



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน

จัดทำโดย นายปกรณ์ ตุงคะเสวีรักษ์  
รหัส 96119

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 96  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

ประจำปี 2565

ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล  
(Individual Study)

เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน

จัดทำโดย นายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์  
รหัส 96119

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 96  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2565

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



(หน้าอนุมัติ)  
สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ ..... บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ ..... จุฬา สุขมานพ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ ..... สุชาดา ไทยบรรเทา

อาจารย์ที่ปรึกษา

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทุกคนต้องดำเนินชีวิตแบบแข่งขัน สตรีในวัยเจริญพันธุ์ มีการศึกษาที่สูงขึ้น เลี้ยงตนเองได้ ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในการแต่งงานหรือไม่พร้อมมีบุตรทำให้มีอัตราการเกิดน้อย และในปี 2564 มีเด็กเกิดใหม่เพียง 5.4 แสนคน ขณะเดียวกันก็พบปัญหาการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไม่มีคุณภาพ นำไปสู่ภาวะ “เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะต้อกระจกและแคระแกรน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ส่งผลต่อสุขภาวะของเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะช่วงอายุ 3-5 ปี

นอกจากนี้ ภายใต้การดำเนินงานแผนงานประเด็นการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน โดยเฉพาะการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการทำงานที่เชื่อมโยงกัน ต่างคนต่างดำเนินงานในส่วนตัวชีวิตที่ตนเองรับผิดชอบ รวมทั้งการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เฉพาะหน่วยงานของตนเอง ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลและใช้ข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน อีกทั้งการนำนโยบายระดับประเทศจากส่วนกลางที่มีการจัดทำแผนงานการบูรณาการกัน และถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ยังไม่สามารถนำมาใช้ขับเคลื่อนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยต้นแบบจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 4 กระทรวงหลัก ยังขาดการบูรณาการกิจกรรมในพื้นที่ร่วมกัน คงทำงานตามคำสั่งบนลงล่าง ขาดการประสานงานในแนวราบระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ พบปัญหาเด็กไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทุกคน ทั้งด้านการส่งเสริมเด็กปฐมวัย การคัดกรองเด็กที่มีภาวะเสี่ยงยังไม่ครบตามเป้าหมายที่กำหนด และเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาความยากจน ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือสวัสดิการครอบคลุมทุกคน

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐานนั้น เพื่อขับเคลื่อนงานให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและแผนงาน บูรณาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติในพื้นที่เชิงนโยบาย 4 ประเด็น คือ 1) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform) 2) กองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการ เน้นการค้นหาเชิงรุกและสื่อสารสาธารณะให้ประชาชนรับทราบสิทธิของตน 3) สร้างการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ด้วยกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัยผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D และ 4) การจัดตั้งแวดล้อมที่ส่งเสริมและเอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย จัดการเรียนรู้ผ่านการเล่น ชุมชน 3 วัย และชุมชน HIC

ทั้งหมดนี้ ผู้ทำการศึกษาได้ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะหลักหลายด้านที่จะมาช่วยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งอธิบายไว้ในบทการศึกษาแล้ว ด้วยเหตุที่ว่า ผู้ทำการศึกษาเป็นข้าราชการของแผ่นดิน จึงได้เพียรพยายามที่จะหารูปแบบในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและการพัฒนาประเทศ จึงคาดหวังว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นแนวทางหนึ่งในการขับเคลื่อนประเทศไทยในมิติการสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์

24 สิงหาคม 2565

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ของคณาจารย์ที่ปรึกษา ขอขอบคุณ ท่านอาจารย์บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์ ท่านอาจารย์จุฬา สุขมานพ ท่านอาจารย์สุชาติ ไทยบรรเทา และท่านอาจารย์ อริยะ สกุลแก้ว ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักบริหาร ที่ให้ข้อเสนอแนะ หลักการ แนวคิด และแนวทางการจัดทำ รายงานให้มีความชัดเจน สำหรับการจัดทำข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังรวมถึง ผู้เข้าร่วมอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูง ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม (นบส.1) รุ่นที่ 96 ทุกท่าน ที่ได้ร่วม แลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และมุมมองการทำงานจนเกิดการพัฒนาดตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ไม่อาจดำเนินไปได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณะทำงานของมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ โดยเฉพาะท่าน ดร.พรพัทธ์ สุร่าไพนิธิพร ที่เอื้ออำนวยให้ข้อมูลพื้นที่ต้นแบบในการศึกษา ของจังหวัดอำนาจเจริญ และความร่วมมือจากทีมวิชาการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในการสนับสนุนและ ให้ข้อมูลแผนการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จนกระทั่งการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณประโยชน์ อันใดที่เกิดจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้จัดทำรายงานขอมอบแด่บุคลากร คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในความสำเร็จครั้งนี้

นายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์  
24 สิงหาคม 2565

## สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	1
1.1 การวิเคราะห์บริบทแวดล้อมต่างๆ	1
1.2 ตำแหน่งบริหารที่เป็นเป้าหมาย	11
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	14
2. ข้อเสนอโครงการเพื่อการพัฒนา	15
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	15
2.2 การกำหนดข้อเสนอแนะ	22
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	40
3. แผนพัฒนาตนเอง (IDP)	41
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	42
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	44
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	48
บรรณานุกรม	50
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	51

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	กลยุทธ์การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)	28
ตารางที่ 2	กลยุทธ์ความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย	31
ตารางที่ 3	กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม 3 ระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับพื้นที่	32
ตารางที่ 4	กลยุทธ์การขับเคลื่อนด้วยธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D	33
ตารางที่ 5	กลยุทธ์การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	35
ตารางที่ 6	กลยุทธ์การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล	36
ตารางที่ 7	การวิเคราะห์ตนเอง	42
ตารางที่ 8	ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะที่ต้องการพัฒนา	43
ตารางที่ 9	แผนพัฒนารายบุคคล : ระยะเวลา 2 ปี	44
ตารางที่ 10	แผนพัฒนารายบุคคล : ระหว่างฝึกอบรม นบส. 2 เดือน	47
ตารางที่ 11	แผนพัฒนารายบุคคล : ระหว่างฝึกอบรม นบส. 2 เดือน	48

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย	3
ภาพที่ 2	ทิศทางยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย	8
ภาพที่ 3	แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2566-2570	11
ภาพที่ 4	กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ กรมอนามัย	11
ภาพที่ 5	แนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัย	12
ภาพที่ 6	แสดงการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ณ สถานบริการสาธารณสุขปี พ.ศ.2561-2564	17
ภาพที่ 7	เด็กไทยที่มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	18
ภาพที่ 8	แสดงภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี	19
ภาพที่ 9	การบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงภายใต้คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ปี 2562	24
ภาพที่ 10	ผลตอบแทนทางสังคมการลงทุนในเด็กปฐมวัย	27
ภาพที่ 11	ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)	30
ภาพที่ 12	แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน	38



1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## 2. ข้อเสนอโครงการเพื่อการพัฒนา: การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน

### 2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา

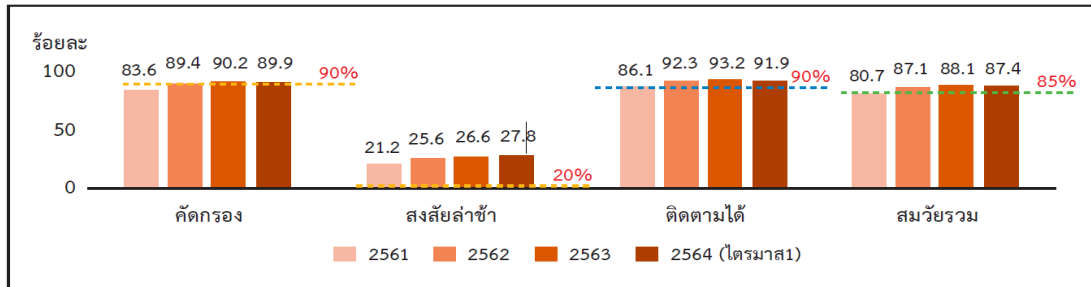
#### 2.1.1 ปัญหาที่เลือก

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ประชาชนดำเนินชีวิตแบบแข่งขันมากขึ้น สตรีในวัยเจริญพันธุ์มีการศึกษาที่สูงขึ้น เลี้ยงตนเองได้ ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในการแต่งงานหรือไม่พร้อมมีบุตร ทำให้มีอัตราการเกิดน้อย ขณะเดียวกันก็พบปัญหาเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย แคระแกร็น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะช่วงอายุ 3-5 ปีการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยที่ไม่มีคุณภาพนำไปสู่ภาวะ “เด็กเกิดน้อย ต้อยคุณภาพ”

#### 2.1.2 สภาพของปัญหาที่ผ่านมา

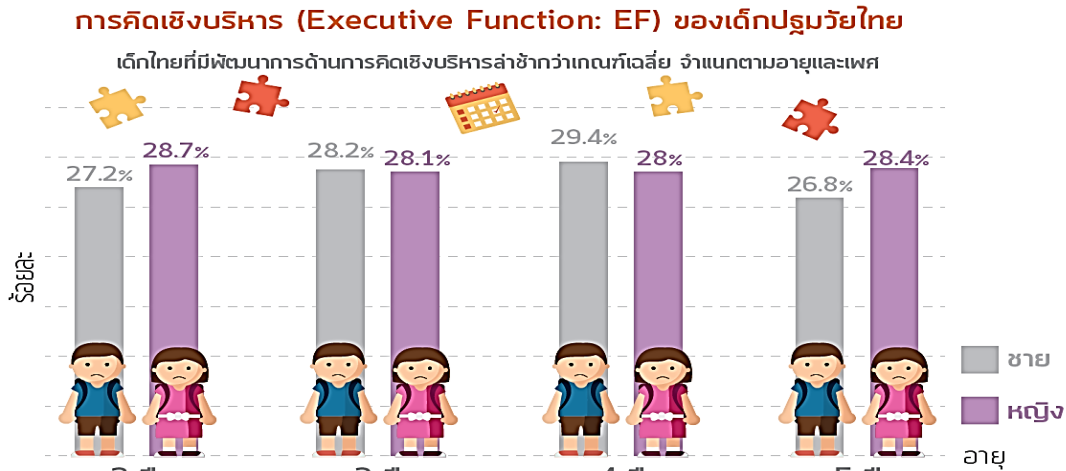
ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ขณะเดียวกันก็พบปัญหาอัตราการเกิดน้อยลง การเกิดด้อยคุณภาพ และปัญหาการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย รวมทั้งการแข่งขันด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สูงขึ้น ผู้คนต้องดำเนินชีวิตแบบแข่งขัน ผู้หญิงมีการศึกษาสูงขึ้น มีรายได้เลี้ยงตนเอง ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในการแต่งงานหรือไม่พร้อมมีบุตร ทำให้อัตราการเกิดในปัจจุบันน้อยกว่าร้อยละ 25 นำไปสู่ภาวะ “เด็กเกิดน้อย ต้อยคุณภาพ” ในปี 2565 มีเด็กเกิดใหม่เพียง 5.7 แสนคน เป้าหมายกำหนดไว้ 700,000 คน ตามรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ นอกจากอัตราการเกิดน้อย ยังพบว่าเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 5.63 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 6.31 ในปี 2562 ทำให้ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย แคระแกร็นในเด็กเล็ก ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและระดับเชาว์ปัญญา (IQ) (คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการ กลุ่มกระทรวง คณะที่ 2, 2562) ส่งผลต่อ **สุขภาพของเด็กปฐมวัย หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต** คือ 1) ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทานอาหารตามหลักโภชนาการ ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ และดูแลร่างกายอย่างถูกสุขลักษณะเพื่อการมีสุขภาพกายที่ดี และ 2) ด้านสุขภาพจิต การมีความสุขในการดำรงชีวิต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง รู้จักจัดการกับความเครียด รวมทั้งการมีความใกล้ชิดกับครอบครัวในช่วงชีวิตวัยเด็ก (World Health Organization, 2010) โดยเฉพาะสุขภาพทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย คือ ความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ เป็นตัวที่ก่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและความสนใจทางการศึกษา ทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาทางพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นและความเจ็บป่วยทางจิต (National Institute for Health and Care Excellence, 2012) สามารถจำแนกสภาพของปัญหาทางด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้ 4 มิติ ดังนี้

