

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

เด็กปฐมวัย ในที่นี้หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงก่อนอายุครบ ๖ ปีบริบูรณ์ และหมายรวมถึงทารกในครรภ์มารดา

สุขภาวะเด็กปฐมวัย หมายถึง ภาวะของเด็กปฐมวัยที่สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย หมายถึง กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การจัดการเพื่อมุ่งผลลัพธ์ให้เกิดสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สมบูรณ์เต็มตามศักยภาพ

การบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การเชื่อมประสานพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่ในการทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์สู่การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย

๒. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

ความสำคัญของเด็กปฐมวัย

ในช่วงเวลาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged Society) อย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ ๓๑ (๒๐.๕ ล้านคน) ของประชากรทั้งหมดกรอบนโยบายการขับเคลื่อนประเทศของรัฐบาลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็น Thailand 4.0 อันหมายถึง การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมเพื่อพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศรายได้สูง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพคนไทยให้เติบโตเป็นคนที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ความสามารถมุ่งสร้างการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคม และมีสุขภาพดี หรือคนไทย ๔.๐ พร้อมรับมือกับการแข่งขันทางเศรษฐกิจและแบกรับภาระฟุ้งเฟื่องที่เพิ่มขึ้นได้

เป็นที่ยอมรับสากลว่า การจะพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย อีกทั้งงานวิจัยในต่างประเทศยืนยันว่าการลงทุนเพื่อพัฒนาเด็กถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดที่สุด เพราะจะได้ผลตอบแทนกลับมา ๖.๗-๑๗.๖ เท่าของเงินที่ลงทุน หรือประมาณร้อยละ ๗-๑๐ ต่อปี การลงทุนเพื่อเด็กตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ยิ่งให้ผลคุ้มค่าทั้งนี้ เนื่องจากช่วงปฐมวัย เป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคมที่สำคัญสมองของมนุษย์มีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็วสมองจะเติบโตถึงร้อยละ ๘๐ ของสมองผู้ใหญ่ตั้งแต่ขณะเป็นทารกในครรภ์จนถึงอายุประมาณ ๓ ปี หากเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสมจะเกิดผลกระทบต่อการสร้างเส้นใยประสาท ทำให้สมองพัฒนาไม่เต็มที่ ส่งผลให้ศักยภาพการเรียนรู้ลดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การศึกษาที่ตีพิมพ์ใน The Lancet Series พบว่า ทั่วโลกมีเด็กปฐมวัย ๒๐๐ ล้านคน ที่ไม่สามารถพัฒนาสติปัญญาและอารมณ์ได้เต็มศักยภาพ ด้วยสาเหตุปัจจัยที่ป้องกันได้ ๔ ประการ คือ ๑) ภาวะเตี้ย ๒) การขาดธาตุไอโอดีน ๓) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ ๔) การขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ประกอบด้วยสถานะสุขภาพของมารดา โรคพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิด ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ภาวะโภชนาการของเด็ก ระดับการศึกษาของบิดา มารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว การเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน สถานประกอบกิจการ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และสังคมรอบตัวเด็ก

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์

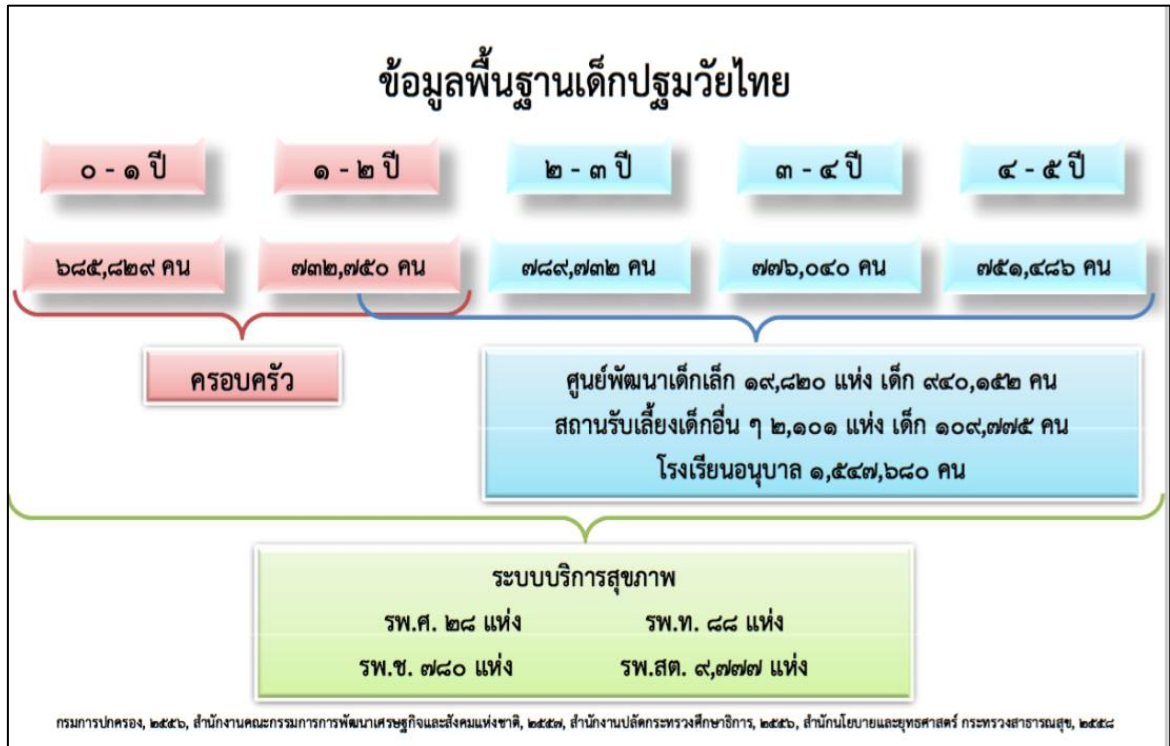
การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยต้องเริ่มตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์ โดยมารดาต้องได้รับการดูแลให้ได้สารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอทั้งจากอาหารและยาบำรุงครรภ์และได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อคัดกรองโรคพันธุกรรมและความผิดปกติ รวมทั้งเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเด็กเกิดจำเป็นต้องได้รับการปกป้องให้อยู่อาศัยในสถานที่ที่สะอาด ปลอดภัย ปราศจากความรุนแรง ได้รับอาหารที่เหมาะสม ซึ่งอาหารที่สำคัญที่สุดในช่วงแรกของชีวิตคือนมแม่ เด็กควรได้กินนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ ๖ เดือน และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุอย่างน้อย ๒ ปี พ่อแม่จำเป็นต้องจัดอาหารให้เหมาะสมกับอายุของเด็กในปริมาณที่เพียงพอและมีความหลากหลาย มารดาให้นมบุตรจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเช่นกัน ในด้านการเลี้ยงดู พ่อแม่ควรมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก อันประกอบด้วย การเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเข้าใจและการฝึกวินัยเชิงบวกการเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นตามวัยกับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูและของเล่นโดยไม่ปล่อยให้เด็กอยู่กับอุปกรณ์สื่อสาร ไอทีและโทรทัศน์ การอ่านหนังสือเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูกับเด็กและเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ด้านภาษาการเฝ้าติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอย่างใกล้ชิด และการจัดเวลาให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผ่านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพอันได้แก่ การจัดอาหารให้มีความหลากหลายการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับเด็กการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ การจัดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก เป็นต้น ที่สำคัญคือการดูแลให้เด็กปฐมวัยในทุกส่วนของสังคมสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะเด็กด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัยของไทย

