



รายงานฉบับสมบูรณ์  
การศึกษางบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0 - 3 ปี ในประเทศไทย

ชุดโครงการ  
“การศึกษาเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนเพื่อก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21”

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.ศาสตรา สุตสวาท

คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิน ศิริประภานุกูล

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โครงการพัฒนาและปฏิบัติการ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



## คณะผู้ศึกษา

### นักวิจัยอาวุโสและหัวหน้าโครงการ

- รศ.ดร.ศาสตรา สุตสวัสดิ์ คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

### นักวิจัยอาวุโส

- ผศ.ดร.ภาวิน ศิริประภาณุกุล คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### นักวิจัย

- นาย สยาม สระแก้ว คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- นางสาว ประอรรรัตน์ คำสวัสดิ์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับการให้โอกาสและการสนับสนุนทางด้านงบประมาณสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ประเมินผลงานศึกษาชิ้นนี้ได้ให้ความคิดเห็นและคำแนะนำที่มีประโยชน์แก่คณะผู้ศึกษา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แพทย์หญิงนงนันทน์ สุนทรา แพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารแพทย์ ประจำสำนักพัฒนาเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ดร.กนต์ธีร์ นุชสุวรรณ ผู้แทนจากองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) คุณพรปวีณ์ อุไรสวัสดิ์ ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาเด็กปฐมวัย คุณพัชรา กลางสาทร ผู้อำนวยการกลุ่มสวัสดิการเด็กและครอบครัว คุณภาวิณี สมลตรี จากศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คุณจงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี ประธานมูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

นอกจากนี้ คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้ให้สัมภาษณ์จากหน่วยงานต่าง ๆ ของเทศบาลนครรังสิต ได้แก่ คุณเดชา พงศ์วัฒนาชัย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ คุณชนิษฐา กิจเจริญ ครูผู้ดูแลและรักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุบลัมภ์) คุณนที นุชนนท์ ครูผู้ดูแลและรักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุบลัมภ์) คุณฐิติพัชร ศิริผลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ คุณชุติมา เจริญรัตน์จรรยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสร้างเสริมป้องกันโรค(วัคซีน) โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ คุณดรุณี วิจิต หัวหน้ากองสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต คุณวรรณมณธัญ ปลื้มชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต คุณปวีณา บัวพุด นักวิชาการศึกษานักวิชาการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองสาม และขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์จากภาคส่วนของหน่วยงานรัฐในพื้นที่อื่น ๆ ได้แก่ คุณชุตินันท์ บัวไชโย ครู คศ.1 ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางปลา คุณโชติกา แสงอำไพ รักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต้นลาน คุณบุญสร อุรินคำ และคุณวงเดือน อุรินคำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตลโกน ที่ให้ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานศึกษาและมีส่วนช่วยให้งานศึกษาชิ้นนี้สามารถบรรลุเป้าหมายของการศึกษาได้เป็นอย่างดี



## บทสรุปผู้บริหาร

การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นหนึ่งในหนทางที่ดีที่สุดที่ช่วยประเทศให้เจริญก้าวหน้า เติบโตอย่างทั่วถึง มีความเท่าเทียมในด้านโอกาส และยุติความยากจนอย่างรุนแรงได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาต่างชี้ว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่น ๆ ทั้งหมด (Heckman, 2008) ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า สวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทยนั้นเป็นอย่างไร? ขนาดงบประมาณที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่? สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยได้บ้าง? ที่พบว่ามีปัญหาและภาครัฐควรมีบทบาทสนับสนุนหรือเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาสวัสดิการที่อาจมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน คำถามเหล่านี้ล้วนเป็นคำถามที่สำคัญ ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้ได้พยายามศึกษาเพื่อหาคำตอบ พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมโครงการสวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี ที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

งานศึกษานี้ได้ประเมินงบประมาณรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี โดยเริ่มต้นจากการสำรวจสวัสดิการภาครัฐที่มีการจัดหาให้กับเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ดังกล่าว เพื่อให้การประเมินงบประมาณมีความครอบคลุม ทั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่า หน่วยงานภาครัฐของไทยให้ความสนใจต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการดำเนินงานของ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงศึกษาธิการ อย่างไรก็ตาม การของบประมาณและการดำเนินการเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ยังมีลักษณะแยกส่วนความรับผิดชอบ ในขณะที่ โครงสร้างเพื่อการบูรณาการในการดำเนินงานยังไม่มีความเข้มแข็งนัก

ด้วยลักษณะการจัดทำงบประมาณดังกล่าว งานศึกษานี้จึงแบ่งการประเมินงบประมาณออกเป็นสามส่วน ได้แก่ **หนึ่ง** โครงการและกิจกรรมที่อยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณและแผนงาน ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารงบประมาณของสำนักงบประมาณ **สอง** งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ **สาม** งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขสำหรับเด็กเล็ก 0 - 3 ปี เมื่อรวมงบประมาณจากทั้งสามส่วนเข้าด้วยกัน งบประมาณภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กเล็กในช่วงอายุ 0 - 3 ปี ของประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ทั้งหมดอยู่ที่ 58,508 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ร้อยละ 2.0 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของ GDP เท่านั้น หากคิดเป็นงบประมาณต่อคนจะพบว่าเท่ากับ 22,806 บาทต่อคนต่อปี

หากเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาที่จัดสรรให้กับเด็กที่มีอายุ 3-17 ปี ที่อยู่ในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน (อนุบาลจนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ของประเทศไทยพบว่า มีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่ 405,174 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายประจำปีถึงร้อยละ 13.5 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 ของ GDP หากคิดเป็นงบประมาณต่อคนจะเท่ากับ 34,837 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่างบประมาณต่อคนของเด็กก่อนอนุบาลถึง 1.5 เท่า โดยที่ งบประมาณสำหรับเด็ก 3 -

17 ปีที่นำมาเปรียบเทียบนี้ เป็นงบประมาณเฉพาะในด้านการศึกษาเพียงด้านเดียว ยังไม่ได้นับรวมงบประมาณด้านอื่น ๆ อาทิ ใช้จ่ายด้านสาธารณสุข หรือการให้ความคุ้มครองทางสังคมด้านอื่น ๆ อีกด้วย

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การจัดสรรงบประมาณรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ถือว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับความสำคัญของการพัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้เติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต และมีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนตามช่วงวัย เนื่องจากเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี เป็นช่วงอายุที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนสูงกว่าเด็กในช่วงอายุอื่น ๆ แต่กลับได้รับการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่น้อยกว่า

ในการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย งานศึกษานี้ได้เชื่อมโยงกรอบการดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เด็กปฐมวัย 5 ด้านขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (WHO *et al.*, 2018) กับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ 25 โปรแกรมของธนาคารโลก (Denboba *et al.*, 2014) มาใช้เป็นกรอบการประเมิน โดยใช้ข้อมูลจากรายการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า สภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังมีปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขใน 4 ด้าน (5 เรื่อง) ดังนี้

**ด้านที่ 1 สุขภาพที่ดีของเด็ก** การที่เด็กจะมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างมากจะทำให้ความรักและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กในด้านต่าง ๆ ในแต่ละวันได้เพียงพอหรือไม่ ผลจากการประเมินชี้ให้เห็นปัญหาเรื่องการศึกษาของผู้เป็นแม่ (เรื่องที่ 1) เนื่องจากช่วงอายุที่เพศหญิงมีบุตรคนแรกมากที่สุดอยู่ในช่วง 15 ถึง 20 ปี (ร้อยละ 36.79) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 95.53) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ขาดความพร้อมทั้งความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และวุฒิภาวะในการดูแลและการอบรมเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเติบโต สุขภาพ พัฒนาการ และโอกาสของเด็กสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเริ่มแรกและการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

**ด้านที่ 2 โภชนาการที่เพียงพอ** สำหรับเด็กเล็กที่เพิ่งเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนนั้น การให้นมแม่แต่เพียงอย่างเดียวส่งผลที่ดีเป็นอย่างมากต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เนื่องจากน้ำนมแม่มีคุณค่าของสารอาหารสูงและมีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะมีพัฒนาการทางด้านจิตสังคมดีจากการมีโอกาสใกล้ชิดและสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและมารดา และสำหรับเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือนเป็นต้นไป การให้อาหารเสริมการให้นมแม่ ก็จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อการเติบโตในแต่ละช่วงวัย

ผลจากการประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยพบปัญหาในสองเรื่อง ได้แก่ **หนึ่ง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว** (เรื่องที่ 2) โดยเด็กในช่วงอายุ 0-5 เดือนที่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวพบว่า มีเพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น และ**สอง อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ** (เรื่องที่ 3) โดยเด็กในช่วงอายุ 6-23 เดือน มีเพียงร้อยละ 55.6 เท่านั้นที่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหาร ทั้งนี้ จากการเก็บแบบสอบถามเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลในเขตนครรังสิตพบว่า เด็กในพื้นที่เขตเมืองถึงร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้ ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารเข้าให้

เด็กรับประทานเองมีเพียงร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งหมายความว่า เด็กเกินครึ่งหนึ่งต้องรับประทานอาหารที่ซื้อระหว่างการเดินทางมาโรงเรียน ซึ่งรวมถึงข้าวเหนียวหมูบึ่ง และอาหารทอด (ร้อยละ 14 ของเด็กทั้งหมดที่สำรวจ) โดยอาหารซึ่งเหล่านี้เป็นอาหารที่ควบคุมคุณภาพและสารอาหารได้ยาก

**ด้านที่ 3 การดูแลที่ตอบสนอง** ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในงานศึกษานี้พบปัญหาในเรื่องสิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ (เรื่องที่ 4) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่กำหนดสิทธิให้ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 98 วัน (รวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตร) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานนี้ยังคงเกิดขึ้นในระดับจำกัด เฉพาะในส่วนของการจ้างงานภาคทางการเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้เป็นแม่ส่วนใหญ่จะได้รับรายได้ที่ลดลงในช่วงการลาคลอดบุตร และอาจไม่มีรายได้เลยในหลายกรณี ในขณะที่ ภาครัฐยังไม่มีการจัดหาสวัสดิการที่ชัดเจนเพื่อเป็นทางเลือกในการเลี้ยงดูบุตรในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้กับผู้ที่ เป็นพ่อแม่