**มิติที่ 1 ด้านสุขภาพเด็ก** การสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2561 – 2564 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย โดยในปี พ.ศ. 2564 มีพัฒนาการสมวัยรวม ร้อยละ 87.4 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.8 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าติดตามได้ ร้อยละ 91.9



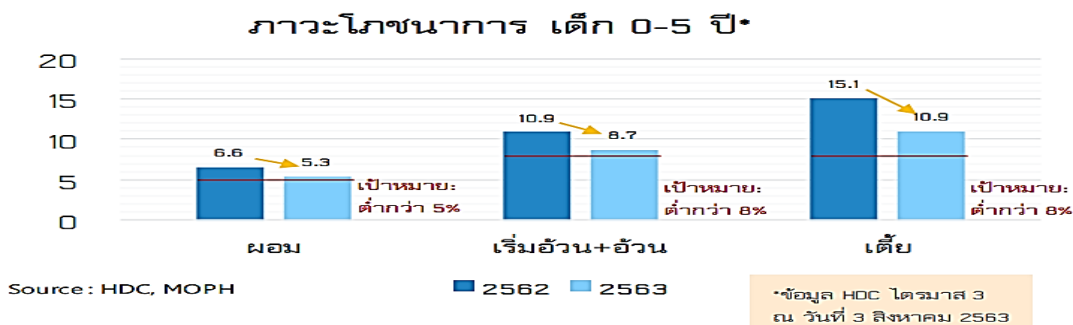
ภาพที่ 6 แสดงการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ณ.สถานบริการสาธารณสุขปี พ.ศ.2561-2564  
ที่มา: รายงานความก้าวหน้าผลการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2564

ส่วนพัฒนาการด้านสติปัญญา จากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) พบว่า ระดับ IQ เฉลี่ยเท่ากับ 98.23 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากลในปัจจุบัน (IQ=100) แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2554 ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 94.58 ภาพรวมของประเทศยังมีเด็กที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < 90) อยู่ถึงร้อยละ 31.81 และอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < 70) ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล คือไม่ควรเกินร้อยละ 2 แต่ยังมีเด็กที่มี IQ อยู่ในเกณฑ์ฉลาดมาก (IQ ≥130) ถึงร้อยละ 7.9 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มที่มี IQ สูงกับกลุ่มที่มี IQ ต่ำ ซึ่งมีแนวโน้มที่ช่องว่างนี้จะขยายมากขึ้นหากไม่มีการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาดังกล่าวอย่างทันทั่วทั้งที่ (คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการกลุ่มกระทรวงคณะที่ 2, 2562) นอกจากนี้ รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2561 พบว่า ทักษะสำคัญที่ส่งผลต่อชีวิตในระยะยาว คือ ความสามารถในการทำงานขั้นสูงของสมองในการกำกับตนเองในด้านอารมณ์ ความคิด และการกระทำ หรือทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Function หรือ EF) การพัฒนา EF แบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ (1) เด็กในขวบปีแรก ทำได้โดยการสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกที่แข็งแกร่ง แม่ต้องให้ความรักและอบอุ่นอย่างเพียงพอ (2) เด็กวัย 2 - 6 ปี ทำได้โดยการฝึกดูแลตนเอง (กินข้าว อาบน้ำ แต่งตัว) การฝึกดูแลรอบกายตัวเอง (เก็บของเล่นเอง) การเล่น (ปั้นดิน เล่นน้ำ ระบายสี การเล่นอิสระ) **ซึ่งช่วงปฐมวัยโดยเฉพาะช่วงอายุ 3-5 ปี** เป็นโอกาสในการสร้างรากฐานที่แข็งแรงเพื่อพัฒนา EF เมื่อเด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารจะลดปัญหาพฤติกรรม เช่น ความหุนหันพลันแล่น ทำโดยไม่คิด ใจร้อนรอคอยไม่เป็น สมาธิสั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการเรียน การทำงาน และทักษะการใช้ชีวิตอื่นๆ ในอนาคต จากการพัฒนาแบบประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ผลการศึกษาพบว่า เด็กไทยที่มีพัฒนาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย มีประมาณร้อยละ 30 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพัฒนาการและไอคิวเด็กมีหลายปัจจัย ทั้งด้านกรรมพันธุ์ การเลี้ยงดู และด้านที่สำคัญคือ ภาวะโภชนาการ การขาดธาตุเหล็ก ขาดไอโอดีน และการเจริญเติบโต ภาวะเตี้ย ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการและโภชนาการเด็กปฐมวัย หากขาดธาตุเหล็กจะส่งต่อภาวะโลหิตจาง นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเด็ก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2011 เด็กประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะโลหิตจาง (WHO, 2016) มีการประมาณการว่าทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 42 มีภาวะโลหิตจาง (WHO, 2001) ในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 3 ปี ในเขตชนบทมีภาวะโลหิตจางมากกว่าในเขตเมือง ร้อยละ 41.7 และร้อยละ 26.0 ตามลำดับ (Rojroong wasinkul N et al. 2013) และข้อมูลสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในประเทศไทย ปี 2563 - 2564 พบว่า ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.72 เป็นร้อยละ 19.59 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 20)



ภาพที่ 7 เด็กไทยที่มีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย  
 ที่มา : นवलจันทร์ จุฑาทักติกุล, 2560

**มิติที่ 2 ด้านการดูแล** ยังพบปัญหาโภชนาการเด็ก ตั้งแต่การให้นมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน มีแนวโน้มลดลง การเลี้ยงลูกด้วยนมสะท้อนการได้รับสารอาหารและน้ำที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ในปี 2558 อยู่ที่ร้อยละ 66.24 และลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 61.31 ในปี 2559 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.66 ในปี 2560 และลดลงอย่างมากในปี 2561 อยู่ที่ร้อยละ 50.89 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.8 ในปี 2562 ปัจจัยที่สำคัญ คือ มารดามีน้ำหนักไม่พอ พักผ่อนน้อย ขาดความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการบีบเก็บน้ำนม รวมถึงความเข้าใจผิดของแม่ว่าน้ำนมไม่พอไม่มีคุณภาพ และการขาดแรงสนับสนุนจากทางบ้านและคนช่วยดูแลเด็ก เป็นต้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2563 พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 13 มีภาวะเตี้ย แคระแกร็น ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ขณะเดียวกัน เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 8 มีภาวะผอมแห้ง และร้อยละ 9 มีน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากปี 2558 ที่ภาวะเตี้ย แคระแกร็น ผอมแห้ง หรือน้ำหนักเกินอยู่ที่ร้อยละ 11, 5 และ 8 ตามลำดับ (ดังภาพที่ 8) อีกทั้งการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีการศึกษาสูง พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าครอบครัวที่พ่อแม่มีการศึกษาน้อยกว่า ร้อยละ 34 เมื่อแบ่งเศรษฐกิจฐานะครอบครัวเป็นดัชนีความมั่งคั่ง 5 ระดับ เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวยที่สุดจะมีพัฒนาการสมวัยที่มากกว่าถึง 2.92 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ยากจนที่สุด (กรมอนามัย, 2565) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทย ร้อยละ 77.1 มี EQ ปกติ ส่วนอีกร้อยละ 23 อยู่ในระดับที่ควรได้รับการพัฒนา เด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้และออทิสติก โดยคาดว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคออทิสติกทั่วประเทศประมาณ 300,000 คน หากพิจารณาพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษาต่ำที่สุดจากทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 61 ในเด็กผู้ชาย และร้อยละ 64 ในเด็กผู้หญิง พบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวยากจน จะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษาต่ำ ซึ่งการที่พ่อแม่เล่นกับลูก เช่น การหัดเรียกชื่อ นับเลขหรือวาดรูป การเล่านิทาน การอ่านหนังสือหรือดูรูปภาพ การร้องเพลง การทำกิจกรรมร่วมกัน และการพาเด็กไปเล่นนอกร้าน จะส่งผลต่อพัฒนาการสมวัยที่มากขึ้น ร้อยละ 28



ภาพที่ 8 แสดงภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี, โภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563.

**มิติด้านการศึกษา** พบอัตราการเข้าเรียนของเด็กกลุ่มอายุประมาณ 2 ปี อยู่ที่ร้อยละ 39.3 ของประชากรวัยดังกล่าว และอัตราการเข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัยของเด็ก 3 – 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 84.7 โดยเด็กช่วงอายุ 2 – 3 ปี จะเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เด็กช่วงอายุ 4 – 5 ปี ส่วนใหญ่จะเข้าเรียนในชั้นอนุบาลในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และจากการประเมินคุณภาพภายนอกรอบที่สาม (พ.ศ. 2554 –2555) พบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และมีร้อยละ 10.8 ต้องปรับปรุงเร่งด่วน พบคุณภาพของครูและบุคลากรผู้ดูแลเด็กที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ เมื่อพิจารณาความขัดสนด้านการไม่มีหนังสือสำหรับเด็ก จำแนกตามพื้นที่ พบว่า เด็กอายุ 0 - 4 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนอกเขตเทศบาลไม่มีหนังสือสำหรับเด็กถึงร้อยละ 65.45 ขณะที่เด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนในเขตเทศบาลที่ไม่มีหนังสือสำหรับเด็ก มีสัดส่วนต่ำกว่าคือร้อยละ 52.22 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2564)

**มิติด้านเศรษฐกิจ** ความยากจนของครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า 20,000 บาทต่อเดือน จะมีพัฒนาการที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ พ่อแม่ที่มีวุฒิการศึกษาสูงจะเลี้ยงลูกได้มีคุณภาพสูงกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า จะเห็นว่า การศึกษาของหัวหน้าครอบครัวมีผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กโดยตรง ประเทศไทยได้มีการวัดความยากจนหลายมิติของเด็กกลุ่มอายุ 0 – 17 ปี ประกอบด้วย การศึกษา สุขภาพ มาตรฐานความเป็นอยู่ และสวัสดิภาพเด็ก พบว่า ครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนไม่มีการศึกษาจะส่งผลให้เด็กยากจนหลายมิติถึงร้อยละ 35.9 ขณะที่ครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัวจบการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะส่งผลให้เด็กยากจนหลายมิติลดลงเหลือเพียงร้อยละ 9.7 หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 0 – 4 ปี พบว่ามีสัดส่วนความยากจนหลายมิติสูงถึงร้อยละ 42 มีระดับความขัดสนสูงสุดในมิติที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นให้จัดการเรียนรู้ในช่วงปฐมวัย ร้อยละ 35.8 ด้านโภชนาการ ร้อยละ 10.5 และการป้องกันสุขภาพ ร้อยละ 4.6 นอกจากนี้ พบเด็กพิการ 0 – 5 ปี ที่จดทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมฯ จำนวน 14,252 คน และพบปัญหาเด็กเร่ร่อนที่มาจากรอบครัวยากจนและไม่มีการศึกษาที่ผู้ปกครองนำมาเร่ร่อนเพื่อหาเงิน โดยการขอรทานและเก็บขยะ ส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์และไม่ได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมตามช่วงวัย ส่งผลต่อพัฒนาการและการเติบโตของเด็กในระยะยาว ด้านครอบครัว พบว่า ความยากจนของเด็กมีหลายมิติ สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ (Headcount : H) เท่ากับร้อยละ 21.60 ระดับความขัดสนเฉลี่ยของเด็กที่ยากจน (Intensity : A) อยู่ที่ร้อยละ 33.19 เมื่อพิจารณามิติที่ทำให้เด็กมีปัญหาความยากจน พบว่า ด้านการศึกษาเป็นมิติที่ทำให้เด็กยากจนมากที่สุด ร้อยละ 48.7 ของมิติทั้งหมด

