

ชื่อโครงการ ทีมบูรณาการสุขภาพ การเรียนรู้พัฒนา และการคุ้มครอง
เด็ก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มเด็กยากจนขาดแคลน และมีความ
ขาดแคลนแบบพหุปัจจัย (สวรส. 62-046)

ชื่อนักวิจัย

รศ.นพ. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ หัวหน้าโครงการ (PI)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและความ
ยากจนขาดแคลน โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการชี้เป้าโดยชุมชน
เองตามความรับรู้สภาพความยากจนขาดแคลนของชุมชน จากพื้นที่ 4
จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร สมุทรปราการและนครปฐม
รวม 458 คน ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของความยากจนรายได้ที่
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3000 บาทต่อคนต่อเดือน ความขาดแคลนพหุ
ปัจจัย 4 มิติหรือมากกว่าในทั้งหมด 9 มิติ ภาวะวิกฤตครอบครัว 2 ข้อ
หรือมากกว่า ใน 5 ข้อ มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่ไม่บรรลุผลสุข
ภาวะ 2 ข้อหรือมากกว่า โดยความยากจนรายได้ที่น้อยกว่า 3000 บาท
เพิ่มความเสี่ยง 2.4 เท่า ความขาดแคลนพหุปัจจัย 4 หรือมากกว่าเพิ่ม
ความเสี่ยง 1.8 เท่า และ ภาวะวิกฤตครอบครัว 2 หรือมากกว่า เพิ่มความ
เสี่ยง 2.6 เท่า

เมื่อจัดกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเข้าด้วยกัน ได้แก่ กลุ่มที่มีปัจจัยภาวะ
วิกฤตครอบครัว หรือไม่มีภาวะวิกฤตครอบครัวแต่ต้องมีปัจจัยความ
ยากจนสองด้านรวมกันได้แก่ยากจนรายได้และขาดแคลนพหุปัจจัย เป็น
กลุ่มเสี่ยงสูง จะพบว่ากลุ่มนี้ **มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยความ
เสี่ยงต่ำถึงสามเท่า** ได้แก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิกฤตครอบครัว ไม่มีทั้ง
ความยากจนรายได้และความขาดแคลนพหุปัจจัย หรือมีความยากจน
รายได้หรือความขาดแคลนพหุปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

ในการศึกษานี้ได้จัดตั้งทีม ทีมบูรณาการสุขภาพ การเรียนรู้พัฒนา
และการคุ้มครองเด็ก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มเด็กยากจน และมีค

ความขาดแคลนแบบพหุปัจจัย โดยผู้นำชุมชน อพม อสม และครูในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ ทีมบูรณาการถูกพัฒนารวม 39 ทีมใน 4 จังหวัด ทีมบูรณาการได้รับการอบรมในหลักสูตรเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดและการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยสำหรับชุมชน การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบเลวร้าย สิทธิเด็ก และการคุ้มครอง และการส่งต่อ เพื่อสมรรถนะแห่งตนให้สูงขึ้นทำให้บุคลากรในทีมมีความมั่นใจในการประเมินและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กยากจนก่อนลงเยี่ยมในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มเด็กยากจนและขาดแคลนแบบพหุปัจจัยโดยทีมบูรณาการสุขภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวินิจฉัยปัญหาความต้องการทางสุขภาพและการพัฒนาการโดยการเยี่ยมบ้านโดยทีมบูรณาการสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กที่ครอบครัวยากจน 2) การวางแผนปฏิบัติการ โดย ทีมบูรณาการสุขภาพที่มีสมาชิกในหลายรูปแบบ 3) การปฏิบัติการช่วยเหลือโดยสมาชิกทีมบูรณาการแต่ละด้านและเชื่อมต่อหน่วยงานพื้นที่และส่วนกลางที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้าน รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองของครอบครัว 4) การประเมินผลโดยทีมพัฒนารูปแบบลงพื้นที่ร่วมกับทีมบูรณาการสุขภาพ