ในขณะที่ประเทศต้องการเด็กไทยที่พร้อมจะเติบโตเป็นประชากรที่มีศักยภาพสูง แต่อัตราการเกิดที่น้อยลงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้จำนวนเด็กน้อยลง ปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยโดยประมาณ ๔ ล้านคน (รายละเอียดตามรูปที่ ๑) ในเด็กกลุ่มอายุแรกเกิดถึง ๒ ปี ส่วนใหญ่มีพ่อแม่และครอบครัวเป็นผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน ในเด็กกลุ่มอายุ ๒-๕ ปี บางส่วนเข้าสู่ระบบสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของรัฐและ

- 1 เอกชน โดยมีเด็กจำนวน ๙๔๐,๑๕๒ คน เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ๑๙,๘๒๐ แห่งทั่วประเทศ และมี
- 2 บางส่วนยังอยู่กับครอบครัว ในกลุ่มนี้บางส่วนไม่มีโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับวัยคิด
- 3 เป็น ๑๒ % ของเด็กในช่วงอายุ ๒-๕ ปี ที่ไม่ได้รับโอกาสในการเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล
- 4 เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงปฐมวัย



5 รูปที่ ๑ จำนวนเด็กปฐมวัยแยกอายุข้อมูลจากเอกสารการทบทวนด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยสำนักงานกองทุน

6 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๕๕๙

7

8

9 ด้วยจำนวนเด็กที่เกิดน้อยลง การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กแต่ละคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพจึง

10 สำคัญยิ่ง ที่ผ่านมารัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในหลากหลายมิติ หน้าที่การดูแลเด็ก

11 ปฐมวัยได้ถูกจัดสรรให้เป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐอย่างน้อย ๖ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข

12 กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทยกระทรวงแรงงาน

13 และกระทรวงยุติธรรม ทั้งนี้ยังไม่นับรวมหน่วยงานในภาควิชาการและประชาสังคมอีกจำนวนมาก ซึ่งแต่ละ

14 หน่วยงานมีการดำเนินนโยบาย มาตรการ และแผนงานที่หลากหลาย

15

16 **๓. นโยบาย แผนและมาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบัน**

17 ๓.๑ นโยบายและเป้าหมายระดับนานาชาติประเทศไทยให้คำรับรองในพันธสัญญาหรือข้อตกลงร่วม

18 ระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ที่สำคัญมีดังนี้

- 19 ๑) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการด้านสิทธิ
- 20 มนุษยชนแห่งสหประชาชาติ โดยได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ มี
- 21 สาระสำคัญครอบคลุม ๔ เรื่อง ได้แก่ (๑) การห้ามเลือกปฏิบัติต่อเด็ก และการให้ความสำคัญแก่เด็กทุกคน
- 22 อย่างเท่าเทียมกัน (๒) การกระทำหรือดำเนินการทั้งหลายต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นอันดับแรก

1 (๓) สิทธิในการมีชีวิต การอยู่รอดและการพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม และ (๔) สิทธิในการแสดง
2 ความคิดเห็นของเด็ก และการให้ความสำคัญกับความคิดเหล่านั้นอนุสัญญาฉบับนี้เป็นข้อตกลงสากลที่ตอก
3 ย้ำให้เห็นถึงความสำคัญและความเปราะบางของเด็กปฐมวัย ที่ต้องการการปกป้อง ค้ำครอง ดูแลให้มี
4 คุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อการเติบโตเต็มศักยภาพ