(percent contribution) รองลงมาเป็นมิติด้านสุขภาพ ร้อยละ 29.8 มิติด้านสวัสดิภาพเด็ก ร้อยละ 15.1 อีกทั้งกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 4 ปี มีสัดส่วนเด็กยากจนที่ขัดสนมากที่สุด ร้อยละ 38.40 โดยเฉพาะช่วงอายุ 0 - 2 ปี ที่มีสัดส่วนเด็กยากจนที่ขัดสนมากถึงร้อยละ 60.90

### การลงพื้นที่ต้นแบบนำร่องการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอำนาจเจริญ

จากการสำรวจปัญหาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ (2563) ด้านระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กระดับประถมศึกษา และพัฒนาการของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในจังหวัดอำนาจเจริญ (กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2561) พบว่า ระดับสติปัญญาของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 96.3 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 90.75 ในปี พ.ศ. 2559 และอำนาจเจริญเป็นจังหวัดที่มีค่าระดับสติปัญญาของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในลำดับที่ 16 เมื่อเรียงจากมากไปหาน้อย พบภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย 6-12 เดือน ร้อยละ 30.47 เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กมีเพียงร้อยละ 55.77 เด็กมีพัฒนาการสูงตีสมส่วน ระหว่างไตรมาสที่ 1-4 เพียงร้อยละ 57.76, 59.98, 71.1 และ 67.54 ตามลำดับ ในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน พบเด็กที่มีภาวะสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.95 โดยในเขตอำเภอเมืองอำนาจเจริญ พบเด็กมีพัฒนาการสูงตีสมส่วน ระหว่างไตรมาสที่ 1-4 เพียงร้อยละ 59.83, 58.84, 73.83 และ 67.54 ตามลำดับ เด็กอายุ 9 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.47 พบภาวะสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน ร้อยละ 21.12 พบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มากถึงร้อยละ 41.06 และจากการศึกษาการสังเคราะห์ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาตำบลสร้างนกทา จังหวัดอำนาจเจริญ (พรพิศตร์ สุร่าไพนิธิพร และคณะ, 2563) พบว่า เด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี มีจำนวน 345 คน เป็นชาย ร้อยละ 51.88 หญิงร้อยละ 48.12 อายุแรกเกิดถึง 2 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ร้อยละ 32.46 รองลงมาอายุ 5-6 ปี ร้อยละ 19.72 อยู่กับครอบครัว 16 หมู่บ้าน จำนวน 136 คน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ร้อยละ 39.42 รองลงมาโรงเรียนอนุบาล 5 แห่ง 107 คน ร้อยละ 31.01 ได้รับสิทธิ์แรกเกิด - 6 ปี ร้อยละ 75.65 ไม่ได้รับสิทธิ์แรกเกิด - 6 ปี ร้อยละ 24.35 พบปัญหา 199 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบเด็กยากจน 125 คน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 36.24 รองลงมาหย่าร้าง 34 คน ร้อยละ 9.86 ผู้เลี้ยงดู ส่วนใหญ่คือ พ่อแม่ 160 คน ค่าเฉลี่ยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 46.38 รองลงมาคือ ตา/ย่า 129 คน ร้อยละ 37.39 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยจะดำเนินกิจกรรมตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ยังไม่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ไม่มีคณะกรรมการเด็กปฐมวัย ตลอดจนแผนการดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย และยังไม่มีการนำข้อมูลของแต่ละส่วนงานมาจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย

**สรุปปัญหาการดำเนินงานของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ต้นแบบ** พบว่า การดำเนินงานของ 4 กระทรวงหลัก ผ่านมาแต่ละกระทรวงยังไม่สามารถมีกิจกรรมการดำเนินการแบบบูรณาการที่เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม และผลกระทบจากการดำเนินการได้ ดังนี้

**1) กระทรวงสาธารณสุข** จากการสำรวจสถานการณ์ปัญหาในการดำเนินงานระดับพื้นที่ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า กิจกรรมที่มีการดำเนินการบูรณาการร่วมกัน ได้แก่ โครงการ DSPM ปี 2561 - 2563 ครอบคลุมเด็กอายุ 0-6 ปี ดำเนินการผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 ตัวชี้วัด ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 94.38 (เป้าหมายร้อยละ 90) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรก ร้อยละ 26.86 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 93.57 (เป้าหมายร้อยละ 90) ไม่พบข้อมูลการจัดทำหลักสูตรแกนกลางในการอบรมบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2562)

2) **กระทรวงมหาดไทย** จากข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ยังไม่พบข้อมูลการดำเนินงานโครงการบูรณาการตามตัวชี้วัดที่ 4 ครอบคลุมอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง โดยพิจารณารายการการพัฒนาสตรีและการพัฒนาครอบครัวมีความต่อเนื่อง มีการประเมินองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสตรีและการพัฒนาครอบครัวอบอุ่น (พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร และคณะ, 2563)

3) **กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์** มีบทบาทในการสนับสนุนองค์ความรู้และทรัพยากรติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยของจังหวัด จัดทำรายงานสถานการณ์เด็กปฐมวัยจังหวัด และรายงานผลต่อคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ โดยบทบาทหน้าที่ในการทำงาน ยังไม่สามารถบูรณาการกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ (พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร และคณะ, 2564)

4) **กระทรวงศึกษาธิการ** ดำเนินงานการบูรณาการกิจกรรมร่วมกันใน 4 กระทรวง ได้แก่ การจัดหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย การคัดเลือกและสนับสนุนการใช้ทันและสื่ออื่นๆ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมจริยธรรม การส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัย การส่งเสริมสภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย การให้ความรู้ครอบครัวศึกษาแก่พ่อแม่ อย่างไรก็ตาม ไม่พบรายงานการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ในพื้นที่ (พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร และคณะ, 2564)

### 2.1.3 แนวโน้มของปัญหาในอนาคต

จากข้อมูลเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการปฐมวัยอายุ 3-5 ปี (กรมอนามัย, 2564) พบว่าเป้าหมายการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 1,515,545 ราย คัดกรองได้ร้อยละ 88.8 พบพัฒนาการเด็กสมวัย ร้อยละ 72 และสงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 28 ซึ่งในจำนวนที่สงสัยล่าช้าได้มีการส่งต่อไปกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99 และเด็กปฐมวัยได้รับการประเมินการเจริญเติบโตจากการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว ส่วนสูง เพียงร้อยละ 78.10 และไม่ได้รับการประเมินมากถึงร้อยละ 21.90 นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS6) พบเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.30 (ไม่เกินร้อยละ 13.00) มีภาวะผอมร้อยละ 7.70 (ไม่เกินร้อยละ 5.50) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนร้อยละ 6.00 (ไม่เกิน ร้อยละ 9.50) ด้านโอกาสทางการศึกษาของเด็กปฐมวัย จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการในปี 2562 พบว่าในเด็กอายุ 3 ขวบทั้งหมด 741,003 คน มีเด็กที่ไม่ได้เข้าเรียนประมาณ 70,000 กว่าคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 **จากปัญหาของเด็กปฐมวัยที่เพิ่มขึ้นและไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าต้องให้ความสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัย กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย (พ.ศ. 2564-2570) และกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการขับเคลื่อนในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเด็กปฐมวัยดังกล่าว จะทำให้มีกลไกการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยและเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไป**

## 2.1.4 ผลกระทบจากการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

การพัฒนามนุษย์ให้เติบโตเต็มตามศักยภาพเป็นผลเมื่อกคุณภาพของประเทศในอนาคต หากเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขให้พัฒนาการกลับมาสมวัย จะทำให้ประเทศชาติขาดทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพในอนาคต เกิดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

**ระยะสั้น 1) ตัวเด็กเอง** มีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อโรคด้านสมอง เกิดความบกพร่องของสติปัญญา สมาธิสั้น บกพร่องด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่นร่วมกับการเข้าใจอารมณ์ที่เรียกว่าออทิสติก รวมถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ความซึมเศร้า ก้าวร้าว ฉุนเฉียว มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อเกร็งที่เรียกกันว่าซีพี โรคลมชัก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดโรคทางร่างกาย เด็กเกิดภาวะอ้วน เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง และยิ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ในระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ ทำให้อนอนหลับไม่เพียงพอ กระทบต่อการเรียนของเด็กด้วยเช่นกัน ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ รวมไปถึงผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น การถูกเพื่อนล้อเรื่องรูปลักษณ์ เกิดความเครียดและอาจเป็นโรคทางจิตเวชได้ (รามาชานแนล, 2563) เมื่อเจริญเติบโตก็จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อหัวจำนวนเพิ่มขึ้น **2) ครอบครัว** เมื่อเด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย ครอบครัวต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เวลาในการดูแลเด็ก มีเวลาในการประกอบอาชีพน้อยลง ก็จะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย นอกจากนี้ยังต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหารเพื่อใช้ในการรักษาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าเป็นการแก่ครอบครัวอย่างมาก

**ระยะยาว 1) หัวหน้าครอบครัว** ที่มีการศึกษาต่ำหรือไม่มีการศึกษาส่งผลต่อความยากจนในเด็ก **2) ครอบครัวยากจน** เกิดความขัดสนในการจัดการเรียนรู้ในช่วงปฐมวัย การดูแลและการป้องกันสุขภาพ รวมทั้งเกิดภาวะทุพโภชนาการ **3) ประเทศชาติ** ประเทศชาติพลเมืองที่มีศักยภาพในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และความสามารถในการแข่งขันกับประเทศต่างๆ และจากข้อมูลโปรแกรมประเมินสมรรถนะนักเรียนมาตรฐานสากล (Programmed for International Student Assessment หรือ PISA) ริเริ่มโดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD) สำหรับประเมินคุณภาพของระบบการศึกษาในการเตรียมความพร้อมให้เยาวชนมีศักยภาพหรือความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลง ประเมินนักเรียนไทยอายุ 15 ปี พบว่านักเรียนไทยมีคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้าน (การอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศสมาชิก OECD เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมิน PISA 2015 กับ PISA 2018 พบว่า ด้านการอ่านมีคะแนนลดลงประมาณ 16 คะแนน ส่วนด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์มีคะแนนเพิ่มขึ้นประมาณ 3 คะแนน และ 4 คะแนน ตามลำดับ (ผลการประเมิน PISA 2018,2563)



## 2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

### 2.2.1 หลักการและแนวทางคิดที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับประเด็นการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ด้าน สาธารณสุข ว่าด้วย Promotion & Prevention Excellence การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ เพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย รวมทั้งเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนการปฏิรูปประเทศ และนโยบายรัฐบาล ได้ถูกถ่ายระดับสู่การ ดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570 3 ประการ คือ

1) เด็กปฐมวัยทุกคนต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน มีคุณภาพ ตามศักยภาพ ตามวัย และต่อเนื่อง  
 2) การพัฒนาเด็ก ต้องจัดให้เป็นระบบและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยบูรณาการชัดเจนระหว่าง หน่วยงานราชการและที่ไม่ใช่ราชการ ระหว่างวิชาชีพที่สัมพันธ์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัย และระหว่างระดับต่าง ๆ จากระดับชาติ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น และ

3) รัฐและทุกภาคส่วนต้องร่วมกันระดมทรัพยากรให้เพียงพอแก่การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามนโยบาย กำหนดให้มียุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย และกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ 7 ยุทธศาสตร์ คือ

