่บ้าน เป็นผู้ดูแลจิตใจของคนในชุมชนแต่ส่วนใหญ่มักเป็นการรักษาในผู้ใหญ่และคนในชุมชนยังเชื่อว่าปัญหาทาง



ด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถรักษาได้ ปัจจุบันการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ได้รวมไว้ในบริการสาธารณสุขมูลฐานและอนามัยโรงเรียน มีการฝึกอบรมแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาทางด้านจิตเวชและมีการให้ความรู้แก่ซิคหรือผู้นำหมู่บ้าน เกี่ยวกับยาทางด้านจิตเวช และแนวทางการรักษาแผนปัจจุบัน

## 2. นโยบายด้านการศึกษา<sup>(8)</sup>

ส่วนใหญ่ภูมิภาคนี้จะเน้นเมื่อเด็กเข้าเรียนในภาคบังคับแล้ว คือ อายุ 6 ปีขึ้นไป แต่มาระยะหลังหลายประเทศเริ่มให้ความสนใจเด็กวัย 0-3 ปีและ 3-6 ปีมากขึ้น มีการรณรงค์และให้ความรู้เรื่องเด็กปฐมวัยในวงกว้าง ไม่เฉพาะแต่หนักการศึกษาหรือครู แต่ยังรวมพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย<sup>(25)</sup> เช่น ในประเทศจอร์แดนได้นำแนวคิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมารวมในนโยบายสุขภาพแห่งชาติ โดยใน พ.ศ. 2542<sup>(25)</sup> มีการก่อตั้งโรงเรียนอนุบาลของรัฐเป็นครั้งแรก (รับเด็กตั้งแต่ 4-6 ขวบขึ้นไป) เพื่อให้เด็กมีการเริ่มต้นชีวิตที่ดีภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อและปลอดภัย ให้เด็กได้รับโอกาสทางการศึกษาที่มีคุณภาพตั้งแต่ชั้นปฐมวัยจนถึงมัธยม มาตรฐานการเรียนรู้และพัฒนาการเด็ก ดำเนินงานโดยกระทรวงศึกษาธิการ<sup>(25)</sup> มีการกำหนดมาตรฐานความพร้อมของเด็กก่อนการเข้าเรียน เน้นการดูทุกมิติ คือ ร่างกาย สังคม อารมณ์ ภาษา และสติปัญญาในเวลาเดียวกัน

เริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมายที่ใช้ชื่อย่อว่า SMART<sup>(25)</sup> ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง วัดได้ มีความเป็นเหตุเป็นผลและมีเงื่อนไข ประกอบด้วยในแผนระดับชาติของการพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนี้

1. ออกกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กเป็นศูนย์กลาง
2. ประสานงานและกระจายอำนาจแก่ทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการวางแผนและการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ ในแต่ละรัฐ
3. วางแผนและกำหนดเป้าหมายพัฒนาเด็กปฐมวัยในเชิงลึก เพื่อให้มีตัวชี้วัดที่ใช้เก็บเป็นข้อมูลระดับชาติและ

ภูมิภาค

4. จัดให้มีหลักสูตรและการใช้วัสดุที่มีคุณภาพสูง ในสถานเลี้ยงเด็กและห้องเรียนสำหรับเด็กปฐมวัย
5. มีกรอบที่ใช้กำกับดูแลสถาบันการศึกษาของเด็กปฐมวัย เพื่อให้มีมาตรฐานในการออกไปอนุญาตประกอบการสถานรับเลี้ยงเด็กและโรงเรียนอนุบาล
6. จัดให้มีการฝึกอบรมและออกประกาศนียบัตรแก่ผู้ทำงานด้านเด็กปฐมวัย เพื่อให้มีมาตรฐานการประกอบอาชีพผู้ดูแลเด็ก
7. มีการฝึกอบรมและระบบการตรวจสอบเพื่อปรับปรุงการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อสร้างบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านเด็กปฐมวัยและพัฒนาคู่มือการฝึกอบรม
8. มีนโยบายพัฒนาเด็กปฐมวัยในกลุ่มด้อยโอกาส เพื่อเพิ่มโรงเรียนอนุบาลขึ้นอีก
9. เพิ่มการสนับสนุนและลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้สื่อเผยแพร่ข้อมูลแก่สาธารณชน

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลการดำเนินงาน โดยจอร์แดนเป็นหนึ่งในประเทศที่ถูกเลือกจาก UNICEF ให้ทำการศึกษาโครงการพัฒนาตัวชี้วัดการพัฒนาเด็กปฐมวัย นอกจากนั้นรัฐบาลจอร์แดนได้รณรงค์ให้ศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับเด็ก