5 ๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพองค์การสหประชาชาติได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่
6 ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกผ่าน
7 เจตนารมณ์ทางการเมืองของประเทศสมาชิกร่วมกันในการแก้ไขปัญหาความยากจนและขจัดความเหลื่อมล้ำ
8 ในทุกมิติและรูปแบบ โดยกำหนดให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๗๓ สำคัญของ
9 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มีประเด็นที่เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สำคัญ ได้แก่
10 เป้าหมายที่ ๒ การยุติความหิวโหย สร้างความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการ เป้าหมายที่ ๓ การ
11 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ ๔ การสร้างหลักประกันว่าทุกคน
12 มีโอกาสในการศึกษาที่มีคุณภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และเป้าหมายที่ ๕ การบรรลุความเสมอภาค
13 ระหว่างเพศเป้าหมายทั้งหมดนี้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยผ่านการจัดการปัญหา
14 และสภาพแวดล้อมในหลากหลายมิติ

15 ๓) เป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านโภชนาการ WHA Global Nutrition Targets 2025 ในปี พ.ศ.
16 ๒๕๕๕ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๕ (65th World health assembly) ประเทศสมาชิกองค์การ
17 อนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านโภชนาการร่วมกันว่าจะบรรลุเป้าหมาย ๖ ตัวชีวิต ในปี
18 พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบด้วย ๑) การลดปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ
19 ๑๕-๔๙ ปี) ๒) ลดอัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๓) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
20 ๖ เดือน ๔) ลดปัญหาภาวะเตี้ย ๕) ลดปัญหาภาวะผอม ๖) ลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า
21 ๕ ปี เป้าหมายทั้ง ๖ ตัวชีวิตสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในสตรี
22 ตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

23 ๓.๒ นโยบายและแผนระดับชาติ ประเทศไทยมีกฎหมาย นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนการ
24 ดำเนินงานจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย ที่สำคัญ มีดังนี้

25 ๑) รัฐธรรมนูญ (ร่างฉบับที่ผ่านประชามติ) ร่างรัฐธรรมนูญฯ ฉบับที่ผ่านความเห็นชอบจาก
26 ประชาชนในการประชามติเมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาวะของ
27 เด็กปฐมวัยและสตรีตั้งครรภ์ในฐานะเป็นกลุ่มคนที่อ่อนไหวต่อปัญหาสุขภาพ เห็นได้จากการกำหนดใน
28 มาตรา ๔๘ “สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและ
29 ช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ (วรรคสอง)” และในหมวด ๖ แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา ๗๑ วรรคสาม ซึ่ง
30 กำหนดให้ “รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็กเยาวชนสตรีผู้สูงอายุคนพิการผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถ
31 ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็น
32 ธรรมรวมถึงให้การบำบัดฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว” (วรรคสี่) ข้อกำหนดเหล่านี้สะท้อน
33 ให้เห็นว่า รัฐธรรมนูญฯ (ร่างฉบับที่ผ่านประชามติ) มุ่งเน้นให้รัฐต้องมีแนวนโยบายที่ชัดเจนนอกเหนือจาก
34 การให้สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพที่ได้กำหนดไว้อยู่เดิม เพื่อดูแลมิให้กลุ่มเด็กปฐมวัยและสตรีตั้งครรภ์ต้องถูก

1 ปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลกลุ่มคนด้อยกว่าตามความต้องการตาม
2 สภาพด้วย

3 ๒) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ได้วางกรอบทิศทางการขับเคลื่อนให้ประเทศ
4 ไทยก้าวสู่อนาคตที่พึงประสงค์ในปี พ.ศ. ๒๕๗๙ เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์“ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน
5 เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ประกอบไปด้วย ๖ ด้านหัวใจ
6 สำคัญหนึ่งในหกด้านนั้นคือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนให้มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนา
7 ประเทศ และเป็นคนไทยที่มีความสุข โดยรัฐบาลกำหนดแนวทางการดำเนินงาน มุ่งเน้นการพัฒนาคนตลอด
8 ช่วงชีวิต การยกระดับการศึกษาการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึงการปลูกฝังระเบียบวินัย คุณธรรม
9 จริยธรรม ค่านิยมที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย
10 ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยถือเป็นหัวใจของการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตและการสร้างเสริม
11 ศักยภาพคนให้มีคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

12 ๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ได้จัดทำบนพื้นฐานของ
13 ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมาย
14 การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ โดยทิศทางการ
15 พัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเตรียมความพร้อมและวางรากฐานในการยกระดับประเทศไทยให้เป็น
16 ประเทศพัฒนาแล้ว มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
17 ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา ๑๐ ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือยุทธศาสตร์ การพัฒนาและ
18 เสริมสร้างศักยภาพทุนมนุษย์ ที่มุ่งเน้นการวางรากฐานให้คนไทยเป็นคนที่สมบูรณ์ มีคุณธรรมจริยธรรม มี
19 วินัย ค่านิยมที่ดี มีจิตสาธารณะ และมีความสุข โดยมีสุขภาวะและสุขภาพที่ดี ครอบครัวอบอุ่น ตลอดจนเป็น
20 คนเก่งที่มีทักษะความรู้ความสามารถและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งนี้ ได้ให้ความสำคัญกับ
21 การพัฒนาตั้งแต่เด็กปฐมวัยให้มีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคมเพื่อให้เติบโตเป็นคนที่มี
22 คุณภาพในอนาคต