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การจัดและการให้บริการแก่เด็กปฐมวัย
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบและกลไกการบูรณาการสารสนเทศเด็กปฐมวัยและการนำไปใช้ประโยชน์
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การจัดทำและปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยและดำเนินการตามกฎหมาย
- ยุทธศาสตร์ที่ 6 การวิจัยพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้
- ยุทธศาสตร์ที่ 7 การบริหารจัดการ การสร้างกลไกการประสานการดำเนินงาน การติดตาม และประเมินผล

โดยมีการจัดทำแนวทางการบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงในการดูแลกลุ่มเด็กปฐมวัยภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย 4 กระทรวง คือ **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** ทำหน้าที่ คัดกรองพิทักษ์สิทธิเด็กและเยาวชน ส่งเสริมสวัสดิการเด็กและครอบครัว **กระทรวงมหาดไทย** ทำหน้าที่พัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนท้องถิ่นให้จัดการศึกษาและจัดการด้านอาหาร โภชนาการได้อย่างมีมาตรฐาน **กระทรวง สาธารณสุข** ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและออกแบบระบบสุขภาพ ให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี ทักษะชีวิต พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น นำไปสู่การมีสุขภาพและผลสัมฤทธิ์ ทางการศึกษาที่ดี และ**กระทรวงศึกษาธิการ** ทำหน้าที่เสริมสร้างโอกาสเข้าถึงบริการทางการศึกษาของประชาชน อย่างทั่วถึงเท่าเทียม โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงในการดูแลกลุ่มเด็กปฐมวัย ดังภาพที่ 9



### ภาพที่ 9 การบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงภายใต้คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ปี 2562

และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงในการดูแลเด็กปฐมวัย พบปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 พบว่า การมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครองในปัจจุบัน ไม่มีเวลา ขาดความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแลเลี้ยงดูเด็กตามความต้องการและกระตุ้นพัฒนาการตามวัย รวมทั้งขาดความเข้าใจในการเข้าถึงการใช้บริการของเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ การทำงานร่วมกันของบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา เพื่อประสานการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่นให้สามารถพัฒนาเด็กแบบองค์รวม สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น วัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ช่วยเหลือเด็กอย่างทันที่หากพบความผิดปกติ ขาดการประสานงานอย่างเป็นระบบของกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องด้านปฐมวัย คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ

2. การดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 โดยการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับชาติด้านเด็กปฐมวัยอีกคณะหนึ่ง คือ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) ซึ่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีหน้าที่เสนอนโยบายและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี รวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน วิเคราะห์สถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชนของประเทศ โครงการสำคัญที่เป็นผลจากการพิจารณาของ กดยช. ตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เสนอ คือ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต่อเนื่อง เพื่อเป็นหลักประกันสิทธิขั้นพื้นฐาน ลดความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งคุ้มครองเด็กแรกเกิดและเด็กปฐมวัยให้ได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพบว่ายังบูรณาการงานไม่ถึงระดับพื้นที่ โดยเฉพาะความคลอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนหรือเงินอุดหนุนภาครัฐ

3. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (พ.ศ. 2561 – 2580) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยได้รับการเอาใจใส่จากหลายภาคส่วน แต่ปัจจุบันยังพบปัญหาทุพโภชนาการสองด้าน ได้แก่ ภาวะโภชนาการขาด เช่น การที่เด็กปฐมวัยป่วยอันมีผลจากการไม่ได้รับ

สารอาหารที่ครบถ้วน การขาดไอโอดีน น้ำหนักไม่อยู่ในเกณฑ์ และสูงไม่สมส่วนตามเกณฑ์ (เตี้ย แคระแกร็น) และภาวะน้ำหนักเกิน เช่น การที่เด็กป่วยจากภาวะอ้วนและโรคข้างเคียง รวมถึงการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังรอการแก้ไข

4. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาการเรียนรู้ (พ.ศ. 2561 – 2580) ยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการปฐมวัยและความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการจัดบริการ ซึ่งจากผลการประเมินคุณภาพภายนอก รอบที่สาม (พ.ศ. 2554 - 2558) ของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กในภาพรวมทุกตัวบ่งชี้ อยู่ในระดับพอใช้ และมีศูนย์พัฒนาเด็กที่ต้องปรับปรุง และต้องปรับปรุงเร่งด่วน ร้อยละ 10.78 หรือ 2,266 แห่ง จาก 21,036 แห่ง

5. แผนการปฏิรูปประเทศด้านการศึกษา ยังขาดการจัดประสบการณ์และการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยที่เชื่อมต่อไปยังระดับประถมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีประสิทธิภาพ ในปี 2561 ยังมีเด็กอายุ 2-5 ปี ประมาณ ร้อยละ 13.34 (ประมาณ 4.1 แสนคน) ที่ไม่ได้เข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะในพื้นที่แนวตะเข็บชายแดน พบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยปัญหาด้านสิทธิตามกฎหมายและการพิสูจน์สถานะบุคคลเพื่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัญหายาวนานและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาวหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

6. ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) แม้ว่าจะมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) ซึ่งเป็นกลไกหลักที่รัฐบาลใช้เพื่อบูรณาการดำเนินงานของ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ มีเจตจำนงที่จะส่งเสริมความร่วมมือระหว่างกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) โดยร่วมกันผลักดันในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังคงพบว่าเมื่อถ่ายถอดลงสู่การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กก็ยังคงพบในระดับปฏิบัติการยังขาดการบูรณาการและความร่วมมือของชุมชนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

7. การจัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570 ต้องจัดให้เป็นระบบและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยบูรณาการชัดเจนระหว่างหน่วยงานราชการและที่ไม่ใช่ราชการ ระหว่างวิชาชีพที่สัมพันธ์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัย และระหว่างระดับต่างๆ ของการบริหารราชการแผ่นดินจากระดับชาติ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น รวมทั้งรัฐและทุกภาคส่วนต้องร่วมกันระดมทรัพยากรให้เพียงพอสำหรับการพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่ยังคงพบว่ามีฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย ยังขาดการจัดการระบบฐานข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเดียวกันและนำข้อมูลไปใช้วางแผนร่วมกัน อีกทั้งหลักประกันสิทธิขั้นพื้นฐาน ลดความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งคุ้มครองเด็กแรกเกิดและเด็กปฐมวัย ให้ได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดียังไม่เพียงพอ โดยการให้เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดในครอบครัวที่ยากจน หรือเสี่ยงจนเป็นรายเดือนจำนวน 600 บาท จนกระทั่งบุตรอายุ 6 ปี

## 2.2.2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากปัญหาที่พบ ภายใต้การดำเนินงานแผนงานประเด็นการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ จะเห็นได้ว่า การบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการทำงานที่เชื่อมโยงกันต่างคนต่างดำเนินงานในส่วนตัวชีวิตที่ตนเองรับผิดชอบ รวมทั้ง การเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เฉพาะหน่วยงานของตนเอง แยกเป็นฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ไม่มีจัดเก็บข้อมูลและใช้ข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน อีกทั้ง การนำนโยบายระดับประเทศ จากส่วนกลางที่มีการบูรณาการกันและถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ไม่สามารถนำมาใช้ขับเคลื่อนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจากการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบอำเภोजังหวัด จะพบปัญหา คือ ไม่มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการบูรณาการกิจกรรมในพื้นที่ร่วมกันของ 4 กระทรวง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังคงทำงานตามคำสั่งบนลงล่าง แต่ขาดการประสานงานในแนวราบระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ตลอดจน ยังมีปัญหาเด็กไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกคน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การคัดกรองเด็กที่มีภาวะเสี่ยงยังไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อคัดกรองเด็กปฐมวัยแล้วผู้ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามไม่ครบตามเป้าหมาย รวมถึงการส่งต่อเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง เด็กปฐมวัยมีปัญหาความยากจนยังไม่ได้รับการช่วยเหลือสวัสดิการครอบคลุม และผู้ปกครองมีเวลาเอาใจใส่เลี้ยงดูเด็กน้อยลง ซึ่งสรุปสภาพปัญหาเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น คือ

### 1. ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)

ปัญหาด้านข้อมูลเด็กปฐมวัย พบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยยังขาดการจัดการกับระบบฐานข้อมูล (Big Data) และนำฐานข้อมูลไปใช้ในการวางแผนที่สำคัญหลายประการ อาทิ สุขภาวะรอบด้าน (พัฒนาการทางกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และสมอง) ข้อมูลด้านความต้องการพิเศษ หรือภาวะเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Children at Risk) ข้อมูลจำนวนเด็กที่มีผู้ดูแลและให้การศึกษา ฯลฯ และยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบร่วมกันเพื่อสามารถใช้วางแผนพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลเด็กของตำบลยังไม่มีฐานข้อมูลภาพรวมของตำบล มีเพียงข้อมูลตามภารกิจของหน่วยงานที่รับผิดชอบเท่านั้น แต่ละหน่วยงานไม่มีข้อมูลในภาพรวมที่จะสามารถใช้ร่วมกันได้ ทำให้การจัดการให้บริการไม่ครอบคลุมตามสิทธิเด็ก การจัดทำฐานข้อมูลของเด็กนั้น ต้องนำข้อมูลของแต่ละหน่วยงานมาบูรณาการกันเพื่อให้สามารถจัดบริการได้ตามปัญหาและความต้องการของเด็กทุกคน เริ่มตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้สำรวจข้อมูลให้ครอบคลุมกลุ่มเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ

### 2. กองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย

ยังพบปัญหาเรื่องความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาการลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนทารกแรกเกิดในจังหวัดอำเภोजังหวัด ซึ่งรัฐบาลให้เงินอุดหนุนรายละ 600 บาทต่อเดือน ในเด็ก 36 คน พบว่า ลงทะเบียนแล้ว ได้รับเงินบ้างแล้ว มากที่สุด ร้อยละ 63.89 ยังไม่ได้ลงทะเบียน ไม่รู้ว่ามีโครงการนี้ ร้อยละ 13.89 และเด็กปฐมวัยไม่ได้รับสิทธิ์ 84 คน จากเด็กปฐมวัย 261 คน คิดเป็นร้อยละ 24.35 (พรพัทธ์ สุร่าไพณิพร และคณะ, 2563) การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัยที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตรมีโอกาสได้รับการคัดกรองพัฒนาการมากกว่าเด็กปฐมวัยทั่วไป แสดงให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตรสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าเด็กทั่วไป ทั้งนี้ ภาครัฐควรให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตรให้ครอบคลุมทุกครอบครัว และเพิ่มจำนวนเงินอุดหนุนมากขึ้น ปัจจุบันให้ 600 บาทต่อเดือน ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.15 - 0.33 ต่อ GDP (ฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ณ วันที่ 15 มีนาคม 2564)

### 3. การมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในพื้นที่ ขาดการบูรณาการทำงานร่วมกันของเครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน โดยการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของแต่ละกระทรวงที่ผ่านมายังไม่สามารถมีกิจกรรมการดำเนินการแบบบูรณาการที่เป็นรูปธรรมที่สามารถวัดและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมและผลกระทบจากการดำเนินการได้ รวมถึงการดึงครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ

### 4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

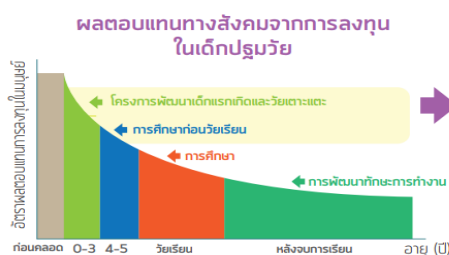
เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่ต้องจัดการเรียนรู้โดยผ่านการเล่น ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมทักษะทางปัญญาของเด็กอย่างเต็มที่ แต่พบว่าที่ผ่านมากการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กยังไม่เหมาะสม ไม่สนับสนุนการเรียนรู้ ทั้งนี้ครอบครัวที่ดูแลเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนและชุมชน ต้องจัดมุมเล่นที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ทั้งด้านร่างกาย การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็ก การเคลื่อนไหวของเด็ก การส่งเสริมสติปัญญา การเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา การช่วยเหลือตนเองและสังคม การส่งเสริมการคิดเชิงบวกสำหรับเด็ก และการส่งเสริมทักษะการคิดต่างๆ ของเด็ก