**ด้านที่ 4 ความมั่นคงและปลอดภัย** เด็กเล็กเป็นช่วงวัยที่ไม่สามารถปกป้องตนเองและเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่สะอาด การปฏิบัติด้านสุขลักษณะที่ดีและการมีสุขาภิบาลที่เพียงพอ ย่อมมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของสตรีมีครรภ์และเด็กเล็ก แต่ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นปัญหาในเรื่องการสุขาภิบาลที่เพียงพอ (เรื่องที่ 5) โดยส่วนใหญ่พบว่า การกำจัดอุจจาระเด็กช่วงอายุ 0-2 ปี เป็นไปด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขอนามัย (ร้อยละ 58.9) เช่น การถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในขยะ (ร้อยละ 42.7) การฝัง (ร้อยละ 5.5) และการทิ้งในที่โล่ง (ร้อยละ 2.4) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า การถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในถังขยะมีสัดส่วนที่สูงมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร

เพื่อแก้ไขปัญหาคือพบตามผลการประเมินข้างต้น งานศึกษานี้ได้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ต่อไปไว้ 6 เรื่อง ได้แก่

(1) การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากเดิมที่เป็นไปตามสิทธิตามสำเนาทะเบียนบ้าน ทำให้เกิดความยุ่งยากแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาและมีฐานะไม่มั่นคง ในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อฝากครรภ์ โดยเสนอให้ขยายสิทธิในการฝากครรภ์นอกพื้นที่ตามทะเบียนบ้านได้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพและถ่วงหน้า เมื่อแม่ตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์จะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ลดความเสี่ยงในการคลอด และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงพัฒนาการของเด็กตั้งแต่เริ่มต้นอีกด้วย

(2) โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งควรได้รับการคัดกรองพัฒนาการอย่างทันท่วงที และเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้า ซึ่งควรได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเพื่อแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการที่เพียงพอ รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น โดยแบ่งทางเลือกการอุดหนุนออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รัฐบาลจ่ายเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยกำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้

ของคนในครอบครัว ที่เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เหมือนเกณฑ์ที่ใช้ในปัจจุบัน โดยในรูปแบบนี้ จะใช้งบประมาณเท่ากับที่ใช้อยู่ราว 4,040 ล้านบาท และ 2) รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไข ที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยไม่กำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัว เพื่อให้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นแบบถ้วนหน้า โดยครอบคลุมเด็กแรกเกิดทุกคนในประเทศไทย ซึ่งจะใช้งบประมาณในกรณีนี้ราว 34,958 ล้านบาท โดยรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากรูปแบบแรกราว 30,918 ล้านบาท

(3) โครงการอาหารเข้าของเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับอาหารปลอดภัย และมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ และช่วยส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการทางร่างกายและสมองของเด็ก งานศึกษานี้เสนอให้มีการจัดทำโครงการอาหารเข้าแก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยข้อเสนอในส่วนนี้ถูกจัดแบ่งออกเป็น 3 กรณีทางเลือก ได้แก่ 1) กรณีที่รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 3,142 ล้านบาท 2) กรณีที่รัฐสนับสนุนอาหารเข้าให้กับเด็กเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาล ซึ่งเป็นเขตที่มีปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารเข้ารุนแรงมากกว่า จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 1,757 ล้านบาท และ 3) กรณีที่รัฐและผู้ปกครองร่วมสนับสนุนโครงการอาหารเข้าให้กับเด็กฝ่ายละครึ่งหนึ่ง จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 1,571 ล้านบาท

(4) การสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณภาพและมีระดับโภชนาการที่เพียงพอ งานศึกษานี้จึงมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอของสถาบันสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เห็นควรสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่นเพื่อออกแบบอาหารและดูแลโภชนาการของเด็ก โดยอาจเปิดตำแหน่งนักโภชนาการอาหาร 1 ตำแหน่งในโรงเรียนที่มีนักเรียนในระดับ 500 คนขึ้นไป ในกรณีที่มีจำนวนเด็กไม่มากนัก ก็อาจกำหนดให้มีตำแหน่งนักโภชนาการท้องถิ่นประจำองค์การบริหารส่วนตำบลละ 1 คน โดยนักโภชนาการท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ช่วยออกแบบเมนูอาหาร รวมทั้งคัดเลือกวัตถุดิบ สำหรับใช้ประกอบอาหารให้แก่เด็กในแต่ละท้องถิ่น

(5) การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี โดยการขยายช่วงเวลารับเลี้ยงดูเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้เงินอุดหนุนศูนย์ดูแลเด็กเล็ก และโครงการจ้างพ่อแม่เลี้ยงลูก เพื่อเพิ่มทางเลือกในการอบรมเลี้ยงดูบุตรในช่วงเวลาก่อนเข้าเรียนอนุบาลให้กับพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ขาดความพร้อม อย่างเช่น พ่อแม่วัยใส หรือกลุ่มแรงงานนอกระบบทางการ โดยงานศึกษานี้เสนอให้ภาครัฐมีมาตรการจัดสวัสดิการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1-2 ปี โดยแบ่งออกเป็น 3 กรณีทางเลือก ได้แก่ 1) การขยายเกณฑ์ในการรับดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด อปท. ลงมาเป็นตั้งแต่ 1 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ภายใต้การสนับสนุนเพิ่มเติมของรัฐเพื่อให้สามารถดำเนินการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ได้ 2) การจ่ายเงินอุดหนุนรายหัวให้กับสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 46,150 บาทต่อคนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขในการกำกับดูแลคุณภาพของภาครัฐอย่างเข้มงวด และ 3) การจ่ายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 2 ปี ให้กับพ่อหรือแม่ที่ต้องออกจากงานมาดูแลเด็ก จำนวน 46,150 บาทต่อคนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขในการดูแลเด็กตามชุดเครื่องมือของกระทรวง

สาธารณสุขอย่างเข้มงวด ซึ่งทั้ง 3 กรณีทางเลือกต้องการงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากรัฐบาลเป็นจำนวนเท่ากันที่ 29,996 ล้านบาท

(6) โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย เพื่อช่วยให้มีการสุขาภิบาลที่เพียงพอ โดยสร้างการรับรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็กเล็กให้เล็งเห็นถึงผลกระทบของการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่มีต่อสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการรณรงค์ลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและส่งเสริมการใช้ผ้าอ้อมแบบผ้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงที่ขณะยังเป็นเด็กทารกแรกเกิดจนถึง 3 เดือน และการรณรงค์ส่งเสริมให้มีการกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย โดยการนำสิ่งปฏิกูลในผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปทิ้งในโถชักโครก ก่อนที่จะนำขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปผูกมัดไว้ในถุงขยะสีแดง หรืออาจเขียนฉลากหรือป้ายกำกับติดไว้ที่ถุงว่าเป็นขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เพื่อให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นสามารถคัดแยก และแยกกำจัดขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้อย่างถูกวิธี

ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในงานศึกษาชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเด็กเล็กช่วงอายุ 0-3 ปี ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดต้นเหตุของความเหลื่อมล้ำ ความไม่เสมอภาค และความยากจนที่เกิดขึ้นในสังคมไทย รวมทั้งปัญหาทางสังคมอื่น ๆ นอกจากนี้ ก็จะมีส่วนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพประชากรไทยอย่างมีคุณภาพตามหลักพัฒนา 4H ซึ่งคือ การพัฒนาสมอง (Head) การพัฒนาจิตใจ (Heart) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Hands) และการพัฒนาสุขภาพ (Health) ซึ่งควรถูกเริ่มต้นตั้งแต่เด็กปฐมวัยอีกด้วย





## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	i
บทสรุปผู้บริหาร .....	iii
สารบัญ.....	ix
สารบัญตาราง .....	xi
สารบัญภาพ .....	xiv
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ .....	4
1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง.....	4
1.4 ขอบเขตและวิธีการศึกษา.....	5
1.5 องค์ประกอบของรายงาน.....	7
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>9</b>
2.1 นิยามของการพัฒนาเด็กปฐมวัย.....	9
2.2 ประโยชน์ของการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย.....	10
2.3 คุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย .....	14
2.4 ตัวอย่างโครงการเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย .....	18
2.5 การพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.....	22
2.5.1 การดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงที่ผ่านมา.....	22
2.5.2 ข้อเสนอแนะของงานศึกษาที่ผ่านมา.....	27
<b>บทที่ 3 สวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย.....</b>	<b>37</b>
3.1 พ.ร.บ. การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 และ (ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564.....	37
3.2 การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในปัจจุบัน.....	43
3.3 งบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานภาครัฐ .....	47
3.4 งบประมาณรัฐตามช่วงวัยต่าง ๆ .....	57

<b>บทที่ 4</b>	<b>กรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยและตัวอย่างในต่างประเทศ .....</b>	<b>61</b>
4.1	องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ .....	61
4.2	กรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก.....	65
4.3	โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ ของธนาคารโลก .....	70
4.4	ตัวอย่างนโยบายและสวัสดิการภาครัฐสำหรับเด็กปฐมวัยที่ถูกใช้ในต่างประเทศ.....	80
4.4.1	นโยบายครอบครัวในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย.....	80
4.4.2	นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กปฐมวัย ในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และภูมิภาคตะวันออกกลาง ...	88
<b>บทที่ 5</b>	<b>สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.....</b>	<b>97</b>
5.1	สถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัย .....	97
5.2	การประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัย .....	160
<b>บทที่ 6</b>	<b>ข้อเสนอแนะทางสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย.....</b>	<b>171</b>
6.1	การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า .....	173
6.2	โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับ การประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ .....	174
6.3	โครงการอาหารเข้าสำหรับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น .....	177
6.4	การสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่น .....	182
6.5	การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี.....	183
6.6	โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็น และรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขลักษณะ.....	187
<b>บทที่ 7</b>	<b>บทสรุป .....</b>	<b>191</b>
7.1	สวัสดิการภาครัฐเพื่อการเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย .....	192
7.2	สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.....	194
7.3	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย.....	195
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>.....</b>	<b>199</b>
<b>ภาคผนวก ก</b>	<b>เอกสารแนบท้ายบทที่ 4 .....</b>	<b>205</b>
<b>ภาคผนวก ข</b>	<b>เอกสารแนบท้ายบทที่ 6 .....</b>	<b>207</b>
<b>ภาคผนวก ค</b>	<b>รายละเอียดการลงพื้นที่ศึกษาดูงาน .....</b>	<b>209</b>