ได้ติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงดังกล่าวจำนวน 101 รายจาก 183 ราย โดยทีมบูรณาการสุขภาพ การเรียนรู้พัฒนา และการคุ้มครองเด็ก พบว่าเพียงร้อยละ 38 ของเด็กในกลุ่มเสี่ยงสูงนี้เท่านั้นที่ได้รับการลงทะเบียนเข้าสู่โครงการเงินอุดหนุนทารกแรกเกิดของรัฐบาลและได้เงิน 600 บาทต่อเดือนจนถึงอายุ 6 ปี ร้อยละ 69 ของกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่ไม่บรรลุผลสุขภาวะมากกว่า 2 ใน 6 ด้าน ร้อยละ 73 ไม่ได้รับการดูแลทางอารมณ์ที่เหมาะสมโดยมีทั้งการดูแลแบบละเลยหรือทำร้ายทางอารมณ์และร่างกาย ร้อยละ 65 ต้องอยู่ในครอบครัวที่มีการแตกแยก หย่าร้างหรือตายจาก ร้อยละ 55 อยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง ร้อยละ 26 อยู่

ในครอบครัวที่มีการเสพหรือค้ายาเสพติด ร้อยละ 31 อยู่ในครอบครัวที่มีการติดคุก ผลการประเมินพัฒนาการพบว่า ร้อยละ 24 มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 9 มีพัฒนาการล่าช้ามาก แม้เด็กจะต้องอยู่ในครอบครัวที่มีความไม่พร้อมมากเพียงใด แต่ร้อยละ 64 ของเด็กกลุ่มนี้ก็ยังถูกเลี้ยงดูโดยครอบครัว ไม่ได้ใช้บริการศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย หรือบริการอื่นใดที่ให้การดูแลเด็กปฐมวัยทดแทนครอบครัว

ในการประเมินผลหลังการสร้างเสริมสุขภาวะกลุ่มเด็กยากจนและขาดแคลนแบบพหุปัจจัยโดยทีมบูรณาการสุขภาพการเรียนรู้พัฒนาและการคุ้มครองเด็ก พบว่าปัจจัยส่งเสริมการทำงานของทีมได้แก่ การเตรียมทีมด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ความสามารถของงานแต่ละด้านและสร้างความรับรู้ความสามารถที่แตกต่างกันของคนในทีมจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของทีม

บุคคลกรในทีมบูรณาการสุขภาพฯที่มีจุดแข็งแตกต่างกันได้แก่ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจุดเด่นในการค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมสติปัญญา การเรียนรู้และจิตใจของเด็กได้ดี บุคลากรทางสาธารณสุข เช่นอาสาสมัครสาธารณสุข มีจุดเด่น คือความเชี่ยวชาญในการเยี่ยมบ้าน ทำให้เด็กได้รับการติดตามที่ต่อเนื่องส่งต่อปัญหาทางสุขภาพได้ สำหรับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรือผู้นำชุมชน จุดเด่นคือทำให้เด็กได้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการนั้นๆ โดยง่าย

การลงพื้นที่ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้นและยังมีทีมวิชาชีพเช่นบุคลากรสุขภาพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักคุ้มครองเด็ก เสริมทีมเป็นบางครั้งของการเยี่ยมยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงดียิ่งขึ้น การส่งเสริมผู้ดูแลเด็กให้มีความสนใจในการดูแลเด็กให้ใกล้ชิดอย่างสนุกสนาน สนใจกระตุ้นการเรียนรู้ของเด็ก โดยแนะนำการประดิษฐ์ของเล่น ฝึกการเล่นกับเด็ก การเล่านิทาน โดยสนับสนุนอุปกรณ์ ของเล่น หนังสือบางส่วนเป็นจุดเริ่มต้น จะทำให้การสอนผู้ดูแล

เด็กโดยทีมบูรณาการ และการสอนเด็กโดยผู้ดูแลเด็กที่น่าสนใจ การสนับสนุนให้กระบวนการทำงานของทีมบูรณาการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ (PDCA cycle) จะทำให้กลุ่มเด็กยากจนและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างแท้จริงและยั่งยืน

การแก้ปัญหาเด็กในครอบครัวยากจน โดยเฉพาะครอบครัวมีภาวะวิกฤตร่วมด้วย ต้องเสริมด้วยนโยบายการสนับสนุนของภาครัฐและภาคท้องถิ่นที่มีความเข้าใจและปฏิบัติอย่างจริงจัง พลังการดูแลในชุมชนโดยอาสาสมัครต่างๆร่วมกับศูนย์สุขภาพรูปแบบต่างๆและศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนเป็นพลังเสริมที่นับได้ว่าเป็นทุนที่สำคัญของชุมชนในการดูแลเด็กกลุ่มเปราะบางนี้ แนวคิดในการขยายผลได้แก่