23 ๔) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ มีสาระสำคัญในการกำหนดวิธีปฏิบัติต่อเด็กเพื่อสวัสดิ
24 ภาพของเด็ก ให้เด็กได้รับการอุปการะเลี้ยงดูเด็ก การสงเคราะห์ การคุ้มครองสวัสดิภาพ และการส่งเสริม
25 ความประพฤติเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และมีพัฒนาการที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกัน
26 ไม่ให้เด็กถูกทารุณกรรม ตกเป็นเหยื่อการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบหรือถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็น
27 ธรรม

28 ๕) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงาน
29 ด้านระบบสุขภาพของประเทศไทยใน ๕-๑๐ ปีข้างหน้า ที่เอื้อต่อการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก
30 ปฐมวัยเนื่องจากให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของทุกคน เรื่องความเป็นธรรมลดความ
31 เหลื่อมล้ำ และเรื่องการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองทางสุขภาพ โดยรวมถึงการจัดการปัจจัยสังคม
32 ที่กำหนดสุขภาพทั้งหมด ซึ่งถือเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาศักยภาพของเด็ก
33 ทุกคน โดยพื้นที่หรือชุมชนสามารถนำธรรมนูญฯ ไปใช้กำหนดภาพพึงประสงค์ด้านสุขภาวะของเด็กปฐมวัยที่
34 สอดคล้องกับวัฒนธรรม ภูมินิเวศและภูมิปัญญาของพื้นที่หรือชุมชนได้

1 ๖) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ สำนักงาน
2 คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ และสำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็ก
3 ปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว ๒๕๔๕-๒๕๕๙ ขึ้นเป็นครั้งแรก และพัฒนาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การ
4 พัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ โดยมุ่งที่จะเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กปฐมวัยก่อนเข้า
5 เรียนในระดับประถมศึกษา ตามนโยบายของรัฐที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยนับตั้งแต่มี
6 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒

7 ๗) แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป็นแผนที่จัดทำขึ้นตามนโยบายรัฐบาล
8 ด้านเด็กปฐมวัย ซึ่งมอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการประสานหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวง
9 สาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และ
10 กระทรวงยุติธรรม จัดทำแผนฯ เพื่อเร่งรัดให้เด็กปฐมวัยทุกคน (เด็กแรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑
11 ครอบคลุมเด็กทั่วไป เด็กด้อยโอกาส เด็กต่างดาวที่อยู่ในประเทศไทย) ได้รับการพัฒนารอบด้านตามวัยอย่าง
12 มีคุณภาพและต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ ๔ ด้านคือ (๑) ให้เด็กทุกคนได้รับบริการในการพัฒนาเต็มศักยภาพ
13 (๒) ให้ไอโอดีน้อยลงเพียงพอ (๓) ให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ (๔) มีกลไกกำกับ
14 ดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะกำหนดให้มีคณะกรรมการติดตามรับผิดชอบในระดับจังหวัด ทั้งนี้
15 ร่างแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำ

16 ๘) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป็นแผนที่จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติ
17 ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชน
18 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ โดยมีเป้าหมายหลักให้เด็กและเยาวชนมีความ
19 มั่นคงในชีวิต มีความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีสำนึกความเป็นพลเมือง กล้า
20 คิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ตามหลักประชาธิปไตย และมีความสุข โดยกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน
21 ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) การสร้างภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิตของเด็กและเยาวชน (๒) การคุ้มครองและพัฒนาเด็ก
22 ที่ต้องการการคุ้มครองเป็นพิเศษและเด็กพิเศษ (๓) ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายให้
23 มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน (๔) การพัฒนาระบบบริหารจัดการในการคุ้มครองและพัฒนาเด็ก
24 และเยาวชนทั้งนี้ได้มีการจัดทำร่างแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ตามกรอบ
25 แนวทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ

26 ๙) ยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์ การเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ
27 หลักการร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-
28 ๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือการคงที่
29 อัตราเจริญพันธุ์ไว้ที่ ๑.๖ และเร่งเพิ่มคุณภาพของเด็กให้สูงขึ้น ผ่าน ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การพัฒนา
30 กฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการพัฒนาบริการสาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการ
31 อย่างเท่าเทียมการพัฒนาระบบจัดสวัสดิการสังคมและการพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคม
32 ยุทธศาสตร์ฯฉบับที่ ๒ นี้ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพของเด็ก
33 สอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์

34 ๑๐) วาระแห่งชาติเรื่องการอ่าน มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้การอ่าน
35 เป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๖๑ เป็นทศวรรษแห่งการอ่าน โดยรัฐบาลมีนโยบาย

1 สำคัญ ได้แก่ นโยบายการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สอง (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๖๑) มุ่งเน้นให้มีการปฏิรูป
2 การศึกษาทั้งระบบ กำหนดวิสัยทัศน์ คนไทยได้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ และนโยบายด้านการสร้าง
3 เสริมการอ่านโดยตรง ซึ่งนโยบายดังกล่าวจะมีส่วนช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมเรื่องการอ่านหนังสือ
4 อันจะส่งผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการทางร่างกายและสมอง รวมทั้งการปลูกฝังจิตสำนึกและทักษะชีวิตผ่าน
5 หนังสือด้วย