## 2.2.3 ความจำเป็นในการแก้ไข

ปัญหาของเด็กไทยมีหลากหลายมิติ ตั้งแต่การเกิดที่น้อยลง เกิดแล้วไม่มีคุณภาพ การเลี้ยงดูส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ เตี้ย แคระแกร็น อ้วน พัฒนาการล่าช้า รวมทั้งการคิดเชิงบริหารต่ำ ร้อยละ 30 ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า “เป็นภาวะวิกฤติของเด็กไทย” ที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปี ซึ่งการพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นรากฐานสำคัญของการลงทุนที่จะทำให้ได้รับผลตอบแทนสูงสุด ช่วยเพิ่มผลิตภาพของการลงทุนในช่วงระยะเวลาถัดไป Benjamin S. Bloom เชื่อว่าสติปัญญาของมนุษย์มากกว่า 3 ใน 4 จะได้รับการพัฒนาในวัยเด็ก ซึ่งหากไม่ได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ความสามารถในการเรียนรู้อาจถูกยับยั้ง และสิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญทำให้พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กชะงักงันหรือเพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะในระยะ 6 ปีแรกของชีวิต และ James J. Heckman จาก University of Chicago ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการพัฒนาเด็กปฐมวัยภายใต้โครงการ Perry Preschool พบว่า การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยจะให้อัตราผลตอบแทนมากถึงร้อยละ 7 - 10 และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ทั้งด้านอาหารและการดูแลสุขภาพในช่วงแรกของชีวิตจะมีความแข็งแรงทางกายภาพ ความฉลาดทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีกว่า อีกทั้ง งานวิจัยล่าสุดในปี 2559 พบว่า การลงทุนในเด็กปฐมวัย 3 - 5 ปีแรก จะได้รับผลตอบแทนมากถึงร้อยละ 13 ดังภาพที่ 10

## “ 3 ใน 4 คน ของเด็กไทยอายุ 3-5 ปี ได้เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย (ระดับก่อนประถมศึกษา) ”

การศึกษาปฐมวัยเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาว การลงทุนด้านงบประมาณกับการศึกษาและสุขภาพของเด็กในวัยนี้ให้ผลตอบแทนกลับคืนต่อสังคมมากถึง 7.3 เท่า



ลงทุน ผลตอบแทนทางสังคมตลอดช่วงชีวิต (Life cycle benefits)

1 บาท → 7.3 บาท

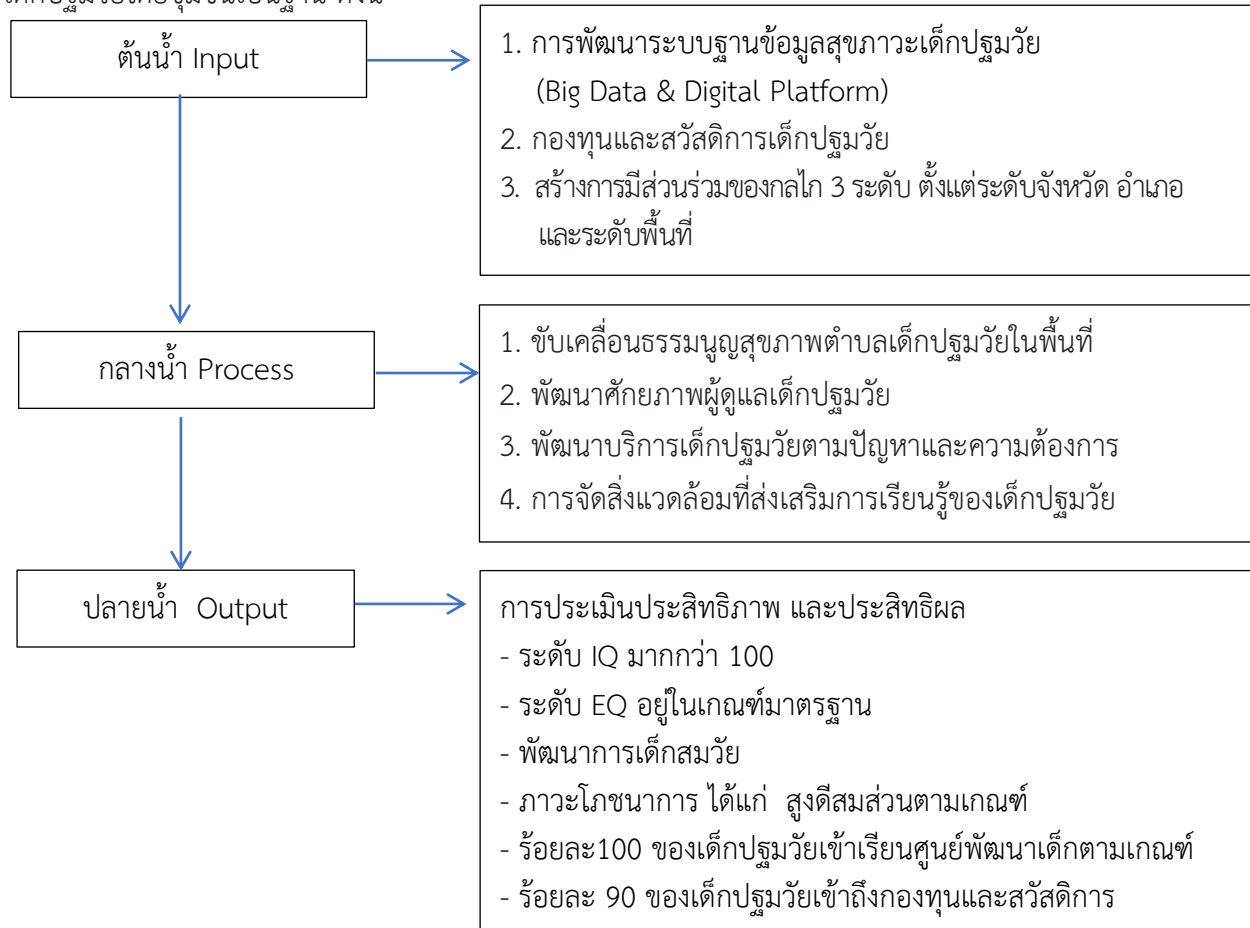
(หรืออัตราผลตอบแทนร้อยละ 13.7% ต่อปี)

การศึกษาล่าสุดในปี 2559 พบว่าการลงทุนนี้ (เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยวัยเตาะแตะ) ให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าการลงทุนในการศึกษาในระดับก่อนวัยเรียน (3-4 ปี) ซึ่งให้อัตราผลตอบแทนร้อยละ 7-10 ต่อปี ซึ่งก็ไม่นับรวมอยู่แล้ว โดยผลตอบแทนจะสูงมากในกลุ่มเด็กที่มาจากครอบครัวด้อยโอกาส

ภาพที่ 10 ผลตอบแทนทางสังคมการลงทุนในเด็กปฐมวัย

## 2.2.4 ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน

ผู้จัดทำรายงานจึงได้มีการกำหนดข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน ดังนี้



มีรายละเอียดของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน คือ

### ต้นน้ำ Input

#### 1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)

##### กลยุทธ์การขับเคลื่อน

**เป้าประสงค์ :** จัดการกับระบบฐานข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเดียวกันและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนในระดับประเทศร่วมกัน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ ตลอดจนพื้นที่ ได้แก่ ชุมชน

**ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่** หน่วยงานหลัก Data Operation คือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับเขต คือ ศูนย์อนามัย และหน่วยงานเก็บข้อมูลพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้นำหมู่บ้านและแกนนำ

**ปัจจัยความสำเร็จ** มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันทุกปี มีการใช้ข้อมูลร่วมกันและติดตามข้อมูลให้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ เสนอรัฐมนตรีในเวทีคณะกรรมการเด็กปฐมวัยแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** กลยุทธ์การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ :</b> จัดการกับระบบฐานข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเดียวกันและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนร่วมกันระดับประเทศ	<b>ต้นน้ำ :</b> การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)	<b>หน่วยงานหลัก</b> 1.กรมอนามัย <b>หน่วยงานระดับเขต</b> - ศูนย์อนามัย <b>หน่วยงานเก็บข้อมูลพื้นที่</b> 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ 3) องค์การส่วนท้องถิ่นจังหวัด 4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5) ผู้นำหมู่บ้านและแกนนำ	1.มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันทุกปีและมีการใช้ข้อมูลร่วมกัน 2.ติดตามข้อมูลให้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ เสนอรัฐมนตรีในเวทีคณะกรรมการเด็กปฐมวัยแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
<b>1.กระทรวงมหาดไทย</b>			
<b>2.กระทรวงสาธารณสุข</b>			
<b>3.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</b>			
<b>4.กระทรวงศึกษาธิการ</b>			
<b>5.ชุมชน</b>			

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไข** คือ

1) การจัดการกับระบบฐานข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเดียวกัน โดยนำข้อมูลจากหน่วยงานใน 4 กระทรวงหลัก มาจัดทำ Data Catalog พร้อมกำหนดบทบาทของหน่วยงานเก็บข้อมูล ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย โดยองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวนประชากรในครอบครัว รายได้ สิทธิการรับเงินอุดหนุน เบี้ยยังชีพตามสิทธิ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดำเนินการรวบรวมข้อมูลสุขภาพเด็ก 0 - 5 ปี เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง พัฒนาการ IQ EQ โรคประจำตัว วัคซีน ความบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะโภชนาการ และภาวะชืด เป็นต้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้านสวัสดิการ เช่น ข้อมูลกลุ่มพิเศษเปราะบาง การเบิกจ่ายเงินกองทุนอุดหนุนและการรับเงินช่วยเหลือ เป็นต้น กระทรวงศึกษาธิการ โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินการรวบรวมข้อมูลสุขภาพเด็ก 3 - 5 ปี เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง กองทุนสวัสดิการที่ได้รับในโรงเรียน ผลคะแนนระดับ เยาว์ปัญญาและ พัฒนาการ เป็นต้น

2) นำข้อมูลที่ได้นี้มาจัดทำ Data Operation โดยหน่วยงานหลักในการดูแลระบบข้อมูลระดับประเทศ คือ กรมอนามัย หน่วยงานระดับเขต คือ ศูนย์อนามัย มีบทบาทในการดำเนินการทบทวนค่านิยามเด็กปฐมวัย ทบทวนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับว่าด้วยพัฒนาการ การศึกษา สวัสดิการเด็ก ระบบบัญชีข้อมูล (Data Catalog)

รวบรวมข้อมูล (Data Consolidation) พัฒนา API Data ingestion ออกแบบข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเด็กปฐมวัยในระดับประเทศ Big Data & Digital Platform เพื่อนำข้อมูลมาบริหารจัดการในรูปแบบเว็บไซต์บริการข้อมูล อาทิ ระบบ Dashboard ข้อมูลเด็ก แอปพลิเคชันเพื่อตรวจสอบสิทธิ์ของเด็กปฐมวัยหรือภาวะเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Children at Risk) ข้อมูลจำนวนเด็กที่มีผู้ดูแลและให้การศึกษา ข้อมูลครอบครัว และข้อมูลฐานะเศรษฐกิจสังคมของเด็ก ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ครอบครัว และสวัสดิการสำหรับเด็กที่จะใช้ร่วมกัน โดยมีการจัดให้มีการลงทะเบียนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 6 ปีทุกคนผ่านแอปพลิเคชันและการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ

3) จัดทำแผนจัดการความมั่นคงและปลอดภัยของฐานข้อมูล พร้อมกำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงฐานข้อมูลและผู้ใช้งานในแต่ละระดับ

4) เมื่อโปรแกรมการจัดทำฐานข้อมูลเรียบร้อย กำหนดหน่วยงานกรอกข้อมูลเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