1. ผลักดันนโยบายการสนับสนุนของภาครัฐและภาคท้องถิ่นในการจัดตั้งทีมบูรณาการเพื่อการพัฒนาและคุ้มครองเด็กปฐมวัย และใช้กลไกการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง การเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงเป็นกลยุทธ์สำคัญ
2. ผลักดันโครงสร้างเพื่อเสริมพลังการดูแลในชุมชน ให้มีศูนย์สุขภาพรูปแบบต่างๆและศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยรูปแบบต่างๆในชุมชน เพื่อครอบคลุมเด็กปฐมวัยทุกกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6-8 ปี
3. ผลักดันการสร้างนวัตกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยรูปแบบต่างๆเช่น เครื่องมือ คู่มือกระบวนการ การฝึกอบรมเพื่อสร้างความรู้ ความตระหนัก ทักษะการดูแลและป้องกันเด็กยากจน ขาดแคลน เด็กได้รับประสบการณ์เลวร้ายในชีวิต แก่ผู้ดูแลเด็ก ผู้บริหารชุมชน อาสาสมัครชุมชน ครู พี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กและชุมชน หรือ ศูนย์สุขภาพหรือศูนย์การเรียนรู้การพัฒนาอื่นๆที่ถูกจัดตั้งสำหรับเด็กปฐมวัยและครอบครัวในชุมชน
4. สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นโครงสร้างที่ถูกจัดตั้งอย่างเป็นระบบในชุมชนในปัจจุบัน ต้องเป็นโดยเป็นจุดเชื่อมโยงทีมบูรณาการในพื้นที่เพื่อทำงานกับเด็กปฐมวัยยากจน โดยได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการลงทุน ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

Abstract

This study examined the relationship between health conditions and poverty. The study groups were selected by the community team according to their own perception of the poverty condition. Totally 458 children from 4 provinces, namely Bangkok, Samut Sakron, Samut Prakan and Nakhon Pathom, were enrolled. The study revealed that children living in low income families (< 3000 baht per person per month), in severe deprived families (deprivation index ≥ 4 in 9 factors), and in dysfunctional families (family dysfunction index ≥ 2 in 5) were associated with poor parenting leading to unmet health needs (poor grade care profiles ≥ 2 in 6 categories). Low income families (< 3000 baht per person per month) increased risk 2.4 times. Severe deprived families (deprivation index ≥ 4 in 9 factors) increased risk 1.8 times and dysfunctional families (family dysfunction index ≥ 2 in 5) increased risk 2.6 times.

We grouped all children with family dysfunction index ≥ 2 and those with the combination of low income index and multiple deprivation index together as a high risk group. It was found that this group had three times more risk than those with a low risk group (the group of children with family dysfunction index < 2 , without or only one index of low income and deprivation family).

This study developed the Integrated Health – Learning – Protection team (H-L-P team) to promote the well-being of poor children. This community based team composed of the community leaders, child care providers, health care volunteers

and community development volunteers. Totally the 39 H-L-P teams were developed in 4 provinces. The integrated team has been trained in programs for building newborn childcare skills and enhancing health and promoting early childhood learning for the community, caring for a child who has had an adverse childhood experiences, children's rights and how to protect them, and how to refer for help. This training give staff members confidence in assessing and promoting poor children's health before visiting areas of their responsibility.

A health promotion model for poor and needy children was developed by the H-L-P team, which consisted of 4 steps: 1) Identify the complex health and development problems by the home visit program 2) Action planning by the various members of the H-L-P team 3) Assisted operations by members of the integration team each side and connect relevant local or state departments in each area, including education and advice to empower the families. 4) Evaluation by the model development team in cooperation with the integrated health team.

A total of 101 cases in the high-risk groups were followed up by the H-L-P team. It was found that only 38% of children in this high-risk group were enrolled in the government's cash transfer program for children in poor families (600 baht per month until the age of 6 years). 69 % of the high-risk groups experienced the poor parenting leading to unmet health needs (poor grade care profiles ≥ 2 in 6 categories). 73% were not receiving adequate emotional care, with either neglect or emotional and physical abuse. 65% had to live in the single, divorced, or separated families. 55 % experienced the domestic

violence. 26 % were in families with drug abuse or drug trafficked. 31 % were in the incarcerated families. 24% had developmental delays and 9% had a severe development Even though the children were in an extremely poor, deprived, and low potential family, 64% of them were still raised by their own family without using the community early childhood learning and care services in any way.