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 งบประมาณของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ภายใต้แผนงานบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพคน งบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 .....	48
ตารางที่ 3.2 งบประมาณของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ภายใต้แผนงานบูรณาการยกระดับการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียม และทั่วถึง ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน งบประมาณประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2562 .....	48
ตารางที่ 3.3 งบประมาณของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ภายใต้แผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน งบประมาณประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2562 .....	49
ตารางที่ 3.4 รายละเอียดการประเมินงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท.....	51
ตารางที่ 3.5 รายละเอียดการประเมินงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขสำหรับเด็กเล็ก 0 – 3 ปี .....	56
ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบงบประมาณรัฐตามช่วงวัยต่าง ๆ .....	58
ตารางที่ 3.7 งบประมาณรัฐให้กับเด็กอายุ 0-3 ปี จำแนกออกเป็น 3 ช่วงวัย .....	60
ตารางที่ 4.1 โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยแบ่งตามช่วงอายุต่าง ๆ.....	75
ตารางที่ 4.2 การเชื่อมโยงกรอบการดูแลและเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัย 25 ด้าน	78
ตารางที่ 4.3 ระยะเวลาการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา (Parental leave) ในปี 2016 .....	81
ตารางที่ 4.4 เงินผลประโยชน์ที่ได้รับในช่วงการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา (Cash benefits) ในปี 2016..	82
ตารางที่ 4.5 เงินสดเพื่อการดูแล .....	84
ตารางที่ 4.6 เงินสงเคราะห์บุตร .....	85
ตารางที่ 4.7 ช่วงเวลารับเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก .....	86
ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่กำหนดค่าธรรมเนียมในการส่งบุตรเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในปี 2015 .....	87
ตารางที่ 4.9 แนวทางการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในแต่ละช่วงวัย ในโครงการจัดระบบคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพของกรมอนามัยแห่งประเทศไทย.....	89
ตารางที่ 4.10 การให้วัคซีนแก่เด็กของประเทศต่าง ๆ .....	90
ตารางที่ 4.11 การคัดกรองทารกแรกเกิดของประเทศต่าง ๆ.....	92
ตารางที่ 5.1 การคุมกำเนิด .....	101
ตารางที่ 5.2 ดัชนีพัฒนาการของเด็กปฐมวัย .....	105

ตารางที่ 5.3 การเสริมสร้างการเรียนรู้.....	107
ตารางที่ 5.4 อุปกรณ์เพื่อการเรียนรู้ .....	109
ตารางที่ 5.5 การดูแลที่ไม่เพียงพอ .....	111
ตารางที่ 5.6 พฤติกรรมในการอบรมเด็ก .....	115
ตารางที่ 5.7 การบริโภคเกลือไอโอดีน.....	119
ตารางที่ 5.8 การใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่สะอาดของสมาชิกในครัวเรือน.....	122
ตารางที่ 5.9 ประเภทของการใช้ส้วมในครัวเรือน .....	123
ตารางที่ 5.10 การกำจัดอุจจาระของเด็ก .....	124
ตารางที่ 5.11 การมีน้ำและสบู่ ณ สถานที่สำหรับล้างมือ .....	125
ตารางที่ 5.12 ความครอบคลุมของการฝากครรภ์.....	128
ตารางที่ 5.13 ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน.....	131
ตารางที่ 5.14 สถานที่คลอดบุตร.....	133
ตารางที่ 5.15 การตรวจสอบสุขภาพแม่หลังคลอด .....	134
ตารางที่ 5.16 การจดทะเบียนเกิด .....	135
ตารางที่ 5.17 การให้นมแม่ที่เหมาะสมกับอายุเด็ก.....	137
ตารางที่ 5.18 ระยะเวลาที่กินนมแม่ .....	138
ตารางที่ 5.19 การได้รับวัคซีนของเด็กไทย .....	142
ตารางที่ 5.20 การป้องกันบาดทะยักในทารกแรกเกิด .....	144
ตารางที่ 5.21 การได้รับอาหารของเด็กเล็ก .....	147
ตารางที่ 5.22 การรักษาอาการท้องร่วง.....	149
ตารางที่ 5.23 ภาวะโภชนาการของเด็ก.....	153
ตารางที่ 5.24 การเข้าเรียนในระดับปฐมวัย .....	158
ตารางที่ 5.25 ความพร้อมในการเข้าโรงเรียน.....	159
ตารางที่ 5.26 สรุปละเอียดการประเมินคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยทั้ง 25 ด้าน .....	166
ตารางที่ 6.1 สรุบบรรณการแนวทางการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี.....	172
ตารางที่ 6.2 ประมาณการงบประมาณโครงการเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไข .....	177
ตารางที่ 6.3 ประมาณการงบประมาณในกรณีการจัดอาหารเข้าให้เด็กในช่วงอายุ 0-3 ขวบ .....	181
ตารางที่ 6.4 ประมาณการงบประมาณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มเติมเพื่อรองรับเด็ก 1-2 ปี .....	186

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 โครงสร้างประชากรไทยและสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2560 .....	2
ภาพที่ 1.2 ค่าคาดการณ์สัดส่วนประชากรไทยในช่วงวัยต่าง ๆ และค่าคาดการณ์อัตราการพึ่งพิง ในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2580 .....	2
ภาพที่ 2.1 อัตราผลตอบแทนของการลงทุนในเด็กตามระดับช่วงอายุต่าง ๆ .....	12
ภาพที่ 2.2 ช่องทางการส่งผ่านของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กปฐมวัยที่มีผลต่อเศรษฐกิจ .....	12
ภาพที่ 2.3 ผลกระทบของการลงทุนในเด็กปฐมวัยที่ไม่เพียงพอ .....	13
ภาพที่ 2.4 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อผลลัพธ์ทางปัญญาของเด็ก ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 .....	15
ภาพที่ 2.5 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของเด็ก ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 .....	15
ภาพที่ 2.6 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมเอื้อต่อสังคมของเด็ก ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 .....	16
ภาพที่ 2.7 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมชน ไม่อยู่นิ่ง ของเด็ก ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 .....	16
ภาพที่ 2.8 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมของเด็ก ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 .....	17
ภาพที่ 2.9 ผลของโครงการ Nurse-Family Partnership ที่มีต่อสุขภาพและพัฒนาการของแม่และเด็ก ...	19
ภาพที่ 2.10 ผลตอบแทนสุทธิต่อเด็ก 1 คนของโครงการ High/Scope Perry Preschool ตามช่วงอายุ...	20
ภาพที่ 2.11 พัฒนาการสมองและรายจ่ายภาครัฐทางสังคมตามระดับช่วงอายุต่าง ๆ .....	21
ภาพที่ 3.1 ราคาแพ็คเกจวัคซีนเด็กของโรงพยาบาลเปาโล ในช่วงปี พ.ศ. 2561 .....	55
ภาพที่ 3.2 งบประมาณรัฐด้านการดูแลและการศึกษาของเด็กก่อนปฐมวัยของประเทศ OECD บางประเทศ .....	58
ภาพที่ 4.1 สิทธิการลาของบิดาและมารดา .....	83
ภาพที่ 4.2 จำนวนวันลาโดยได้รับเงินผลประโยชน์ของมารดา .....	83
ภาพที่ 5.1 แสดงร้อยละช่วงอายุของการมีบุตรคนแรกและระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา .....	98
ภาพที่ 5.2 สรุปละเอียดการประเมินคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัย .....	170
ภาพที่ 6.1 แผนผังการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-6 ปี .....	176



## รายงานการศึกษา

---





## บทที่ 1 บทนำ

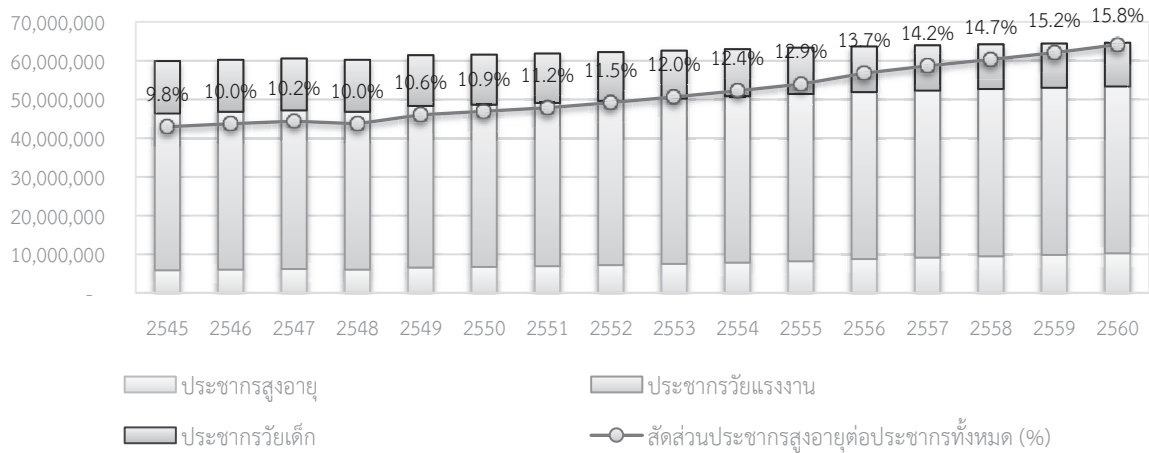
---

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

ตามนิยามของสหประชาชาติ ประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะสังคมสูงวัย (Aging society) แล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยเริ่มมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในปีดังกล่าว สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยยังปรับตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560 สัดส่วนดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 15.8 (ดูภาพที่ 1.1 ประกอบ) ในขณะที่ ตัวเลขตามรายงานคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ชี้ให้เห็นว่า ค่าสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปดังกล่าว จะปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นเกินกว่าร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2565 หรืออีกราว 4 ปีนับจากปัจจุบัน ซึ่งเข้าเกณฑ์การเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) และภายในปี พ.ศ. 2576 หรืออีกราว 15 ปีนับจากปัจจุบัน สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะปรับตัวขึ้นเกินกว่าร้อยละ 28 เข้าเกณฑ์การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ตามนิยามของสหประชาชาติ อีกด้วย (ดูภาพที่ 1.2 ประกอบ)