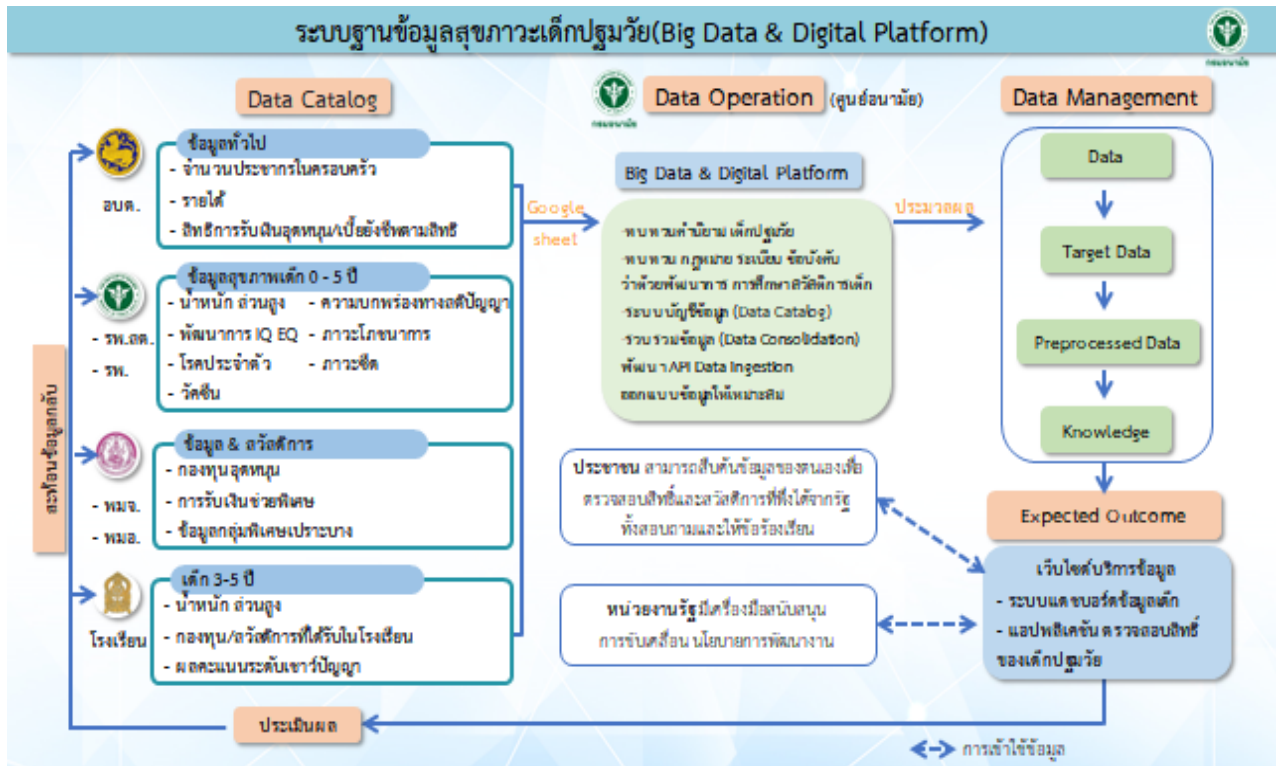
5) นำข้อมูลจากระบบมาประมวลผลเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผ่านเว็บไซต์บริการข้อมูล ระบบ Dashboard ข้อมูลเด็ก และแอปพลิเคชัน ตรวจสอบสิทธิ์ของเด็กปฐมวัย เพื่อให้ภาครัฐที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันเป็นรายบุคคล

6) มีการนำข้อมูลจากการวางแผนไปส่งเสริมพัฒนาสุขภาพของเด็กอย่างเป็นองค์รวม ดำเนินการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพและนำมาปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ

7) มีการประชุมติดตามการนำข้อมูลไปใช้และผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนข้อมูลคืนกลับให้ 4 กระทรวงหลักรับทราบและกำหนดเป็นข้อมูลในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในระดับพื้นที่ ปีละ 2 ครั้ง

ผู้จัดทำรายงานจึงขอสรุปภาพรวมพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform) ดังภาพที่ 11





ภาพที่ 11 ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform)

## 2. กองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย

### กลยุทธ์การขับเคลื่อน

**เป้าประสงค์ :** เกิดความเท่าเทียมและเสมอภาคในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ ผ่านค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน เพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัยสำหรับเด็กปฐมวัย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น และบริหารจัดการค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน

**ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่** หน่วยงานระดับเขต ท้องถิ่นจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานเก็บข้อมูลพื้นที่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ ศูนย์อนามัย และการสำรวจเชิงรุกโดยผู้นำหมู่บ้าน และ อสม.

**ปัจจัยความสำเร็จ** เพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน จัดสวัสดิการให้เด็กครอบคลุมทุกคนจนถึงอายุ 6 ปี ตามฐานข้อมูลที่ได้ในแต่ละพื้นที่ จัดหาแหล่งเงินงบประมาณทั้งในระบบราชการและเอกชน เช่น มูลนิธิต่างๆ หอการค้าจังหวัด และเงินบริจาคเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหา และการติดตามประเมินผลการช่วยเหลือสวัสดิการ ผลที่ได้จากการช่วยเหลือ

ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลยุทธ์ความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
<p><b>เป้าประสงค์ :</b></p> <p>เกิดความเท่าเทียมและเสมอภาคในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพผ่านค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน</p>	<p><b>ต้นน้ำ :</b></p> <p>เพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัยสำหรับเด็กปฐมวัย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าศึกษาเล่าเรียน และบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน</p>	<p><b>หน่วยงานระดับเขต</b></p> <p>ท้องถิ่นจังหวัด</p> <p>อบต. เทศบาล</p> <p><b>หน่วยงานในพื้นที่</b></p> <p>1) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อำเภอก</p> <p>2) ศูนย์อนามัย</p> <p>3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p>4) ผู้นำหมู่บ้าน และ อสม. สสำรวจเชิงรุก</p>	<p>1.เพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย</p> <p>2.วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน</p> <p>3.จัดสวัสดิการให้เด็กครอบคลุมทุกคนจนถึงอายุ 6 ปี ตามฐานข้อมูลที่ได้ในแต่ละพื้นที่</p> <p>4.จัดหาแหล่งเงินงบประมาณทั้งในระบบราชการและเอกชน เช่น มูลนิธิต่างๆ หอการค้าจังหวัดและเงินบริจาคเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหา</p> <p>5.การติดตามประเมินผลการช่วยเหลือสวัสดิการ ผลที่ได้จากการช่วยเหลือ</p>

#### มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไข คือ

1) การเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย โดยการค้นหาเชิงรุกเด็กในชุมชนโดยทีมผู้นำชุมชน อสม. และ รพ.สต. เมื่อได้ข้อมูล นำข้อมูลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งข้อมูลให้ท้องถิ่นดำเนินการ หากเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ ประสานส่งต่อไปยังพัฒนาสังคมจังหวัด

2) วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ค่าเลี้ยงดู ค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษา ภายใต้อายุที่ได้ ส่งข้อมูลให้ท้องถิ่น เทศบาล อบต. และพัฒนาสังคมอำเภอ ร่วมกันดำเนินการจัดหางบประมาณหรือจัดตั้งกองทุนในการแก้ไขปัญหาเด็กยากจน หรืออยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษอย่างทันท่วงทีและต่อเนื่อง

3) ควรจัดสวัสดิการให้เด็กครอบคลุมทุกคนจนถึงอายุ 7 ปี ภายใต้อายุจริงที่ได้จากฐานข้อมูลตามความต้องการและปัญหา ยกตัวอย่างดังนี้

(1) สวัสดิการเด็กแรกเกิด - 1 ปี เพื่อจัดสวัสดิการสำหรับเด็กแรกเกิดจำนวนเงิน 600 บาท/คน

(2) สวัสดิการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 1 - 2 ปี จำนวนเงิน 1,000 บาท/คน/ปี

(3) สวัสดิการเพื่อการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยอายุ 2 - 5 ปี ในเด็กที่เข้าเรียนที่ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนเงิน 1,000 บาท/คน/ปี

(4) สวัสดิการเพื่อการศึกษาที่ต่อเนื่องสำหรับเด็กปฐมวัยอายุ 5 - 6 ปี จำนวนเงิน 500 บาท/คน/ปี ควรจัดสวัสดิการทุกด้าน เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล ให้เด็กทุกคนไม่มีเงื่อนไข

(5) สวัสดิการเด็กปฐมวัยจนถึงอายุ 7 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาเจริญเติบโตของสมองเด็กครอบคลุมทุกคน ผู้บัญญัติกับธนาคารกรุงไทย เพื่อให้เงินช่วยเหลือเด็กปฐมวัยถึงครอบครัวตรงเวลาไม่มีปัญหา

4) การติดตามประเมินผลการช่วยเหลือสวัสดิการ ผลที่ได้จากการช่วยเหลือ เช่น พัฒนาการ เป็นต้น

### 3. สร้างการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับพื้นที่

#### กลยุทธ์การขับเคลื่อน

**เป้าประสงค์ :** ขับเคลื่อนนโยบายและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยสู่การปฏิบัติได้

**ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่** หน่วยงานหลัก คือ ท้องถิ่นจังหวัด อบต. และเทศบาล หน่วยงานร่วมวางแผน ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด ศูนย์อนามัย สำนักงานเขตสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ มูลนิธิเด็กปฐมวัย มูลนิธิพัฒนาเด็ก มหาวิทยาลัยในพื้นที่ แรงงานจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ ศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล รพ.สต. ผู้นำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพ วัด เป็นต้น

**ปัจจัยความสำเร็จ** การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ การใช้ธรรมาภิบาลเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย มีการคัดกรองเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยก่อนเรียน ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริมทักษะสมอง และเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปี รวมทั้งการแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในครอบครัว

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับพื้นที่

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ :</b> <b>ขับเคลื่อนนโยบายและ</b> <b>กลยุทธ์การส่งเสริม</b> <b>สุขภาวะเด็กปฐมวัย</b> <b>สู่การปฏิบัติได้</b>	<b>ต้นน้ำ</b> สร้างการมีส่วนร่วมของ กลไก 3 ระดับ ตั้งแต่ ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับพื้นที่	<b>หน่วยงานหลัก</b> ท้องถิ่นจังหวัด อบต. และเทศบาล <b>หน่วยงานร่วมวางแผน</b> 1.ผู้ว่าราชการจังหวัด 2.ศูนย์อนามัย 3.สำนักงานเขตสุขภาพ 4.สมัชชาสุขภาพ 5.มูลนิธิเด็กปฐมวัย 6.มหาวิทยาลัยในพื้นที่ 7.แรงงานจังหวัด 8.พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดและอำเภอ 9.ศึกษาธิการจังหวัด 10..สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด โรงพยาบาล รพ.สต. 11.ผู้นำหมู่บ้าน 12.แกนนำ 13.วัด 14.มูลนิธิพัฒนาเด็ก	1.นโยบายสาธารณะ 2.ใช้ธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ดูแลคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย 2) รพ.สต. คัดกรองเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแล เด็กปฐมวัยก่อนเรียน ดูแลและ ส่งเสริมพัฒนาการ การส่งเสริม ทักษะสมอง และเด็กปฐมวัยช่วง อายุ 3-5 ปี 4) ศูนย์พัฒนาครอบครัว กระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ ปัญหาเด็กปฐมวัยส่วนหนึ่ง มาจากครอบครัว เช่น การหย่าร้าง เด็กไม่มีผู้ดูแลหลัก ปัญหาความ ยากจน พ่อแม่ต้องประกอบอาชีพ ไม่มีเวลาดูแลเด็กหรือดูแลได้ไม่ เต็มที่ ครอบครัวอ่อนแอ ต้อง พัฒนาศูนย์ครอบครัวเพื่อสร้าง ความอบอุ่นให้เด็กปฐมวัย