The assessment of the H-L-P team by the model development team found that the factors that promote the team's work were the specific knowledge and skill training program for the different work of the member in the team and getting them to know each other.

Each member in the H-L-P team had different strengths. The child care provider had a strong role in finding vulnerable children and promoting cognitive development, learning and mental well-being of children. Public Health Volunteers strength was the expertise in home visits. This allowed children to be continuously monitored for health problems. The social development and human security volunteers (NGOs) or the community leaders had a strength to make it easy for children to have access to those welfare system.

At least 2 home visitation sessions will see a positive change in results. The professional teams such as health workers, psychologists, social workers, occupational therapist, child protector, supplementing the H-L-P team in some home visits was a great addition, and might get the better results for the high-risk groups. Encouraging caregivers to enjoy giving

closed supervision for children, being interest in stimulating the learning skill for children was easily starting by introducing them for the program of making-toy-yourself, practicing playing with children, practicing storytelling, supporting toys and some books as a starting point. Supporting the ongoing work processes of the the H-L-P team with the systematic quality improvement process (PDCA cycle) will enable the poor children and their families to receive real and sustainable assistance.

Tackling the child in poverty and family dysfunction must be supported by a public and local policy that had an extensive understanding and practice. The power of community volunteer, in conjunction with various community based health centers and early childhood development centers, was a complementary force that was an important community capital. In caring for these vulnerable children, we need to expand our results to policy by:

1. Promote public and local support policies in establishing the H-L-P integrated team for early childhood development and protection and implementing screening mechanisms for high-risk groups with an intensive home visit for this group as a key of success.
2. Promote the investment for more physical structures related to early childhood learning and care for children in poor families and dysfunctional family to cover all early childhood age groups from birth to 6-8 years.

3. Driving innovation of early childhood education and care such as tools, process manuals, training courses to create knowledge, awareness, care and protection skills for poor children and children in adversity. Those innovations were needed for the child care-takers, community administrators, community volunteers, child care providers in nursery-daycare center-kindergarten school, or other community based health centers or development learning centers established for early childhood or families.

4. Currently, early childhood development centers are systematically established in most communities. It must be the central network of the H-L-P integrated teams to work with poor children in the communities. This should be supported and invested by both local and national policy.

รูปภาพผลงานวิจัย และการนำไปใช้ประโยชน์



ทีมบูรณาการงานสามฝ่ายได้แก่ งานด้านการดูแลสุขภาพ งานส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ และงานคุ้มครองเด็ก



ครูศูนย์เด็กปฐมวัยในพื้นที่ร่วมทีมบูรณาการ

การนำเสนอผลการวิจัย การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “ทศวรรษ
แห่งการดูแลเด็กเจ็บปวดทางใจ”
โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว 2563 / NICFD
Academic Forums
วันที่ 25 – 27 พฤษภาคม 2563 ณ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก
และครอบครัว



Prevention, Protection and Rehabilitation of Children and Adolescent from Adverse Toxic Stresses: A National Priority

รศ. นพ. อติศักดิ์ ผลิตตผลารพิมพ์ MD, Dip. Thai Board Pediatric, M.PH.

ผู้อำนวยการ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว และภาควิชากุมารเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นำเสนอในการประชุมวิชาการ เรื่อง “อนาคตของประสาทวิทยาศาสตร์
ไทย”

วันที่ 9–11 ตุลาคม 2562 ณ ห้องประชุมราชา และห้องประชุมทับทิม
โรงแรมรอยัล รัตนโกสินทร์

ทีมบูรณาการงานสามฝ่ายได้แก่ งานด้านการดูแลสุขภาพ งานส่งเสริม
พัฒนาการและการเรียนรู้ และงานคุ้มครองเด็ก



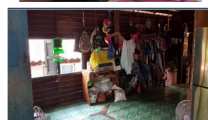
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม



หลังเข้าร่วมโปรแกรม



ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม



หลังเข้าร่วมโปรแกรม