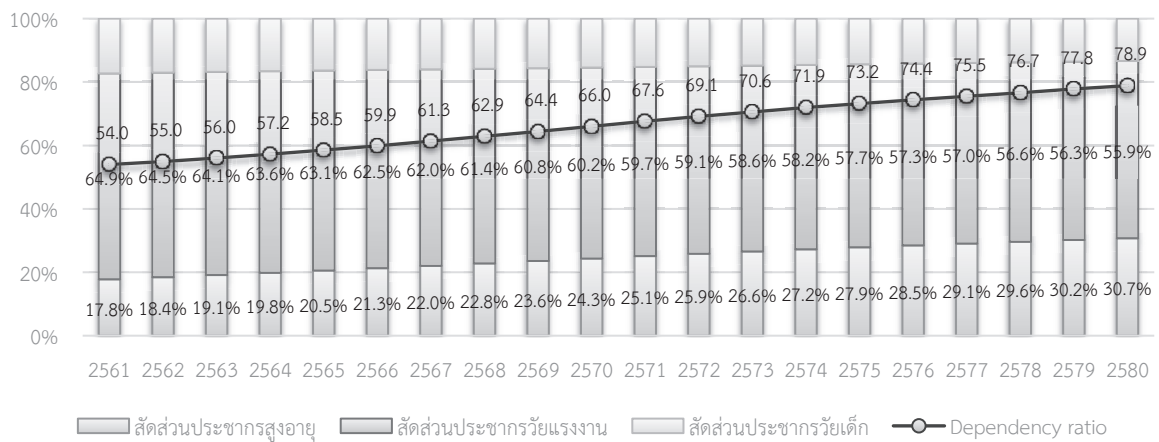
การเข้าสู่สถานะสังคมสูงวัยของประเทศไทยหมายความว่า สัดส่วนประชากรในวัยแรงงานของประเทศ (ในช่วงอายุ 15 – 60 ปี) มีแนวโน้มปรับตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 ของ สศช. ชี้ว่า สัดส่วนประชากรในวัยแรงงานของประเทศจะปรับตัวลดลงจากร้อยละ 65.3 ในปัจจุบัน ไปสู่ระดับร้อยละ 63.1 ในปี พ.ศ. 2565 และลดลงสู่ระดับร้อยละ 57.3 ในปี พ.ศ. 2576 สถานการณ์นี้เกิดขึ้นพร้อมกับการคาดการณ์ว่า จำนวนประชากรของประเทศไทยจะเริ่มปรับตัวลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2570 ส่งผลให้จำนวนประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มนี้จะมีภาระในการเลี้ยงดูประชากรในวัยเด็กและวัยชราจำนวนมากขึ้น โดยสัดส่วนจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยชราต่อประชากรในวัยแรงงาน 100 คน หรืออัตราการพึ่งพิง (Dependency ratio) ของไทย จะเพิ่มขึ้นจาก 53.1 ในปี พ.ศ. 2560 ไปสู่ระดับ 74.4 ในปี พ.ศ. 2576 (ดูภาพที่ 1.2 ประกอบ) ซึ่งสถานะนี้จะส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมต่อประเทศไทยเป็นอย่างมาก

ภาพที่ 1.1 โครงสร้างประชากรไทยและสัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ในช่วงปี พ.ศ. 2545 - 2560



ที่มา: ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ภาพที่ 1.2 ค่าคาดการณ์สัดส่วนประชากรไทยในช่วงวัยต่าง ๆ และค่าคาดการณ์อัตราพึ่งพิง ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2580



ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ด้วยจำนวนประชากรในวัยแรงงานที่กำลังปรับตัวลดลง การสร้างเสริมคุณภาพของประชากรกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นเรื่องจำเป็นและเร่งด่วนสำหรับประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทย โดยในปี 2010 รายงานการศึกษาของ Black et al. (2017) ชี้ว่า มีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 249.4 ล้านคนทั่วโลก (คิดเป็นร้อยละ 43) เติบโตขึ้นโดยอยู่ภายใต้ความเสี่ยงที่จะมีระดับพัฒนาการต่ำกว่าศักยภาพที่ควรเป็น ระดับของพัฒนาการและคุณภาพของประชากรที่ดีจะช่วยสนับสนุนให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศมีศักยภาพในการเติบโตได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งช่วยสนับสนุนให้ประชากรในวัยแรงงานมีความพร้อมรับมือกับภาวะการพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพของประชากรโดยเริ่มต้นตั้งแต่ในช่วงปฐมวัยถือเป็นทางเลือกที่น่าสนใจยิ่ง และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในชุดปัจจุบัน ที่ให้ความสำคัญกับการนำหลักการพัฒนา 4H คือ การพัฒนาสมอง (Head) การพัฒนาจิตใจ (Heart) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Hands) และการพัฒนาสุขภาพ (Health) ที่เริ่มต้นตั้งแต่เด็กในช่วงปฐมวัย มาประยุกต์ใช้เพื่อปลูกฝังและพัฒนาศักยภาพของเด็กรุ่นใหม่

เอกสาร “การดูแลและการศึกษาเด็กปฐมวัย” ของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กล่าวไว้ว่า ช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด โดยการเติบโตของสมองเกิดขึ้นสูงสุดในช่วง 0 – 6 ปีแรก เป็นการเติบโตทางปริมาณ ทำให้สมองของเด็กมีขนาดร้อยละ 90 – 95 ของขนาดสมองสูงสุด นอกจากการพัฒนาทางสมองและการพัฒนาทักษะทางปัญญาที่รวดเร็วแล้ว งานศึกษาของ Heckman (2010) ยังกล่าวถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม (Non-cognitive skills) ของเด็กในช่วงปฐมวัย โดยทักษะดังกล่าว หมายถึง ทักษะอื่น ๆ นอกเหนือจากทักษะทางปัญญา ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของแต่ละผู้คน ยกตัวอย่างเช่น ความอยากเรียนรู้ ความอดทนมุ่งมั่น ความสามารถในการเข้าสังคม การทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการมีความคิดสร้างสรรค์และมองโลกในแง่บวก เป็นต้น ทั้งนี้ เมื่อควมบรมผลสัมฤทธิ์จากการพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรมเข้าไปด้วยจะยิ่งช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาเด็กตั้งแต่ในช่วงปฐมวัยมีความสำคัญเพิ่มมากยิ่งขึ้น

งานศึกษานี้ต้องการศึกษาและประเมินถึงสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 0-3 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่การลงทุนในเด็กปฐมวัยให้ผลตอบแทนสูงสุด เพื่อประเมินว่า มีความเหมาะสมหรือไม่? ทั้งนี้ มีสถานการณ์และสภาพแวดล้อมใดบ้าง? ที่พบว่ามีปัญหาและภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทสนับสนุนหรือเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาสวัสดิการที่จำเป็น แต่อาจมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน

คำถามเหล่านี้ล้วนเป็นคำถามที่สำคัญ ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้ได้พยายามศึกษาเพื่อหาคำตอบ พร้อมทั้งวิเคราะห์หาช่องว่างในการพัฒนาโครงสร้างการสนับสนุนการพัฒนาเด็กในช่วงปฐมวัยของหน่วยงานภาครัฐไทย รวมถึงประมาณการขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐที่ต้องใช้ในบางโครงการ นอกจากนี้ งานศึกษานี้ยังต้องการที่จะระบุถึงหน่วยงานภาครัฐที่ควรเป็นผู้รับผิดชอบ พร้อมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพื่อให้นโยบายหรือโครงการสวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 0-3 ปี ที่นำเสนอเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

## 1.2 วัตถุประสงค์

งานศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงสวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยและในระดับสากล
2. เพื่อประเมินถึงสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย
3. เพื่อระบุถึงสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ภาครัฐควรมีบทบาทสนับสนุนหรือเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาสวัสดิการภาครัฐที่จำเป็น แต่ยังมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งประมาณการขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐในบางโครงการ พร้อมทั้งระบุถึงหน่วยงานภาครัฐที่ควรเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

งานศึกษาของ Heckman (2008) พบว่า การลงทุนในเด็กปฐมวัยมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มผลผลิตภาพการผลิตของแรงงาน ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของภาคเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังช่วยลดปัญหาทางสังคม โดยมีผลสนับสนุนการเข้าศึกษาต่อในโรงเรียน ลดปัญหาอาชญากรรม และปัญหาการตั้งครุฑของวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ ยังช่วยบรรเทาปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่พบว่า ประมาณครึ่งของปัญหาความเหลื่อมล้ำที่วัดจากรายได้ทั้งชีวิต เป็นผลมาจากปัจจัยในช่วงก่อนอายุ 18 ปี เช่น เด็กที่เกิดในครอบครัวที่ขาดความพร้อมมีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็ก น้อยกว่าเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีความพร้อม เป็นต้น ผลการศึกษาของ Heckman ยังชี้ว่า การลงทุนในเด็กปฐมวัยได้ให้ผลตอบแทนต่อสังคมที่คุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ที่ให้ผลตอบแทนสูงสุด โดยสูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่มาและความสำคัญของงานศึกษาชิ้นนี้ที่ต้องการศึกษาว่า การลงทุนในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 0-3 ปี ตามหลักสากลควรประกอบด้วยเรื่องใด? และการลงทุนในเด็กปฐมวัยเรื่องใดบ้างที่ประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน? โดยเฉพาะสำหรับครอบครัวที่ขาดความพร้อม ซึ่งหน่วยงานภาครัฐอาจเข้ามาสนับสนุนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนา 4 H ตามที่ได้กล่าวข้างต้น ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐน่าจะมีความสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาเด็ก เนื่องจากเป็นการพัฒนาที่จะช่วยส่งเสริมผลตอบแทนให้กับสังคมในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์ของงานศึกษานี้ต้องการศึกษาถึงการลงทุนในเด็กปฐมวัยและการให้สวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี โดยหน่วยงานภาครัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร ทั้งนี้ การให้คำนิยามหน่วยงานภาครัฐ เนื่องด้วยโครงสร้างการบริหารงานของภาครัฐไทยในปัจจุบันมีขนาดใหญ่และมีความซับซ้อน โดยจากเอกสารของ กิตติยา โสภณโกโคย (2553) ซึ่งอ้างถึง รายงานการจัดโครงสร้างหน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหารของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการในปี 2551 ได้จัดแบ่งหน่วยงานของรัฐออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ หน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร และหน่วยงานที่ใช้อำนาจรัฐหรือเป็นเครื่องมือของรัฐแต่ไม่เป็นองค์กรของรัฐ โดยมีการแบ่งย่อย ดังนี้

- หน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร ได้แก่
  - ส่วนราชการ ประกอบด้วย กระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ
  - รัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีอยู่ด้วยกันทั้งสิ้น 56 แห่งในปัจจุบัน อาทิ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) การไฟฟ้าฝ่ายผลิต การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย เป็นต้น
  - องค์การมหาชน ซึ่งมีอยู่ด้วยกันเป็นจำนวนมาก อาทิ โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐต่าง ๆ เป็นต้น
  - หน่วยงานของรัฐรูปแบบใหม่ ประกอบด้วย องค์การของรัฐที่เป็นอิสระ อาทิ ธนาคารแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ เป็นต้น และกองทุนที่เป็นนิติบุคคล อาทิ กองทุนเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนา ระบบสถาบันการเงิน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น
- หน่วยงานที่ใช้อำนาจรัฐหรือเป็นเครื่องมือของรัฐแต่ไม่เป็นองค์กรของรัฐ ได้แก่
  - สภาวิชาชีพ
  - สถาบันภายใต้มูลนิธิ ซึ่งอยู่ในกำกับหรือเป็นเครื่องมือของราชการ
  - นิติบุคคลเฉพาะกิจ

งานศึกษานี้จะใช้นิยามและโครงสร้างการจัดหน่วยงานของรัฐดังกล่าวข้างต้นในการกำหนดขอบเขตของหน่วยงานที่จะถูกศึกษาเพื่อระบุถึงสวัสดิการภาครัฐที่จำเป็นและยังมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งประมาณการขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐในบางโครงการ ซึ่งจะถูกนำมาใช้พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไปได้