## กลางน้ำ Process

### 1. การขับเคลื่อนด้วยธรรมนุญสุภาพตำบลเด็กปฐมวัย ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D

#### กลยุทธ์การขับเคลื่อน

**เป้าประสงค์ :** ขับเคลื่อนนโยบายและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยสู่การปฏิบัติได้โดยการมีส่วนร่วมและชุมชนเป็นฐาน

**ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามปัญหาและความต้องการ 7 กระทรวง ร่วมกับครอบครัว ผู้นำหมู่บ้าน และแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

**ปัจจัยความสำเร็จ** การกำหนดกติกา การใช้ธรรมนุญสุภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยระดับตำบลหรือธรรมนุญสุภาพตำบลเด็กปฐมวัย การพัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย และจัดบริการครอบคลุม ดังแสดงในตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 กลยุทธ์การขับเคลื่อนด้วยธรรมนุญสุภาพตำบลเด็กปฐมวัย ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ :</b> ดำเนินการส่งเสริม สุขภาวะเด็กปฐมวัยสู่การ ปฏิบัติได้ในระดับพื้นที่โดย การมีส่วนร่วมและชุมชน เป็นฐาน	การมีส่วนร่วมของ ชุมชนผ่าน พชอ.	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1.กำหนดกติกา/ธรรมนุญสุภาพในการ ดูแลเด็กปฐมวัยระดับตำบล หรือ ธรรมนุญสุภาพตำบลเด็กปฐมวัย 2.จัดบริการดูแลเด็กแบบองค์รวมโดย ชุมชนมีส่วนร่วม
<b>เป้าประสงค์ :</b> ให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ด้านการส่งเสริมสุขภาวะ เด็ก พัฒนาการเด็ก ทักษะ ทางด้านสมองเด็ก	พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เด็กปฐมวัย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม ปัญหาและความต้องการ 7 กระทรวง	การพัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ปฐมวัย ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ทำงาน รับผิดชอบดูแลเด็กปฐมวัยของหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน
<b>เป้าประสงค์ :</b> ส่งเสริมให้ชุมชนมีการ จัดบริการและให้บริการ เด็กปฐมวัย ที่ตรงปัญหา และความต้องการของ พื้นที่	พัฒนาบริการเด็ก ปฐมวัยตามปัญหา และความต้องการ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม ปัญหาและความต้องการ 7 กระทรวง ร่วมกับครอบครัว ผู้นำ หมู่บ้าน และแกนนำ อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก	จัดบริการครอบคลุม 6 กิจกรรม 1.ฐานข้อมูล 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร 3.พัฒนาระบบบริการ 4.กองทุนและสวัสดิการ 5.การจัดสิ่งแวดล้อม 6.การประเมินผล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไข คือ

**การขับเคลื่อนด้วยธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D**

1) กรมอนามัย และศูนย์อนามัยในพื้นที่นำข้อมูลที่ได้จาก Big Data & Digital Platform มาวิเคราะห์ปัญหาในการทำงานเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยร่วมกัน และวางแผนการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัย โดยมีท่านผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานในการบูรณาการทำงานเด็กปฐมวัยร่วมกัน ทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากร บุคลากร และถ่ายสู่ระดับการปฏิบัติงานระดับอำเภอผ่านคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ แกนนำและประชาชนในพื้นที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย ด้วยธรรมาภิบาลสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4D โดยใช้กลไกประชารัฐ การทำประชาคมหรือประชาวิจารณ์ ร่วมกันกำหนดกติกาชุมชนหรือนโยบายสาธารณะชุมชน ในการจัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน

3) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการมีส่วนร่วมของพื้นที่ ยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น 4D ประกอบด้วย (1) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) จัดทำเมนูอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็ก ไอโอดีนและแคลเซียมสูงให้สอดคล้องกับอาหารท้องถิ่น (2) ด้านพัฒนาการ (Development & Play) ครูผู้ดูแลเด็กสามารถเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ คู่มือเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Developmental Surveillance & Promotion Manual: DSPM) ได้ พร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการเล่นอิสระ (3 F : Family Free Fun) ในเด็กปฐมวัย (3) ด้านทันตสุขภาพ (Dental) เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกคนต้องแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และมีกิจกรรมตรวจประเมินสุขภาพช่องปากเด็ก และ (4) ด้านการป้องกันโรค (Diseases) ครูผู้ดูแลเด็กสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่สะอาดเหมาะสม เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเฉพาะการสอนให้เด็กรู้จักล้างมือ สวมหน้ากาก และจัดกิจกรรมแบบ small group เพื่อลดการสัมผัสโรค

4) การให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการ โดยการเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM

5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนข้อมูลให้กับประชาชนในชุมชนรับทราบปัญหาและร่วมวางแผนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน พร้อมกำหนดกติกาชุมชนหรือนโยบายสาธารณะตำบล

6) มีการประเมินผลและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการนำผลการดำเนินงานปรับปรุงเป็นระยะเพื่อการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

## 2. การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

**กลยุทธ์การขับเคลื่อน**

**เป้าประสงค์ :** การจัดสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่องทุกระดับของเด็กปฐมวัย

**ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่** หน่วยงานระดับเขต คือ เทศบาล และ อบต. หน่วยงานพื้นที่ ศูนย์อนามัย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์พัฒนาเด็กผู้นำหมู่บ้าน แกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามปัญหาและความต้องการ

**ปัจจัยความสำเร็จ** ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยผ่านผู้ปกครอง ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน

ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กลยุทธ์การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
เป้าประสงค์ : การจัดสิ่งแวดล้อมที่ ส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่อง ทุกระดับของเด็กปฐมวัย	การจัดสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ของเด็กปฐมวัย	หน่วยงานระดับเขต เทศบาล อบต. หน่วยงานเก็บข้อมูลพื้นที่ 1) ศูนย์อนามัย 2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์อำเภอ 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) 4) ศูนย์พัฒนาเด็ก/โรงเรียน 5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามปัญหาและ ความต้องการ 6) ผู้นำหมู่บ้านและแกนนำอาสาสมัคร ผู้ดูแลเด็ก	การส่งเสริมการเรียนรู้ เด็กปฐมวัยผ่าน ผู้ปกครอง ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไข คือ

- 1) มีภาครวิเคราะห์ทิศทางร่วมกันในการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กตั้งแต่ที่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน และชุมชน
- 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล คือ บ้านโดยผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยง โรงเรียนโดยครู ผู้อำนวยการ ชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น ส่งเสริมกิจกรรมการเล่นเปลี่ยนโลกในชุมชน หมู่บ้านสามวัย (เด็ก แม่ ผู้สูงอายุ) เพื่อการเล่านิทาน เป็นต้น
- 3) ติดตามประเมินผล กำกับให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

## ปลายน้ำ Output

การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เป้าประสงค์ : การประเมินผล ตลอดจนหาปัจจัยและกระบวนการสร้างเสริมทักษะในการจัดการสุขภาวะ

ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่ หน่วยงานหลัก คือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับเขต ศูนย์อนามัย หน่วยงานพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัด โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมู่บ้านและแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

ปัจจัยความสำเร็จ การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินเสนอผู้บริหารและภาคีที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกรมอนามัย และเผยแพร่สู่สาธารณะ

ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 กลยุทธ์การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่	ปัจจัยความสำเร็จ
<b>เป้าประสงค์ :</b> การประเมินผล ตลอดจน หาปัจจัยและกระบวนการ สร้างเสริมทักษะในการ จัดการสุขภาวะ	<b>ปลายน้ำ</b> - ระดับ IQ มากกว่า 100 - ระดับ EQ อยู่ในเกณฑ์ มาตรฐาน - พัฒนาการเด็กสมวัย - ภาวะโภชนาการ ได้แก่ สูงดีสมส่วนตามเกณฑ์ - ร้อยละ 100 ของเด็ก ปฐมวัยเข้าเรียนศูนย์ พัฒนาเด็กตามเกณฑ์ - ร้อยละ 90 ของเด็ก ปฐมวัยเข้าถึงกองทุน และสวัสดิการ	<b>หน่วยงานหลัก</b> กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข <b>หน่วยงานระดับเขต</b> ศูนย์อนามัย <b>หน่วยงานเก็บข้อมูล            พื้นที่</b> 1) สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดและอำเภอ 3) องค์การส่วน ท้องถิ่นจังหวัด 4) โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5) หมู่บ้านและแกนนำ อาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก	1.การประเมินประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพแผนงานโครงการ อย่างต่อเนื่อง 2.สะท้อนข้อมูลที่ได้จากการ ประเมินเสนอผู้บริหารและภาคีที่ เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เขต สุขภาพ และกรมอนามัย 3.เผยแพร่สู่สาธารณะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไข คือ

1. ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพ แผนงานโครงการความรู้ด้านสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง
2. จัดทำรายงานและสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินเสนอผู้บริหารและภาคีที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด  
เขตสุขภาพ และกรมอนามัย และเผยแพร่สู่สาธารณะ
3. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการเพื่อชี้เป้าและมาตรการ

จากข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้กล่าวมา ผู้จัดทำรายงานจึงขอสรุปภาพรวมแนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน ดังนี้

การบูรณาการ 4 กระทรวงหลัก คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยมุ่งเน้นการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน เพื่อใช้ข้อมูลมาวางแผนการดูแลเด็กในพื้นที่โดยชุมชนเป็นฐาน โดยขับเคลื่อนงานให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและแผนงานการบูรณาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติในพื้นที่เชิงนโยบาย 4 ประเด็น คือ 1) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย (Big Data & Digital Platform) ที่เป็นข้อมูลเดียวกัน โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผล เพื่อเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศต่อคณะรัฐมนตรี ในเวทีคณะกรรมการเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และศูนย์อนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดกรมอนามัย นำข้อมูลที่ได้จาก Big Data & Digital Platform มาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานในพื้นที่ตามสภาพปัญหา ผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด แรงงานจังหวัด ยุติธรรมจังหวัด อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (อว.) เป็นต้น เพื่อวางแผนและจัดทำโครงการการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้ข้อมูลที่ โดยเสนอข้อมูล แผนงานโครงการในเวทีระดับจังหวัด ท่านผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานเพื่อขับเคลื่อนงานสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ใช้กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดเป็นนโยบายหลักในการแก้ไขปัญหาของจังหวัด นำไปสู่การดำเนินงาน **ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย** ด้วยการคืนข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านเวทีประชาคม ประชาวิจารย์ เพื่อกำหนดกติกาชุมชนและนโยบายสาธารณสุขตำบลสำหรับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยเน้นพัฒนาในศูนย์พัฒนาเด็กยกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้วยมาตรการ 4D (Diet/ Development & play/ Dental/ Disease) พร้อมการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน จัดการให้เป็นชุมชน HIC (High Iron & Iodine & Calcium) หรือหมู่บ้านโภชนาการดีเอื้อต่อการพัฒนาไอคิวเด็ก ให้มีการจำหน่ายหรือส่งเสริมอาหารที่มีธาตุเหล็ก ไอโอดีนและแคลเซียมสูง เช่น ขนมผสมตับด ไข่ไอโอดีน หรือจัดกิจกรรมตักบาตรนมของคนในชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชน เป็นต้น รวมทั้ง การจัดเวทีประชุมแผนงานโครงการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่ของ 4 กระทรวง และชุมชนเข้ามาร่วมพัฒนาดำเนินการด้วยชุด 6 กิจกรรม (ฐานข้อมูล พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบบริการ กองทุนและสวัสดิการ การจัดสิ่งแวดล้อม การประเมินผล) ตามบริบทพื้นที่ และการบริหารจัดการสวัสดิการเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย การค้นหาเชิงรุกด้วยแกนนำ ผู้นำชุมชน อสม. นำข้อมูลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งข้อมูลให้ท้องถิ่นดำเนินการ หากเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษประสานส่งต่อไปยังพัฒนาสังคมจังหวัด หรือจัดสวัสดิการให้เด็กครอบคลุมทุกคนจนถึงอายุ 7 ปี ภายใต้ข้อมูลจริงที่ได้จากฐานข้อมูลตามความต้องการและปัญหา ตลอดจนสื่อสารสาธารณะให้ประชาชนรับทราบสิทธิของตน ดังแสดงในภาพที่ 12