สำหรับประเทศอิหร่าน<sup>(26)</sup> เดิมมีการออกกฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการศึกษาผ่านรัฐธรรมนูญของสาธารณรัฐอิสลามอิหร่านและแผนพัฒนาแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2538-2542) ระบุว่า “ให้เรียนฟรีพร้อมอุปกรณ์การเรียนการสอนสำหรับการศึกษาระดับบังคับ” แต่จากการที่นานาชาติให้ความสำคัญกับเด็กปฐมวัยมากขึ้น จึงเพิ่มการศึกษาชั้นอนุบาลแก่เด็กอายุตั้งแต่ 5 ปี เพื่อเตรียมตัวเข้าเรียนภาคบังคับและตั้งเป้าไว้ที่ร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ.2553

นอกจากแต่ละประเทศในตะวันออกกลางจะได้ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการศึกษา องค์การอนามัยโลกยังจัดทำแผนพัฒนาการศึกษาแบบองค์รวม ทั้งการเรียน อารมณ์สังคม การเจริญเติบโตและสุขภาพ แผนนี้เรียกว่า

“Education For All”<sup>(27)</sup> เป้าหมายมี 8 ข้อ ดังนี้

1. เด็กนักเรียนมีสุขภาพกายและใจที่ดี
2. ครูผ่านการฝึกอบรมและมีเทคนิคในการสอนที่กระตุ้นการเรียนรู้ของเด็ก
3. มีอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอนที่เพียงพอ
4. มีหลักสูตรการเรียนการสอนที่เหมาะสม
5. สิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้
6. มีการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งเรื่องของทักษะ ทศนคติและค่านิยม
7. ภาครัฐมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา
8. เคารพวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนด้วย

## สรุป

เนื่องจากประเทศไทยในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ต้องการพัฒนาชาติตามนโยบายของสหประชาชาติ แต่เพราะปัญหาความยากจน ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง และประชากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ แผนการพัฒนาชาติจึงต้องมีการเชื่อมโยงระบบการศึกษากับสาธารณสุข การพัฒนาสังคมและภาคครอบครัว เริ่มจากการให้ประชากรมีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของรัฐ จัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก มีการรับรองคุณภาพอย่างเป็นระบบทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน มีการติดตามผลโดยดูจากตัวชี้วัดต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประกาศใช้นโยบาย

## วิจารณ์

ประเทศไทยในตะวันออกเฉียงใต้มีความหลากหลายของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เมื่อเทียบกับภูมิภาคในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบข้อสังเกตว่าถึงแม้บางประเทศจะมีความร่ำรวยจากการส่งออกน้ำมัน เช่น สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ แต่เรื่องสาธารณสุขและความเชื่อดั้งเดิมที่มีอิทธิพลต่อสิทธิของเด็กและสตรี ทำให้การบริการบางอย่างยังมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตามที่คนในภูมิภาคนี้มีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้มแข็ง มีการดูแลซึ่งกัน

และกันทั้งเด็กและสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งชุมชน ขณะเดียวกันหากมีการพัฒนาขีดความสามารถของคนในชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ ฯลฯ ก็จะส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงน่าจะมีการพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรในชุมชนของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้น โดยปลูกฝังให้มีความสำนึกกรบ้านเกิดมากขึ้น

เมื่อระบบสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น ส่งผลให้มีการป้องกันก่อนเกิดโรค การพัฒนาระบบคัดกรองจะมีมากขึ้นเนื่องจากประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ จากการศึกษาในภูมิภาคนี้มีระบบการตรวจคัดกรองที่ทันสมัยและอาจนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้ โดยควรศึกษาประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรอง รวมทั้งควรมีการออกแบบกระบวนการดูแลอย่างครบวงจร (ประเมินเรื่องจำนวนบุคลากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการคัดกรองด้วย)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองเด็กไทยทุกคนเพียง 2 โรคคือ ภาวะพร่องไทโรซีนและภาวะพร่องเอนไซม์ Phenylketonuria (PKU) แต่ในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์มีการคัดกรองเกือบทุกโรคที่สามารถตรวจคัดกรองได้ เพราะมีอุบัติการณ์ของการแต่งงานในเครือญาติสูง การคัดกรองที่ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะมีการศึกษามากขึ้น เช่น การคัดกรองการได้ยิน (ปัจจุบันยังทำกันในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือเอกชน) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้ของเด็กและควรได้รับการแก้ไขแต่เยาว์วัย การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6-12 เดือน เพื่อให้การรักษาแต่เนิ่นๆ หรือการคัดกรองโรค G6PD เพื่อให้การป้องกันก่อนจะเกิดภาวะซีดรุนแรง เนื่องจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเหล่านี้ทำได้ง่าย

นโยบายอื่นๆ ที่น่าสนใจ เช่น การเติมแร่ธาตุในแป้งสาลีที่ใช้ประกอบอาหาร เพราะเป็นการพัฒนาโดยที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตมากนัก แต่เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้บริโภคแป้งสาลีเป็นอาหารหลัก อาจประยุกต์เป็นข้าวหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆที่คนไทยนิยมบริโภคก็ได้