#### 1.4 ขอบเขตและวิธีการศึกษา

งานศึกษานี้ต้องการศึกษาถึงการลงทุนในเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี เป็นสำคัญ และมุ่งศึกษาถึงบทบาทในการพัฒนาเด็กปฐมวัยและเป็นผู้ให้สวัสดิการของหน่วยงานภาครัฐที่มีความเชื่อมโยงกับฝ่ายบริหารของประเทศโดยตรงเพียงเท่านั้น โดยไม่รวมการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐที่มีความเป็นอิสระจากนโยบายของรัฐบาล ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีการดำเนินการที่แตกต่างจากแนวนโยบายหลักของรัฐบาลได้ ดังนั้น การศึกษาวิเคราะห์ถึงสวัสดิการภาครัฐของงานศึกษานี้จะเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร ที่ไม่นับรวมถึงรัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐรูปแบบใหม่บางหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้จะครอบคลุมบทบาทและงบประมาณในการพัฒนาเด็กของ ส่วนราชการ องค์การมหาชน กองทุนนอกงบประมาณ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วย

สาเหตุที่ขอบเขตของงานศึกษาชิ้นนี้ต้องการมุ่งศึกษาเฉพาะในส่วนของการลงทุนในเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี โดยไม่รวมไปถึงช่วงอายุ 4-6 ปี เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปจากทั้งหน่วยงานระหว่างประเทศ (อาทิ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ United Nations Children's Fund, UNICEF) และหน่วยงานภายในประเทศไทย (อาทิ กระทรวงสาธารณสุข) ในปัจจุบันว่า การพัฒนาของเด็กช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต (นับตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึง 2 ปี) เป็นโอกาสทองหรือช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาเด็กให้เจริญเติบโตได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาทางด้านสมอง อีกทั้ง งานศึกษาที่ผ่านมา (อาทิ Heckman, 2008) ได้ชี้ว่า การลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ให้ผลตอบแทนสูงสุด โดยสูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่น ๆ

ในอีกด้านหนึ่ง สวัสดิการภาครัฐในรูปแบบของสถานดูแลหรือรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนคุณภาพสูงยังถูกกล่าวถึงในงานศึกษาของ Kleven (2014) รวมถึงรายงานของ IMF (2015) ในแง่ของการเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมอัตราการเข้าร่วมกำลังแรงงานของกลุ่มประชากรสตรีและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของแรงงานในภาพรวมด้วย อันจะช่วยลดทอนปัญหาของการก้าวเข้าสู่สภาวะสังคมสูงวัยของประเทศได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ สวัสดิการในรูปแบบดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับเด็กในช่วงก่อนเข้ารับการศึกษาในสถานศึกษาซึ่งมีความสอดคล้องกับเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี มากที่สุด

ในขณะเดียวกัน งานศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องการลงทุนในเด็กปฐมวัยของประเทศไทยที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลและการจัดการศึกษาของเด็กปฐมวัย ตั้งแต่เด็กอายุ 4 ปี (อนุบาล 2) จนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นหน่วยงานกำกับดูแล สำหรับเด็กอายุ 3 ปี (อนุบาล 1) ลงมานั้น กลับอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสถานศึกษาเอกชน ซึ่งอาจขาดการกำกับดูแลที่ดี ยิ่งไปกว่านั้น งานศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี โดยเฉพาะในเรื่องสวัสดิการภาครัฐที่ควรมีกลับมีไม่มากนัก ดังนั้น คณะผู้ศึกษาจึงเห็นว่า งานศึกษาชิ้นนี้ที่มุ่งศึกษาในส่วนของการลงทุนในเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี จะสามารถเติมเต็มงานศึกษาที่ยังขาดอยู่ของประเทศไทยในส่วนนี้ได้

ขอบเขตและวิธีการศึกษาจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเนื้อหาแต่ละบท เป็นดังนี้

- การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (บทที่ 2) การศึกษาถึงสวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ของหน่วยงานภาครัฐไทย (บทที่ 3) และการศึกษากิจกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยและตัวอย่างในต่างประเทศ (บทที่ 4)

งานศึกษาในส่วนนี้จะใช้การศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในภาคส่วนของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง เท่านั้น นอกจากนี้ จะใช้การวิเคราะห์จากข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาลของสำนักงบประมาณ เพื่อให้ทราบถึงขนาดงบประมาณที่ใช้ในปัจจุบัน สำหรับสวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี

- การประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี เพื่อระบุสถานการณ์และสภาพแวดล้อมใดบ้างที่ยังมีปัญหา และภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทสนับสนุนหรือเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาสวัสดิการที่จำเป็น แต่อาจมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งนำเสนอแนวทางการสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี ซึ่งรวมถึงการประมาณการขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐในบางโครงการ (บทที่ 5 และ 6)

งานศึกษาในส่วนนี้จะใช้การวิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ ที่คณะผู้ศึกษาสามารถเก็บรวบรวมและเข้าถึงได้ อาทิ

- ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys; MICS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ข้อมูลด้านประชากรของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เช่น โครงสร้างประชากรในปัจจุบัน และประมาณการประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ เป็นต้น
- ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาลของสำนักงานงบประมาณ
- ข้อมูลด้านการคลังและที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) จากฐานข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมบัญชีกลาง และสำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ

ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละชุดข้อมูลอาจผ่านกระบวนการที่แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมต่อลักษณะข้อมูลและลักษณะการใช้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และใช้กราฟ แผนภูมิต่าง ๆ ประกอบการนำเสนอตามความเหมาะสม

- การจัดทำบทสรุป (บทที่ 7)

งานศึกษาในส่วนนี้จะใช้อ้างอิงผลการศึกษาที่พบในเนื้อหาส่วนก่อนหน้าเป็นหลัก

## 1.5 องค์ประกอบของรายงาน

เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น รายงานฉบับนี้จึงแบ่งเนื้อหาเป็นดังนี้ **บทที่ 2** เป็นการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนและพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี **บทที่ 3** เป็นการนำเสนอผลการศึกษาสวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย **บทที่ 4** เป็นการนำเสนอผลการศึกษารอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยและตัวอย่างในต่างประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัยตามหลักสากลประกอบด้วยเรื่องใดบ้าง **บทที่ 5** เป็นการนำเสนอผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์และสภาพแวดล้อมใดบ้างที่มีปัญหา และภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทสนับสนุน

เพิ่มเติม บทที่ 6 เป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะทางสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย ซึ่งรวมถึงการประมาณการขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐในบางโครงการ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ บทที่ 7 เป็นการนำเสนอบทสรุปของงานศึกษา



## บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 นิยามของการพัฒนาเด็กปฐมวัย

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF, 2017) ได้ให้นิยามของการพัฒนาเด็กปฐมวัย (Early Child Development, ECD) โดยแบ่งนิยามออกเป็นสามเรื่องได้แก่ (1) ช่วงเวลาของเด็กปฐมวัย (2) พัฒนาการเด็กปฐมวัย และ (3) พัฒนาการเกิดขึ้นอย่างไร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**เรื่องที่ 1** ช่วงเวลาของเด็กปฐมวัยจะครอบคลุมช่วงเวลาที่สำคัญหลายช่วงเวลา ได้แก่ 1) ช่วงเริ่มตั้งครรถ์จนถึงการคลอด 2) เมื่อเด็กเกิดแล้วจนถึงอายุ 3 ปี 3) ช่วงก่อนเข้าโรงเรียน (เด็กอยู่ในช่วงอายุ 3 ถึง 5 ปี) และ 4) ช่วงเริ่มต้นของการเข้าโรงเรียน (เด็กอยู่ในช่วงอายุ 6 ถึง 8 ปี) ทั้งนี้ ปัจจุบันได้มีการยอมรับกันว่าช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่สุดกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยจะเป็นช่วงเวลาเริ่มต้นในช่วงเวลา 1,000 วันแรก นับตั้งแต่การปฏิสนธิไปจนถึงเด็กมีอายุ 2 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีสมองเติบโตเร็วกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ ทั้งหมด โดย 80% ของสมองเด็กเติบโตขึ้นในช่วงเวลานี้

**เรื่องที่ 2** พัฒนาการโดยทั่วไปหมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการของการได้มาซึ่งทักษะและความสามารถในช่วงอายุต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงพัฒนาการทางด้านความคิด ภาษา การพัฒนากล้ามเนื้อ สังกะ และอารมณ์ โดยพัฒนาการเหล่านี้ล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเติบโตของเด็กต่อไปในอนาคต

**เรื่องที่ 3** พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เด็กเติบโตและตัวเด็ก ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมที่มั่นคงเป็นสิ่งที่สำคัญกับสุขภาพและความต้องการสารอาหารของเด็ก โดยสิ่งแวดล้อมที่มั่นคงรวมถึงการปกป้องจากภัยคุกคาม โอกาสในการเรียนรู้ และปฏิสัมพันธ์ที่ตอบสนองและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของเด็ก

ดังนั้นภายใต้นิยามข้างต้น เป้าหมายของการพัฒนาเด็กปฐมวัยสำหรับภาครัฐจึงเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยทุกคน โดยเฉพาะกับกลุ่มเด็กที่เปราะบางหรือมีความเสี่ยง ควรมีระดับพัฒนาการที่เหมาะสมตามศักยภาพในช่วงอายุต่าง ๆ เริ่มต้นตั้งแต่ เริ่มตั้งครรถ์ไปจนถึงช่วงเริ่มต้นของการเข้าโรงเรียน ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวจะทำได้ก็ต่อเมื่อ (1) เด็กปฐมวัยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โภชนาการ การปกป้องคุ้มครอง และการศึกษาปฐมวัยที่ดีได้ และ (2) พ่อแม่และผู้ปกครองของเด็กให้การสนับสนุน การเลี้ยงดู และการดูแลที่ดี โดยรวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่ให้กับเด็กปฐมวัย ซึ่งนับเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญมากต่อพัฒนาการของเด็กที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น การลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน โดยต้องพิจารณาทั้งในด้านของตัวเด็ก ซึ่งเป็นผู้รับการลงทุนทางตรง และในด้านของพ่อแม่และผู้ปกครอง ซึ่งผู้สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่เด็กเติบโตขึ้น

## 2.2 ประโยชน์ของการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย

การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงปฐมวัยเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง งานศึกษาที่ผ่านมาของ Heckman (2008) ชี้ว่า (ภาพที่ 2.1) การลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ให้ผลตอบแทนสูงสุด สูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่น ๆ ทั้งหมด การลงทุนในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพ ส่งผลโดยตรงให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการป่วยของทารกและเด็ก ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเศรษฐกิจ ผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างน้อย 5 ช่องทาง ตามที่ Belli *et al.* (2005) สรุปไว้ดังนี้ (ภาพที่ 2.2)