ภาพที่ 12 แนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยชุมชนเป็นฐาน

## ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จและแนวทางการบริหารจัดการ

### 1. การบูรณาการเชื่อมโยงแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่

**ความเสี่ยง** การดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานหลายภาคส่วนที่มีบทบาทรับผิดชอบในระดับพื้นที่ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาภัยมีการดำเนินงานร่วมกันน้อย ไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและไม่มีประสิทธิภาพ

#### แนวทางการบริหารจัดการ

- 1) วิเคราะห์บริบท ปัญหาและความต้องการของแต่ละองค์กร นำมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อหาเป้าหมายร่วมกันในการทำงาน
- 2) จัดให้มีการบันทึกข้อตกลงร่วมกันในประเด็นการขับเคลื่อน
- 3) ถ่ายทอดแผนงานในทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน
- 4) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและความสำเร็จเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ได้แก่ ระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน (Small Success)

## 2. ระบบฐานข้อมูล

**ความเสี่ยง** การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในการเป็นเครื่องมือบูรณาการการทำงานร่วมกันภายใต้ข้อมูลของพื้นที่ อาจเกิดความเสี่ยงจากการรวบรวมข้อมูลที่มาจกหลายหน่วยงานหลายแห่ง ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง ไม่ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและขาดความต่อเนื่อง

### แนวทางการบริหารจัดการ

- 1) การบริหารความเสี่ยงโดยการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบกรอกข้อมูลเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในระดับพื้นที่ และหน่วยงานผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลจัดการข้อมูล
- 2) จัดทำแผนจัดการความมั่นคงและปลอดภัยของฐานข้อมูล
- 3) การกำหนดสิทธิในการเข้าถึงฐานข้อมูลและผู้ใช้งานในแต่ละระดับ
- 4) จัดตั้งคณะกรรมการดูแลจัดการข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์เชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

## 3. กองทุนและสวัสดิการเด็กปฐมวัย

**ความเสี่ยง** การเข้าถึงด้านนี้ ยังไม่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป่าหมายและกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

### แนวทางการบริหารจัดการ

- 1) การสื่อสารสาธารณะเรื่องข้อมูลสิทธิประโยชน์ให้ทั่วถึง
- 2) สร้างกลไกและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงกองทุนและสวัสดิการ
- 3) การค้นหาเชิงรุกในพื้นที่และการวางระบบการดูแลส่งต่อ โดยให้คนในชุมชนเข้ามาร่วม เช่น อาสาสมัคร ผู้นำในชุมชน เป็นต้น

## 4. การมีส่วนร่วม

**ความเสี่ยง** การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน โดยเฉพาะภาคประชาชนในชุมชนยังมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง

### แนวทางการบริหารจัดการ

- 1) การดำเนินงานในพื้นที่ต้องสร้างโอกาสและกลไกให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการหรือขั้นตอนร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เช่น เวทีประชาคมหรือเวทีประชาวิจารณ์ เป็นกลไกในการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญห
- 2) ร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขปัญห ติดตามการดำเนินงาน และร่วมรับผลประโยชน์จากการบริหารจัดการผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย
- 3) การส่งต่อข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

## 2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

ภาวะผู้นำเพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอด้านการพัฒนาระบบสุขภาพเด็กปฐมวัย ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันที่เต็มไปด้วยการแข่งขันและการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วรอบทิศทางผู้นำจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนการบริหารการพัฒนาไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยมีรูปแบบผู้นำเพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอต้องประกอบด้วย

1) **ผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง** ปรับเปลี่ยนตนเองและพัฒนาผู้อื่นได้ตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2) **ผู้นำเชิงกลยุทธ์** เป็นผู้นำที่มองการณ์ไกลที่ต้องเกิดขึ้นในองค์กรทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว สามารถปรับกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม ผลักดันองค์กรให้กลายเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (High Performance Organizations (HPO) โดยใช้ PMQA, Benchmarking, Knowledge Management และเป็นผู้นำแบบมุ่งเป้าหมาย การจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยการให้รางวัลจากการบรรลุผลสำเร็จในงาน ผู้นำกระบวนกรไปสู่การเปลี่ยนแปลงมากกว่าความคงที่

3) **ผู้นำแบบดุลยภาพ** มีภาวะผู้นำแบบแบบพินิกกำลัง (Synergistic Leadership) ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม (Ethical Leadership) ภาวะผู้นำดิจิทัล (Digital Leadership) ภาวะผู้นำยอดเยี่ยม (Transcendental Leadership) และภาวะผู้นำแบบสุนทรียสนทนา (Dialogic Leadership)

**และคุณลักษณะของผู้นำเพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอ ดังนี้**

1) **ผู้มีวิสัยทัศน์** ต้องกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ โดยเป็นนักวางแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

2) **ผู้ที่มีศักยภาพ** ในการพัฒนาตนเองและผู้อื่น สร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร โดยเป้าหมายการพัฒนา คือสามารถบูรณาการเชื่อมโยงภารกิจงานทั้งที่งานภายในและภายนอกหน่วยงาน ภายใต้ระบบนิเวศในการทำงานแบบบูรณาการที่สร้างขึ้น

3) **นักกลยุทธ์** ผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง โดยเป้าหมายการพัฒนา เป็นหน่วยงาน digital organization โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการใหม่ๆ มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

4) **นักมนุษยสัมพันธ์** มีทักษะการสื่อสารโน้มน้าวภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อบูรณาการงาน ทรัพยากร สติปัญญาเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์

5) **นักปฏิบัติเพื่อสร้างการเจริญเติบโตให้กับองค์กรอย่างมั่นคงและยั่งยืนต่อไป** การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ โดยเป้าหมายการพัฒนา สื่อสารสร้างระบบการทำงานเพื่อกระตุ้นผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์

### 3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559. ค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2563. เข้าถึงจาก [http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid](http://social.nesdc.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid)
- กรมอนามัย. (2565). เด็กไทย “พัฒนาการสติปัญญา-ภาษาต่ำ” แนะนำพ่อแม่อ่านหนังสือกระตุ้น. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565. เข้าถึงจาก <https://www.bangkokbiznews.com/health/1011991>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565. เข้าถึงจาก <http://healthkpi.dms.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1772>.
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. ( 2559). แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัยและระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนโดยชุมชนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ.
- คณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย. (2564). แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- คณะกรรมการการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการกระทรวงกลุ่มที่ 2. (2562). รายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: มปก.
- พรพักตร์ สุร่าไพนิธิพร และคณะ. (2563). การสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัย ตำบลสร้างนกทา อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ : มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2565). เกิดน้อย-อายุยืน-ขาดแคลนแรงงาน ปัญหาประชากรที่พูดซ้ำๆ แต่ยังไม่แก้. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 . เข้าถึงจาก <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/986691>.
- วารภรณ์ จิตอารี. (2564). การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด – 6 เดือนกรณีศึกษา เด็กอายุแรกเกิด – 6 เดือน จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดเลย และจังหวัดสตูล. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). รายงานสุขภาพคนไทย. นครปฐม : โรงพิมพ์พิมพ์ลักษณ์.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม. (2564). รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กไทย. กรุงเทพฯ. มปท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). ผลสำรวจระดับชาติล่าสุดชี้อัตราการมีบุตรของวัยรุ่นลดลงแต่ภาวะทุพโภชนาการของเด็กและการไม่เรียนต่อระดับมัธยมเพิ่มขึ้นผลสำรวจยังชี้ความเหลื่อมล้ำชัดเจนด้านสุขภาพ การศึกษาและพัฒนาการของเด็ก. ค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565. เข้าถึงจาก [http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/Press\\_Release/2563/P20-10-63.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/Press_Release/2563/P20-10-63.pdf)

## ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

1. ข้อมูลทั่วไป                      ชื่อ นายปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
2. วัน เดือน ปีเกิด                9 มิถุนายน 2515    อายุ 48 ปี    สัญชาติ ไทย    ศาสนา พุทธ  
สถานภาพการสมรส (✓) โสด            ( ) คู่            ( ) หม้าย    ( ) หย่า  
เลขที่บัตรประชาชน 4309900013093
3. ตำแหน่งปัจจุบัน    ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
ดำรงตำแหน่ง    เมื่อวันที่ 5 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563
4. การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ที่ผ่านมา
  - 4.1. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
  - 4.2. ประธานการนิเทศงานคณะที่ 3 ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 10
  - 4.3. โรงพยาบาลสุรินทร์
    - 1) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
    - 2) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้าน Service Plan (CSO)
    - 3) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการตรวจสอบภายใน (Chief Internal Audit: CIA)
    - 4) ประธาน Service Plan สาขาโรคไต เขตสุขภาพที่ 9
    - 5) ประธานดำเนินงานสาขาโรคไม่ติดต่อ NCD (DM /HT) ระดับจังหวัด
    - 6) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
    - 7) หัวหน้าศูนย์รับบริจาคอวัยวะผู้ป่วยสมองตาย โรงพยาบาลสุรินทร์
    - 8) ประธาน Service plan สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
5. ที่อยู่ถาวรที่สามารถติดต่อได้  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ  
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34260  
E-mail [pkt4656@yahoo.com](mailto:pkt4656@yahoo.com) โทรศัพท์ 045 – 251267-9  
โทรสาร 045 – 251270 มือถือ 089 – 4284656
6. ประวัติการศึกษาอบรม (โดยสังเขป)
  - 6.1 ประวัติการศึกษา
    - 1) ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
    - 2) ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
    - 3) วุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
    - 4) วุฒิบัตรอายุรศาสตร์โรคไต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

### ประวัติการเข้ารับการศึกษา/อบรม

- 1) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะ การจัดการกระบวนการ หลักสูตร Q – Program OPE : Organizational Process Excellence รุ่นที่ 4 สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 28 ม.ค. – 28 มี.ค.2556
- 2) อบรมหลักสูตรรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ในสังกัดกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รุ่นที่ 9 ประจำปีงบประมาณ 2558 กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 18 ม.ค. – 19 มิ.ย.2558
- 3) การอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงในระบบเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559 (Leadership For Change : LFC) กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 31 ส.ค.2558 – 1 มิ.ย.2559
- 4) แพทย์รุ่นใหม่ ใฝ่ใจ เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2560 สมาคมเวชสารสนเทศไทย ระหว่างวันที่ 8 พ.ค. – 15 ส.ค.2560
- 5) เศรษฐศาสตร์การลงทุนและจัดการงบลงทุนสำหรับโรงพยาบาล Economic capital for Hospital Management สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย(สนรท.)Thailand Hospital Administrator Association (THAA) ระหว่างวันที่ 11 – 15 ก.ย.2560
- 6) นักบริหารระดับสูงเพื่อการสร้างชาติ (นสข) รุ่นที่ 3 สถาบันการสร้างชาติ (สรสข) Nation – Building Institute (NBI) ระหว่างวันที่ 27 ก.ย.2560 – 31 ม.ค.2561
- 7) การอบรมหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 34 (นบส.รุ่น 34) วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข) ระหว่างวันที่ 17 ธ.ค.2560 – 16 มี.ค.2561
- 8) อบรมการบริหารเศรษฐกิจสาธารณสุขสำหรับนักบริหารระดับสูง (ปศส.19) ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม 2563 - 31 ตุลาคม 2564