6 ๑๑) แผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔
7 กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริม
8 วัฒนธรรมการอ่านและการเรียนรู้ด้วยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เพื่อการ
9 พัฒนาคุณภาพประชากร ผ่านการอ่านและการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรักการอ่าน แสวงหาความรู้
10 อย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และสังคมตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ ปลูกสร้าง
11 พฤติกรรมรักการอ่านที่เข้มแข็ง ให้กับคนทุกช่วงวัยกลยุทธ์ ๑.๑ ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่อ่านกับลูกก่อนวัย
12 เรียนแผนแม่บทดังกล่าวมีความสอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
13 ภายใต้ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

14 ๓.๓ หน่วยงานและมาตรการการดำเนินงานที่ผ่านมาจากนโยบายด้านเด็กปฐมวัยทั้งในระดับ
15 นานาชาติและระดับชาติ นำไปสู่การมีแผนปฏิบัติการและมาตรการสำคัญเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยในประเทศ
16 ไทยจำนวนมาก ที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยอย่าง
17 ต่อเนื่อง โดยสรุปดังนี้

18 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์ของเด็กปฐมวัยในการรับบริการสุขภาพ
19 รวมทั้งกำหนดมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ
20 การให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและเด็ก
21 ปฐมวัย รวมทั้งติดตามและเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กให้สมวัย

22 กระทรวงศึกษาธิการเน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการศึกษาขั้นสูงต่อไป มีการ
23 กำหนดแนวทางการดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จัดหลักสูตรสถานศึกษาและการจัดกระบวนการ
24 เรียนรู้สำหรับเด็กในแต่ละช่วงวัย

25 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เน้นการเตรียมสังคมให้พร้อมเพื่อการพัฒนาเด็ก
26 ปฐมวัยมีการดำเนินนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๒
27 มีนาคม ๒๕๕๙ ให้จ่ายเงินอุดหนุนสำหรับเด็กในครอบครัวที่ยากลำบากตั้งแต่แรกเกิดจนครบอายุ ๓ ปี (๓๖
28 เดือน) เป็นเงินรายละ ๖๐๐ บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายให้เด็ก
29 ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพและเป็นการคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการพื้นฐานที่ทัดเทียมนานาประเทศ

30 กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการ
31 สนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอาหารเสริม (นม) อาหารกลางวัน
32 ค่ารายหัวเกี่ยวกับวัสดุการศึกษา สื่อการเรียนการสอน

33 กระทรวงแรงงานมีมาตรการดูแลศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในสถานประกอบการและดูแลคุณภาพชีวิตของหญิง
34 ตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่ทำงานในสถานประกอบการให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและ
35 สนับสนุนให้สามารถทำงานต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพของตนเองและการเลี้ยงดูบุตรได้

1 นอกจากนี้ หน่วยงานในภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนอีกจำนวนมากได้ให้
2 ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยทั้งในระดับชาติ ระดับ
3 สังคม ระดับชุมชนและระดับครอบครัว

4 5 **๔. ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน**

6 **๔.๑ ปัญหาเด็กปฐมวัยการพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทยถือได้ว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึง**
7 **ประสงค์ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์และวิกฤติการณ์ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กไทย ดังนี้**

8 **๑) ช่วงตั้งครรภ์** โรคขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลต่อระดับสติปัญญา
9 ของเด็ก แม้ว่ารัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก และกรดโฟลิกสำหรับ
10 หญิงตั้งครรภ์ แต่ยังคงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดสารไอโอดีน มีภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ ๒๓.๕ หรือประมาณ
11 ๑.๗ แสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นหญิงไทย
12 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทั้งทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์เองจากข้อมูล
13 ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นสูงถึง ๖๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ

14 **๒) เด็กปฐมวัย** จากการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ทุก ๓ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ จนถึงครั้ง
15 ล่าสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ของกรมอนามัย ยังพบเด็กไทยร้อยละ ๓๐ มีพัฒนาการด้อยกว่าวัย เมื่อพิจารณา
16 พัฒนาการที่ล่าช้ามากที่สุด ยังคงเป็นปัญหาเดิม คือ พัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการเข้าใจภาษา ซึ่ง
17 พัฒนาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางสติปัญญา อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อกระบวนการ
18 เรียนรู้ของเด็ก นอกจากนี้ผลการสำรวจสถานการณ์ไอคิวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ทั่ว
19 ประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต เท่ากับ ๙๙.๕๙ (ค่าเฉลี่ยปกติ ๙๐-๑๐๙) ซึ่งถือเป็นค่าสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์
20 ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ

21 ในช่วง ๑๕ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๙) พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒๕๐๐
22 กรัม ข้างก่อนคางที่ คือ ร้อยละ ๙.๓-๑๑.๔ และพบเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี
23 ๒๕๕๕ และลดลงในปี ๒๕๕๘ โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด คือ ร้อยละ ๑๐.๕ หรือประมาณ ๔.๗
24 แสนคน ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับ
25 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในเด็กอายุ ๑-๕ ปี ได้แก่ ไม่กินอาหารเช้า กินอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3
26 มื้อ ไม่กินผัก ผลไม้ นม ทุกวัน แต่ละวันกินไม่เพียงพอ กินอาหารไม่มีประโยชน์ทุกวัน เช่น ดื่มน้ำอัดลม
27 น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เป็นต้นนอกจากนี้ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย ๖ เดือน
28 แรก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นร้อยละ ๑๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่
29 ยังคงเป็นอัตราที่ต่ำมาก ส่วนข้อมูลการให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่เมื่อเด็กอายุ ๖-๑๑ เดือนนั้น พบว่า
30 ทารกอายุ ๖-๘ เดือน และทารกอายุ ๙-๑๑ เดือน ได้รับอาหารตามวัยไม่เพียงพอถึงร้อยละ ๒๙.๐ และร้อยละ
31 ๒๙.๙ ตามลำดับ