**ช่องทางที่ 1** เมื่อเด็กมีสุขภาพดีจะสนับสนุนให้พัฒนาการเด็กทั้งทางด้านสติปัญญา ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งรวมทั้งภาวะจิตสังคมในเด็กดีขึ้น และส่งผลต่อเนื่องให้อัตราการเข้าเรียนต่อและผลการเรียนในระดับปฐมศึกษาของเด็กสูงขึ้น

**ช่องทางที่ 2** เมื่อเด็กมีสุขภาพดีและมีอัตราการเสียชีวิตลดลงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ซึ่งส่งผลต่ออัตราส่วนพึ่งพิง (Dependency ratio) และการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยลักษณะผลกระทบขึ้นกับช่วงเวลาที่จะพิจารณา

**ช่องทางที่ 3** เมื่อเด็กมีสุขภาพดีจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็กลดลง ซึ่งจะช่วยให้พ่อแม่มีเงินลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กในด้านต่าง ๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งมีเงินเหลือออมเพื่อการใช้จ่ายในอนาคต

**ช่องทางที่ 4** เมื่อเด็กมีสุขภาพดีจะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลของภาครัฐลดลง รวมทั้งช่วยลดงบประมาณและค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ซึ่งภาครัฐดูแล โดยรัฐบาลจะสามารถนำงบประมาณที่ประหยัดได้ไปใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อประเทศได้

**ช่องทางที่ 5** เมื่อเด็กมีสุขภาพดี ได้รับการดูแลและเข้าเรียนต่อระดับปฐมศึกษาเพิ่มขึ้น พ่อแม่จะมีโอกาสได้กลับเข้าสู่ตลาดแรงงานได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้เป็นแม่ ซึ่งสร้างรายได้ และช่วยลดความเครียดของพ่อแม่ลงและส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ เด็กจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครัวเรือนได้มากขึ้น

นอกจากนั้น การที่เด็กมีสุขภาพดีและพัฒนาการที่ดี ประชากรโดยรวมของประเทศจะมีสุขภาพที่ดีและมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ซึ่งช่วยยกระดับทุนมนุษย์ของประเทศและทำให้แรงงานมีผลิตภาพสูงขึ้น การสูญเสียและต้นทุนทางสังคมจากการเจ็บป่วยก็ลดลง รัฐบาลมีงบประมาณคงเหลือหรือขาดดุลงบประมาณลดลง ซึ่งทำให้การเติบโตและผลการดำเนินงานทางเศรษฐกิจของประเทศดีขึ้น

นอกจากประโยชน์ทางตรงที่เกิดขึ้นจากการลงทุนในเด็กปฐมวัย ซึ่งมีผลทำให้เด็กเติบโตมาสุขภาพดีและความสามารถที่ดี และทำให้การดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้าเป็นไปได้ด้วยดี Amartya K. Sen (Sen, 1999) ยังชี้ให้เห็นถึงถึงประโยชน์ทางอ้อมที่อีกสองช่องทางที่เกิดขึ้นจากการลงทุนในเด็กปฐมวัยว่า

**หนึ่ง** ช่องทางการเชื่อมทางสังคม เมื่อเด็กมีสุขภาพดี ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งขึ้นกับทักษะที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก และ

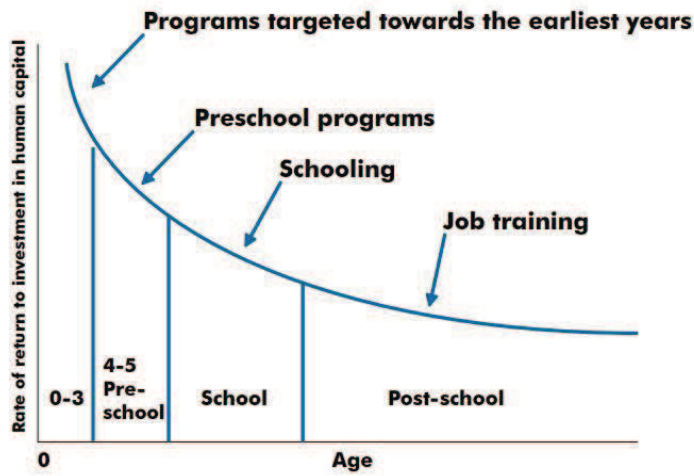
สอง ช่องทางการเชื่อมทางการเมือง เนื่องจากความสำเร็จของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ขึ้นกับคุณภาพของประชาชนที่มีส่วนร่วม หากเด็กเติบโตอย่างมีสุขภาพดีและมีคุณภาพก็จะเติบโตขึ้นเป็น ประชาชนที่มีความสามารถ

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เพียงก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ตัวเด็ก แต่ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่พ่อแม่ สังคม การเมือง และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย หากการลงทุน เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีไม่เพียงพอ หรือเด็กเติบโตในสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ซึ่งจะส่งผลสืบเนื่องต่อเศรษฐกิจทั้งใน ระยะสั้นและในระยะยาว ดังที่แสดงในภาพที่ 2.3

เป็นที่สังเกตว่า ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการลงทุนในเด็กปฐมวัย บางเรื่องให้ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นได้ ทันที เช่น การกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานและการสร้างรายได้ของพ่อแม่ แต่บางเรื่องอาจต้องใช้เวลาานกว่าที่จะ ให้ผลตอบแทนออกมาเป็นรูปธรรมได้ เช่น รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการศึกษาของเด็กเมื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานแล้ว ไม่ว่าจะอย่างไรก็ดี งานศึกษาที่ผ่านมาก อาทิ Garcia *et al.* (2016) พบว่า ผลตอบแทนของการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า โดยให้ผลตอบแทนโดยรวมในอัตราร้อยละ 13.7 ต่อปี และมี อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit/cost ratio) ที่ 7.3 เท่า ซึ่งนับว่า เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและมี ประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

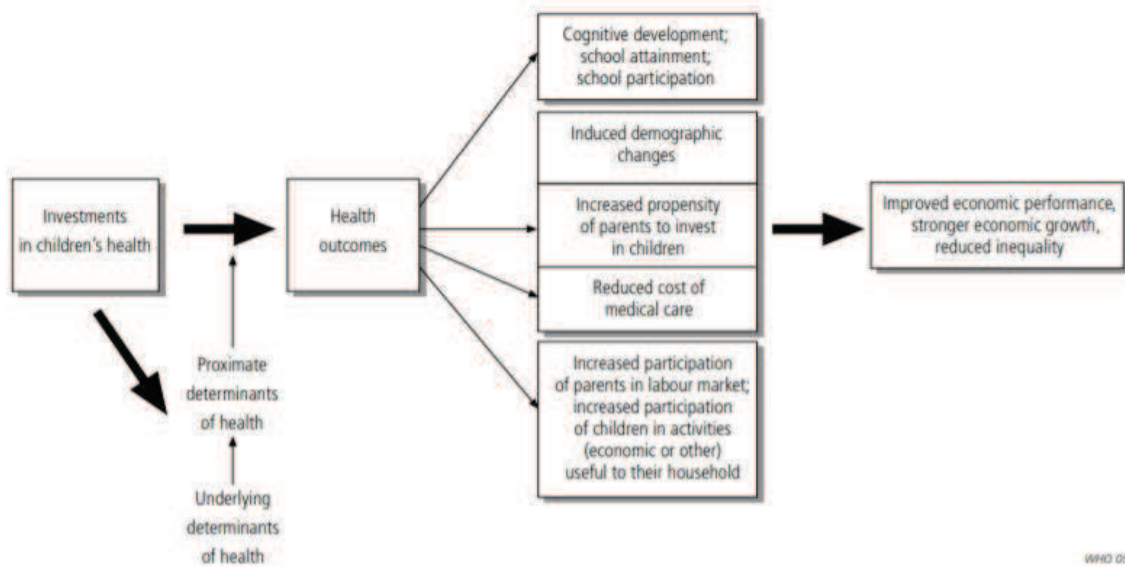
ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก ได้ออกรายงาน ร่วมกันในปี 2018 (WHO *et al.*, 2018) โดยได้กล่าวในตอนต้นของรายงานว่า หนึ่งในหนทางที่ดีที่สุดที่จะช่วย ประเทศให้เจริญก้าวหน้า เติบโตอย่างทั่วถึง มีความเท่าเทียมในด้านโอกาส และยุติความยากจนอย่างรุนแรง คือ การลงทุนในเด็กปฐมวัย

ภาพที่ 2.1 อัตราผลตอบแทนของการลงทุนในเด็กตามระดับช่วงอายุต่าง ๆ



ที่มา: Heckman (2008)

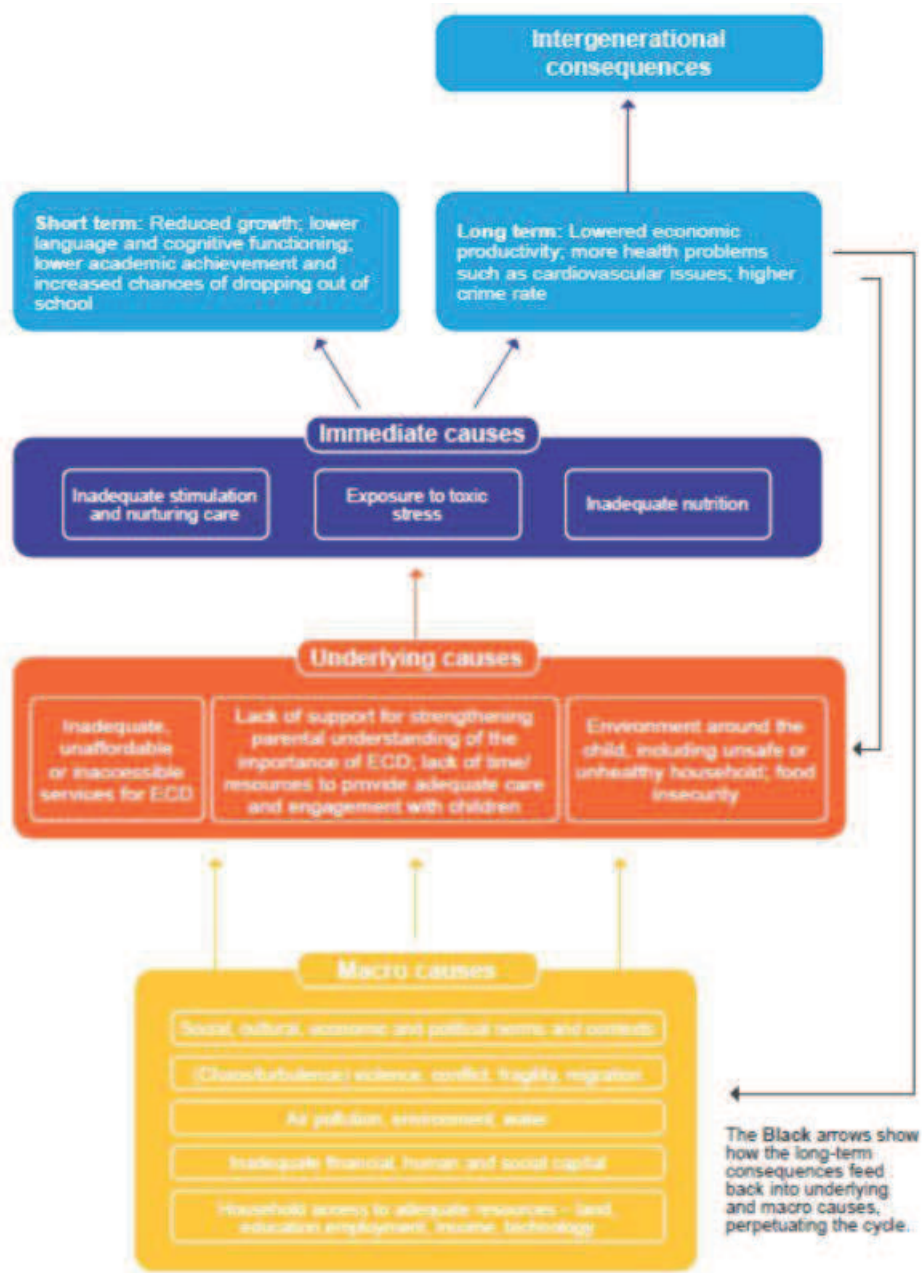
ภาพที่ 2.2 ช่องทางการส่งผ่านของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กปฐมวัยที่มีผลต่อเศรษฐกิจ