## ข้อจำกัด

1) ข้อจำกัดด้านภาษา เนื่องจากตะวันออกกลางไม่นิยมใช้ภาษาอังกฤษ ทำให้ข้อมูลที่ค้นคว้าได้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ทางองค์การอนามัยโลกหรือสหประชาชาติลงไปเก็บข้อมูลและอาจทำการวิเคราะห์มาแล้วระดับหนึ่ง ไม่ใช่ข้อมูลเชิงลึกหรือเป็นนโยบายที่ได้ปฏิบัติจริงในชุมชน

2) ประเทศในตะวันออกกลางส่วนใหญ่มีเสถียรภาพทางการเมืองไม่มั่นคง ทำให้ข้อมูลที่ค้นคว้ามาได้ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World health statistics [online]. 2010 [cited 2011 Jul 13]; Available from: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>.
- World Health Organization. Social determinants of health and health equity in the EMR [online]. 2006 [cited 2011 Jul 1]; Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/](http://www.who.int/social_determinants/).
- Fikree FF, Pasha O. Role of gender in health disparity: the South Asian context. *Br Med J* 2004;328:823-6.
- El-Zanaty F, Way A. Greater Cairo slums: A profile based on the 2003 Egypt Demographic and Health Survey. Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council, El-Zanaty and Associates, ORC Macro and Carolina Population Center, University of North Carolina; 2004.
- Musaiger AO. Overweight and obesity in the Eastern Mediterranean Region: can we control it? *East Mediterr Health J* 2004; 10:789-93.
- World Health Organization. Regional Health Systems Observatory- EMRO. Health Systems Profile [online]. 2006 [cited 2011 Jul 17]; Available from: <http://www.who.int.healthobservatory/>.
- UNICEF. The state of the world's children 2011 [online]. 2011 [cited 2011 May 26]; Available from: <http://www.unicef.org/sowc2011/>.
- Faour B, Suwaigh S. Early childhood in the Arab countries: Status and challenges. Regional Bureau for Education in the Arab States. UNESCO; 2010.
- Jean-Jacques F, Nandakumar AK, Taghreed A, Wessam EB. Costing of the basic benefits package in Egypt. Technical Report 32, Working Paper. Bethesda (MD): Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc.; 1998.
- World Health Organization. Regional Health Systems Observatory- EMRO. Health Systems Profile [online]. 2006 [cited 2011 Jul 17]; Available from: <http://www.who.int.healthobservatory/>.
- Ian C. Rural primary health care in Iran. *SA Fam Pract* 2004; 46:37-9.
- World Health Organization. Regional Health Systems Observatory- EMRO. Health Systems Profile [online]. 2006 [cited 2011 Jul 17]; Available from: <http://www.who.int.healthobservatory/>.
- UNICEF. United Nations Children's Fund. Jordanian National Plan of Action for Children 2004-2013. New York; 2004.
- Sultana RG. UNICEF. Jordan's early childhood development initiative: Making Jordan fit for children. UNICEF MENA-RO Learning Series, Vol. 2; 2009.
- Roudi-Fahimi F. Iran's family planning program: Responding to a nation's needs. Washington (DC): MENA policy brief, Population Reference Bureau; 2002.
- Ministry of Health. United Arab Emirates [online]. 2011 [cited 2011 Sep 19]; Available from: <http://www.moh.gov.ae/moh.htm>
- Olang B, Farivar K, Heidarzadeh A. Breastfeeding in Iran: prevalence, duration and current recommendations. *Int Breastfeed J* 2009;4:8.
- Safavi SM, Omidvar N, Djazayeri A. Development of FBDGs in Iran. *Ann Nutr Metab* 2007;51:32-5.
- El-Zanaty F, Way A. Egypt Demographic and Health Survey 2000. Calverton, Maryland [USA]: Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council and ORC Macro; 2001.
- Mahshid L. Flour fortification in the Islamic Republic of Iran: Sustainable Route to Improve Health. Rep. The Flour Fortification Initiative (FFI) [online]. 2010 [cited 2011 October 12]; Available from: [http://www.sph.emory.edu/wheatflour/Iran\\_Case\\_Study.pdf](http://www.sph.emory.edu/wheatflour/Iran_Case_Study.pdf)
- Mahboob S, Abdollahi Z, Pouraram H. National Plan on Iron Malnutrition and Flour/Food Fortification in Iran. Ministry of Health and Medical Education. Undersecretary for Health Nutrition Department and World Health Organization; 2006.
- Behrooz A. Prevalence of neural tube defect and its relative factors in south west of Iran. *Pak J Med Sci* 2007;23:654-6.
- Bell KN, Oakley GP Jr. Tracking the prevention of folic acid preventable spina bifida and anencephaly, Birth Defects Research Part A. Clinical and Molecular Teratology 2006;76:654-7.
- World Health Organization. Annual report 2009 [online]. 2010 [cited 2011 July 13]; Available from: <http://www.emro.who.int/>.
- Sultana RG. UNICEF. Jordan's early childhood development initiative: Making Jordan fit for children. UNICEF MENA-RO Learning Series 2009;2.
- World data on education. 6th ed. Iran 2006 [cited 2011 July 15]; Available from: <http://www.ibe.unesco.org/links.htm>
- UNESCO. Education for All Global Monitoring Report. In: Regional overview: Arab state; 2010.