32 **๔.๒ อุปสรรคและข้อจำกัดของครอบครัว ชุมชน และสังคม**จากสถานการณ์ปัญหาเด็กปฐมวัย
33 โดยเฉพาะด้านพัฒนาการและโภชนาการที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าความคาดหวังเกี่ยวกับ
34 คุณภาพของเด็กปฐมวัยไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมากให้
35 ความสำคัญและดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างหรือข้อจำกัด

1 ในการดำเนินงานทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนสังคมและระดับชาติทำให้เด็กปฐมวัยของไทยยังไม่ได้รับการ
2 ดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์ซึ่งช่องว่างดังกล่าวอาจสรุป
3 ได้ดังนี้

4 ๑) ระดับครอบครัวการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในระดับครอบครัวพ่อแม่เป็นผู้มีบทบาท
5 สำคัญที่สุดพ่อแม่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมจาก
6 ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าทั่วประเทศมีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีที่ถูก
7 ทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอร้อยละ ๔.๖ มีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีที่มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย ๓ เล่ม
8 เพียงร้อยละ ๔๒.๗ ทั้งที่หนังสือสำหรับเด็กและการอ่านหนังสือกับเด็กเป็นหนึ่งในแนวทางที่พิสูจน์แล้วว่า
9 ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเสริมทักษะทางการเรียนรู้โดยเฉพาะภาษาข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่าง
10 เล็กน้อยที่อาจสะท้อนให้เห็นว่าความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทยจำเป็นต้องเริ่มสร้าง
11 ที่ครอบครัว ซึ่งครอบครัวไทยในปัจจุบันมีสัดส่วนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นพ่อแม่จำเป็นต้องทำงานนอก
12 บ้านเพื่อหารายได้ให้เพียงพอ และพ่อแม่มีแนวโน้มจะใช้เครื่องมือสื่อสารและไอทีในการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้น
13 ตามเวลาว่างที่มีน้อยลงสิ่งเหล่านี้อาจเกิดจากข้อจำกัดในด้านเวลาองค์ความรู้และค่านิยมสังคมที่เปลี่ยนไป
14 องค์ความรู้หรือแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอ หรือยังไม่ได้
15 รับการสื่อสารไปสู่ครอบครัวอย่างทั่วถึง รวมทั้งองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัยต่อสถานการณ์ทางสังคมที่
16 เปลี่ยนแปลงไปจำเป็นต้องได้รับการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม

17 ๒) ระดับชุมชนและสังคมชุมชนและสังคมรอบด้านมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของ
18 เด็กเพราะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของเด็ก จากข้อมูลที่พบปัญหาเรื่องสถานะ
19 ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และเด็กทั้งปัญหาเรื่องภาวะโลหิตจาง ภาวะเด็กเตี้ยอ้วน สะท้อนให้เห็นถึง
20 ช่องว่างในการให้บริการสุขภาพและคำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของครอบครัวผ่านบุคลากร
21 สาธารณสุขทั้งในระดับชุมชนและระดับนโยบาย และอาจเกี่ยวพันถึงการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน
22 ด้านการจัดอาหาร การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้สำหรับเด็กในศูนย์ฯ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีอุปกรณ์
23 และสถานที่ปลอดภัยและเหมาะสำหรับการเล่นของเด็กในชุมชนนอกจากนี้สวัสดิการขั้นพื้นฐานในด้านอื่นที่
24 ควรมีในชุมชนสำหรับเด็กทุกคน อาจยังมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ตามงบประมาณและการบริหารจัดการ
25 และการอาจไม่ครอบคลุมเด็กในกลุ่มที่ด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบากด้วยข้อจำกัดเรื่องการ
26 เข้าถึงข้อมูลของเด็กและครอบครัวรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างครอบครัวหน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์
27 พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน

28 ๓) ระดับนโยบายภาพรวมการดำเนินงานที่ผ่านมา หน่วยงานต่างทำงานตามภารกิจโดยใช้กรอบ
29 นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยเหมือนกัน แต่การดำเนินงานขาดการเชื่อมประสาน
30 ระหว่างหน่วยงาน กลายเป็นช่องว่างของระบบและกลไกในการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง เห็นตัวอย่างได้
31 จากการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒
32 พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ ทั้ง ๓ ยุทธศาสตร์ ในช่วงครึ่งแผนฯพบว่า การทำงานในทุกยุทธศาสตร์ ทั้ง การ
33 ส่งเสริมพ่อแม่ผู้เกี่ยวข้อง และ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่สำเร็จเชิงปริมาณ
34 ครอบคลุมหลายหน่วยงานและสามารถดำเนินการเปิดเสร็จได้ในหน่วยงานตนเอง แต่การดำเนินงานเชิง

1 ระบบและอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย มักไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่สามารถบูรณาการ เชื่อมโยง หรือ
2 ขยายผลยังต้องเร่งรัดและพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อยอดและมีความยั่งยืนในการทำงาน