ที่มา: Belli et al. (2005)

WHO 05.122

ภาพที่ 2.3 ผลกระทบของการลงทุนในเด็กปฐมวัยที่ไม่เพียงพอ



ที่มา: UNICEF (2017)

## 2.3 คุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย

คุณภาพการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่า ผลตอบแทนจากการลงทุนในเด็กปฐมวัยจะมีมากน้อยเพียงใด งานศึกษาที่ผ่านมาของ Sylva *et al.* (2008) ในประเทศสหราชอาณาจักร ได้ศึกษาติดตามเด็กอายุ 3 ถึง 11 ปี โดยแบ่งกลุ่มเด็กออกเป็น 4 กลุ่ม 1) กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาก่อนวัยเรียน (Home children) 2) กลุ่มที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพต่ำ 3) กลุ่มที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพปานกลาง และ 4) กลุ่มที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพสูง<sup>1</sup> พบว่า คุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนส่งผลต่อผลลัพธ์ทางปัญญาของเด็กที่โตขึ้น

ภาพที่ 2.4 แสดงให้เห็นว่า ทักษะทางปัญญา ซึ่งวัดจากผลคะแนนในวิชาภาษาอังกฤษและคณิตศาสตร์ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (เด็กอายุ 11 ปี) ขึ้นกับคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนเป็นอย่างมาก แม้ว่าทุกกลุ่มเด็กที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนจะมีระดับคะแนนที่สูงกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการศึกษาก่อนวัยเรียน แต่กลุ่มเด็กที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพสูงจะมีผลคะแนนวิชาภาษาอังกฤษและคณิตศาสตร์ที่สูงที่สุด เป็นที่สังเกตว่า ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนส่งผลต่อคะแนนวิชาคณิตศาสตร์มากกว่าวิชาภาษาอังกฤษ

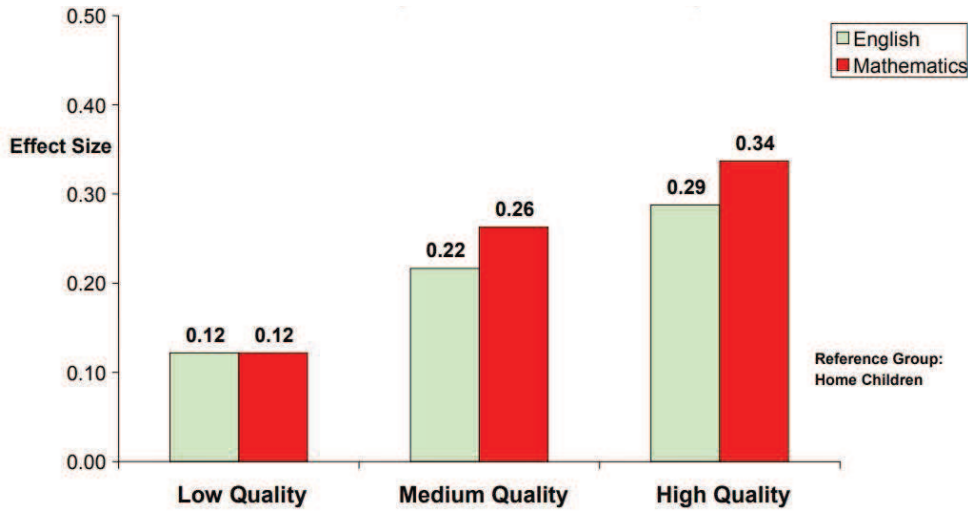
ภาพที่ 2.5 และ 2.6 แสดงให้เห็นว่า คุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสังคมและพฤติกรรมของเด็กที่โตขึ้นด้วยเช่นกัน โดยกลุ่มเด็กที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพสูงพบว่า มีพฤติกรรมกำกับตนเองและพฤติกรรมเอื้อต่อสังคมของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 11 ปี ที่ดีกว่ากลุ่มเด็กที่เข้ารับการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพต่ำกว่า ในขณะที่เดียวกัน ก็มีพฤติกรรมชุน ไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) และพฤติกรรมต่อต้านสังคมน้อยกว่าอีกด้วย (ภาพที่ 2.7 และ 2.8)

ดังนั้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า การจัดการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพสูงนับเป็นเรื่องที่สำคัญต่อพัฒนาการเด็กที่เกิดขึ้นในวัยเรียน ทั้งในด้านทักษะทางปัญญา และพฤติกรรมของเด็กทั้งต่อตัวเด็กและต่อสังคมที่เด็กเติบโตขึ้น ดังนั้น ภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ จึงควรให้ความสำคัญทั้งในมิติของการเข้าถึงบริการทางการศึกษาก่อนวัยเรียนของเด็กไทยและในมิติคุณภาพของการให้บริการ

---

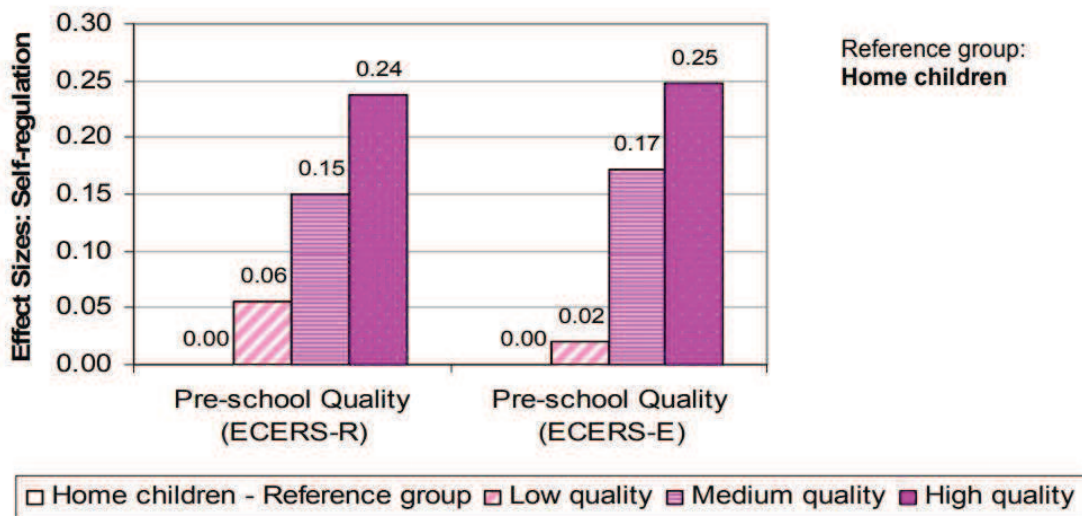
<sup>1</sup> การจัดกลุ่มคุณภาพการศึกษาวัดจากคะแนน ECERS-E scores อ่านเพิ่มเติมได้จาก Sylva *et al.* (1999)

ภาพที่ 2.4 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อผลผลลัพธ์ทางปัญญาของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6



ที่มา: Sylva *et al.* (2008)

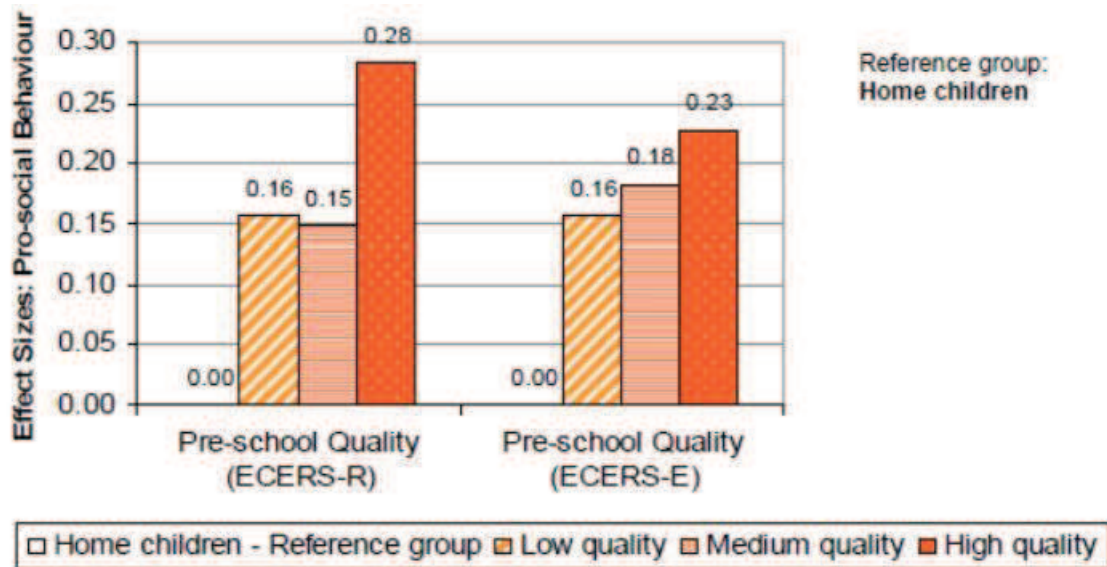
ภาพที่ 2.5 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6