3 อีกตัวอย่างที่ช่วยยืนยันช่องว่างเรื่องการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานได้ดี คือ การกำหนด
4 นิยามคำว่า เด็กปฐมวัย ที่แตกต่างกัน อาทิ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะ
5 ยาว พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ และกระทรวงสาธารณสุข ให้คำนิยามเด็กปฐมวัยหมายถึง เด็กตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึง
6 อายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน หรืออายุต่ำกว่า ๖ ปี ขณะที่แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๕๕-
7 ๒๕๕๙ ให้คำนิยาม ไว้ว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑ ครอบคลุม
8 เด็กทั่วไป เด็กด้อยโอกาส เด็กพิการ รวมถึงเด็กต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยทั้งนี้ เป็นผลมาจากการให้
9 ความสำคัญและการวางกรอบแนวคิดในการทำงานเพื่อเด็กปฐมวัยผ่านบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ต่างกัน

10 รัฐบาลเล็งเห็นช่องว่างที่ไม่มีหน่วยงานใดเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน จึงมีความพยายามสร้าง
11 กลไกในการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านการแต่งตั้ง
12 คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ
13 (กดยช.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาด้านเด็กปฐมวัยโดยมีนายกรัฐมนตรี
14 เป็นประธานทั้งสองคณะ และมีแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัยและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน
15 แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้ผ่าน
16 กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการระดับชาติทั้ง
17 สองชุดจะมีผู้แทนจากหน่วยงานทุกภาคส่วน แต่ในทางปฏิบัติ การดำเนินการของแต่ละหน่วยงานยังมี
18 ลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวม ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ส่งผลให้
19 การทำงานเพื่อการส่งเสริมเด็กปฐมวัยประสบความสำเร็จเฉพาะตามภารกิจของแต่ละหน่วยงานแต่ยังขาด
20 ประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยให้บรรลุตามเป้าหมาย

21 ๔.๓ สิ่งที่คาดหวังในอนาคต

22 ๑) องค์ความรู้และการวิจัยในด้านการวิจัยและพัฒนาแม้ที่ผ่านมาหน่วยงานด้านวิชาการจะ
23 ทำการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ด้านเด็กปฐมวัยจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อตอบสนองภารกิจของ
24 หน่วยงานเป็นหลัก ทำให้การพัฒนาองค์ความรู้ด้านเด็กยังขาดทิศทางและความชัดเจนเพื่อการบรรลุ
25 เป้าหมายร่วมกัน การพัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ควรมีเป้าประสงค์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้
26 และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว และระบบบริการหนุนเสริมครอบครัวและชุมชน
27 ให้มีขีดความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัย ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชน โดย
28 การนำผลการวิจัยในระดับสากลปรับใช้เพื่อต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ เพื่อให้ได้มาซึ่ง มาตรการ/
29 นโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศในภาพรวมและแต่ละท้องถิ่น

30 ๒) ความพร้อมของครอบครัวพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กควรได้รับข้อมูลคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจมี
31 ทศนคติที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูและส่งเสริมเด็กให้สามารถเติบโตเต็มตามศักยภาพได้ ทั้งนี้ต้อง
32 อาศัยการรวบรวมแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยอย่างองค์รวมให้เข้าใจง่ายการ
33 สื่อสารองค์ความรู้และข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เพื่อให้
34 สามารถตอบรับกับสถานการณ์ของเด็กปฐมวัยที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคม

1 ๓) มาตรการชุมชนและสังคมที่จะสนับสนุนแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์
2 ชุมชนและท้องถิ่นควรมีบทบาท ในการกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยของตนเอง
3 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ โดยการปรับใช้องค์ความรู้จากการวิจัยต่อยอดกับภูมิปัญญาท้องถิ่น
4 นอกจากนี้ในชุมชนควรมีมาตรการเพื่อกำกับติดตามการได้รับบริการทั้งด้านสุขภาพการศึกษาสวัสดิการของ
5 เด็กปฐมวัยในพื้นที่ผ่านการมีส่วนร่วมในกลไกการทำงานของภาครัฐ และการส่งต่อข้อมูลของเด็กปฐมวัยใน
6 พื้นที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสมและตอบสนอง
7 ต่อสถานการณ์เด็กปฐมวัยในพื้นที่

8 ๔) ระดับนโยบายมีกลไกการทำงานบูรณาการที่เข้มแข็งและเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
9 เพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถดำเนินการตามบทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ซ้ำซ้อน มุ่งผลลัพธ์
10 ในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายควรมีการดำเนินงานดังนี้

11 ๑) มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายที่พึงประสงค์ด้านเด็กปฐมวัยร่วมกัน

12 ๒) มีกลไกเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยโดยคณะกรรมการระดับชาติ และ
13 ระดับจังหวัด ที่มีความเข้มแข็งในการบูรณาการ และกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผน

14 ๓) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนเพื่อร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพของเด็ก
15 ปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม

16

17 บทสรุป

18 ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็น Thailand 4.0 ไม่ได้ หากประชากรไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นคน
19 ไทย ๔.๐ ซึ่งการจะพัฒนาศักยภาพประชากรไทยให้มีความสามารถ มีสมรรถนะ มีคุณภาพในอนาคต ต้อง
20 เริ่มจากการสร้างเสริมเด็กปฐมวัยในวันนี้ให้เป็นเด็กไทย ๔.๐ ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ในการเจริญเติบโต
21 พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์
22 รวมอย่างสมดุล

23 การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยต้องเริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาหรือให้ดีกว่านั้นคือเริ่มตั้งแต่
24 ก่อนมารดาตั้งครรภ์ ต่อเนื่องจนถึงเด็กเกิดและเติบโต หากวันนี้รัฐบาล ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม
25 ภาคเอกชน และทุกส่วนในสังคม ยังไม่ตระหนักถึงวิกฤติการณ์เกี่ยวกับเด็กปฐมวัยของไทยยังไม่เตรียม
26 ความพร้อมในการดูแลเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา ไม่มีการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงก่อน
27 ตั้งครรภ์ไม่มีการเตรียมครอบครัว สภาพแวดล้อม ชุมชนและสังคมรอบตัวเด็กให้พร้อมในการเลี้ยงดูเด็กไม่
28 สามารถบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานอย่างไร้รอยต่อ รวมทั้งไม่มีระบบหรือกลไกในการกำกับ
29 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่คาดเดาได้ว่า การได้รับบริการสวัสดิการ และการ
30 สนับสนุนทางสังคม ที่จำเป็นสำหรับการเติบโตของเด็กจะยังคงมีช่องว่างและข้อจำกัดใหม่ๆที่เกิดขึ้นตาม
31 บริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นที่ยอมรับได้ว่า เด็กปฐมวัยไทย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดในชีวิตของ
32 พลเมืองในอนาคตจะต้องเผชิญกับความไม่พร้อมทั้งหลายดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ
33 ที่ไม่อาจบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้

34 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นอีกความหวังหนึ่งในการขับเคลื่อนการทำงานด้านเด็กปฐมวัยให้เกิดผล
35 เป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นเวทีที่ทุกภาคส่วนจะได้ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมายเพื่อ

1 ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผ่านการสร้างสรรคนโยบายสาธารณะ เพื่อให้
2 เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และนโยบาย
3 ระดับประเทศ

4

5 **๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ**

6 ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พิจารณารับรองร่างมติ ประเด็น “การสร้างเสริมสุขภาพ
7 ภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม”

8

9 **๖. เอกสารอ้างอิง**

- 10 ๑) Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early Childhood Coming of Age. Science through the
11 life-course. The Lancet 2016; Published: October 4, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31673-6)
12 6736(16)31673-6.
- 13 ๒) Heckman, James J., Moon, SeongHyeok, Pinto, Rodrigo, Savelyev, Peter A. and Yavitz, Adam
14 Q.(2010). "Analyzing Social Experiments as Implemented: A Reexamination of the Evidence
15 from the HighScopePerry Preschool Program. "QuantitativeEconomics1(1): 1- 46.
- 16 ๓) Joseph F. Hagan, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan. (2007). BRIGHT FUTURES: Guidelines
17 for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents: Promoting Child Development.
18 The American Academy of Pediatrics. Third edition. 39-75.
- 19 ๔) Orla Doyle, Colm P. Harmon, James J. Heckman, and Richard E. Tremblay. (2009). Investing
20 in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. NIH Public Access. Published
21 online Jan 21, 2009. doi: 10.1016/j.ehb.2009.01.002
- 22 ๕) Susan P Walker, Theodore D Wachs, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail A Wasserman,
23 Ernesto Pollitt, Julie A Carter. (2007). Child development in developing countries 2: Child
24 development: risk factor for adverse outcome in developing countries. Vol 369, January 13,
25 2007, 145-157.
- 26 ๖) The Lancet. Advancing early childhood development: from science to scale. An Executive
27 Summary for the Lancet's series. The Lancet; 2016.
- 28 ๗) Walker, Susan P et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child
29 development. The Lancet 2011, Volume 378, Issue 9799, 1325–1338.
- 30 ๘) World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2002.
- 31 ๙) กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพ: ผู้สูงอายุไทย ปี
32 ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ; ๒๕๕๖.
- 33 ๑๐) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือไอคิวและอีคิว ความฉลาดสองด้านเพื่อความสมบูรณ์ของ
34 มนุษย์. นนทบุรี: บียอนด์ พับลิชชิ่ง; ๒๕๕๐.

- 1 ๑๑) กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ๒๕๕๔. สถาบัน
2 สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒.
3 กรุงเทพมหานคร; ๒๕๕๕.
- 4 ๑๒) คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ร่วมกับ
5 คณะกรรมการปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับประเทศไทย สภาปฏิรูปแห่งชาติ. รายงานเรื่อง
6 การปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย; ๒๕๕๘.
- 7 ๑๓) จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และ นฤมล ธนเจริญวัชร. การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัย
8 ไทย. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; ๒๕๕๗.
- 9 ๑๔) ศูนย์อนามัยที่ ๓ ชลบุรี. (๒๕๕๗). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กไทย ประจำปี
10 งบประมาณ ๒๕๕๗. ศูนย์อนามัยที่ ๓ ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รอตีพิมพ์
- 11 ๑๕) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก
12 ประเทศไทย ครั้งที่ ๔; ๒๕๕๕.
- 13 ๑๖) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก
14 ประเทศไทยครั้งที่ ๓; ๒๕๔๗.
- 15 ๑๗) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก
16 ประเทศไทยครั้งที่ ๕; ๒๕๕๘.
- 17 ๑๘) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของ
18 ประเทศไทยครั้งที่ ๕; ๒๕๔๖.
- 19 ๑๙) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
20 ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๒.
- 21 ๒๐) สายฤดี วรกิจโภคาทรและคณะ. อ่านสร้างสุข ๒๐ พลังจิตใต้สำนึกสร้างหนูน้อยพลังใจเข้มแข็ง.
22 กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน; ๒๕๕๗.
- 23 ๒๑) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานผลการติดตามและประเมินผล
24 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ ช่วงครึ่งแผน
25 พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔.
- 26 ๒๒) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ. Convention on the right of the Child; 2559.