ที่มา: Sylva *et al.* (2008)

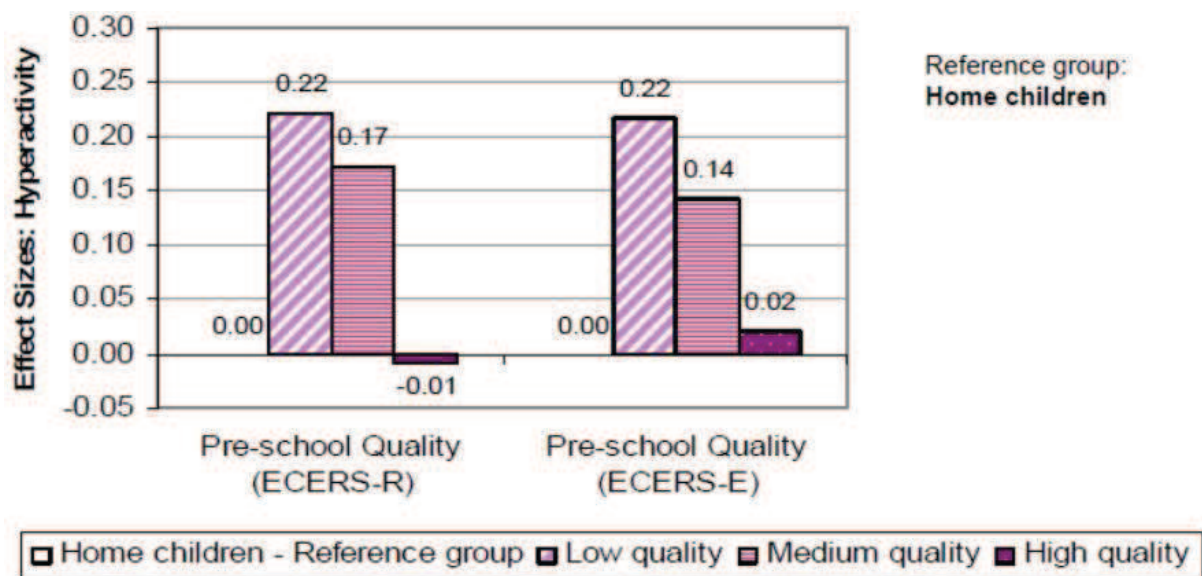


ภาพที่ 2.6 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมเอื้อต่อสังคมของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6



ที่มา: Sylva et al. (2008)

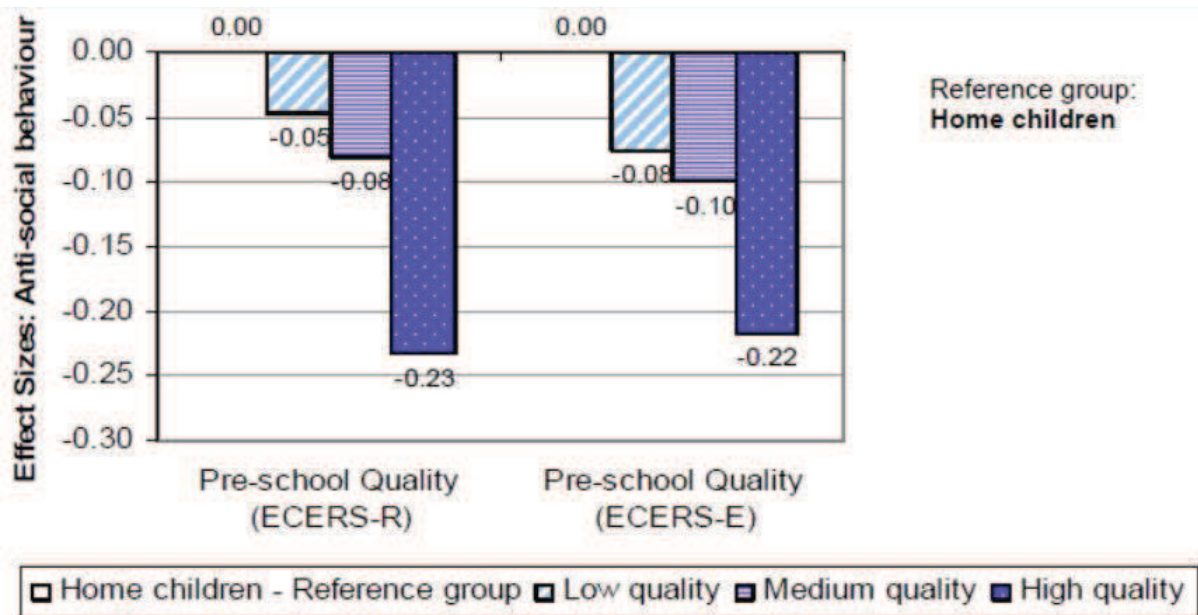
ภาพที่ 2.7 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมซน ไม่อยู่นิ่ง ของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6



ที่มา: Sylva et al. (2008)



ภาพที่ 2.8 ผลกระทบของคุณภาพการศึกษาก่อนวัยเรียนที่มีต่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6



ที่มา: Sylva et al. (2008)

## 2.4 ตัวอย่างโครงการเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย

ตัวอย่างของโครงการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มักถูกอ้างอิงถึงถึงผลประโยชน์ของการลงทุนในเด็กปฐมวัยที่เกิดขึ้น ได้แก่ โครงการ Nurse-Family Partnership โครงการ High/Scope Perry Preschool และโครงการ Carolina Abecedarian Early Intervention และ Carolina Approach to Responsive Education ในประเทศสหรัฐอเมริกา รายละเอียดและผลตอบแทนของแต่ละโครงการพอสรุปได้ดังนี้

### - โครงการ Nurse-Family Partnership

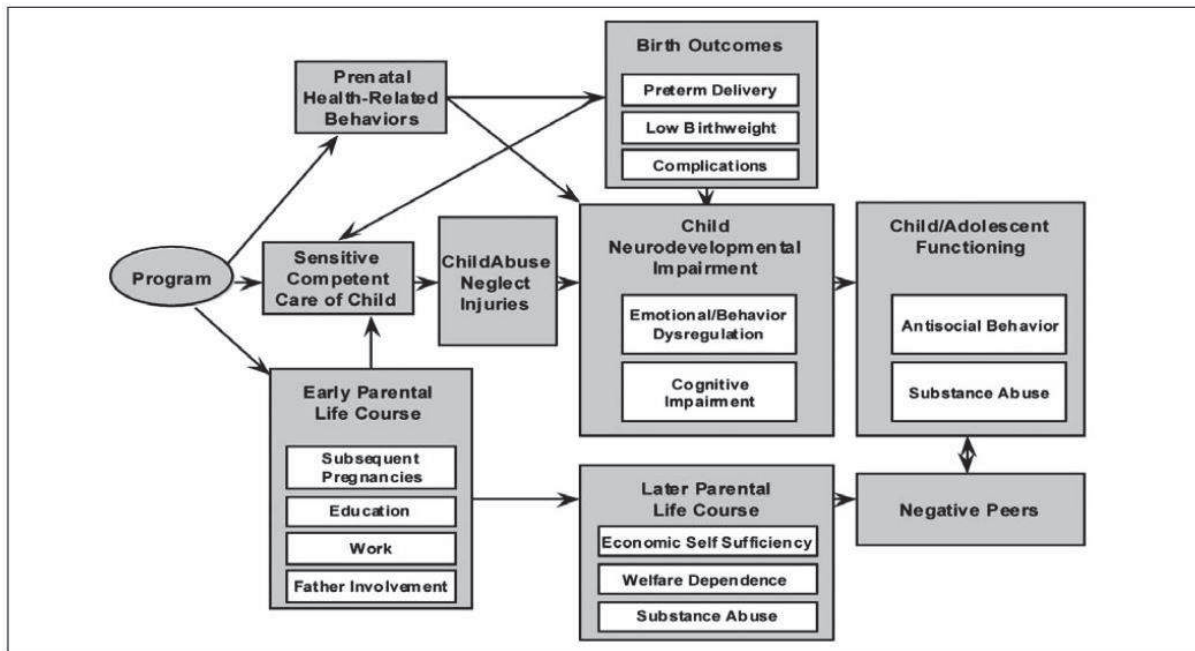
โครงการ Nurse-Family Partnership (NFP) เป็นโครงการเยี่ยมบ้านของแม่ที่ด้อยโอกาสและมีลูกคนแรก ตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ จนถึงเด็กมีอายุ 2 ปี โดยพยาบาล ในหลายเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา อาทิ เมือง Elmira ในปี 1978 เมือง Memphis ในปี 1990 เมือง Denver ในปี 1994 โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) ปรับปรุงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ด้วยการสนับสนุนสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีของแม่ในช่วงก่อนคลอด 2) สนับสนุนสุขภาพและพัฒนาการที่ดีของเด็ก ด้วยการสนับสนุนทักษะการดูแลเด็กปฐมวัยที่ดี 3) สนับสนุนการดำเนินชีวิตต่อไปของแม่ ด้วยการช่วยวางแผนการมีลูก (คนถัดไป) และสนับสนุนการสำเร็จการศึกษา และการหางานทำของแม่ (ภาพที่ 2.9) (Olds, 2012)

งานศึกษาที่ผ่านมา (อาทิ Olds *et al.*, 1998; Heckman *et al.*, 2017) ได้ประเมินถึงประโยชน์ของโครงการที่เกิดขึ้นในหลายด้าน เช่น ต่อสุขภาพของแม่และเด็ก พัฒนาการของเด็ก การพึ่งพาตนเองของครอบครัว ผลการศึกษาที่พบชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับเด็กและพ่อแม่ในระยะยาว Olds *et al.* (1998) ได้ติดตามเด็กที่เข้าร่วมโครงการและพบว่า ผู้ร่วมโครงการ NFP จะมีช่วงเวลาดูแลลูกคนแรกกับคนที่สองมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า เด็กเมื่อโตขึ้นมีปัญหาการหนีออกจาก ถูกจับดำเนินคดี เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบุหรี่ สุรา ยาเสพติด หรือปัญหาพฤติกรรมต่อสังคมอื่น ๆ น้อยลง

งานศึกษาต่อมาของ Heckman *et al.* (2017) พบว่า ในเด็กแรกเกิด โครงการ NFP ส่งผลบวกต่อน้ำหนักของเด็กทารกเพศชาย ในเด็กอายุถึง 2 ปี โครงการ NFP สนับสนุนให้เกิดการลงทุนในเด็กของแต่ละครอบครัวมากขึ้น ทักษะคิดและสุขภาพจิตของแม่ดีขึ้น ในเด็กอายุ 6 ปี โครงการมีส่วนสนับสนุนให้ทักษะทางปัญญาของเด็กทั้งชายและหญิงเพิ่มขึ้น แต่ช่วยเพิ่มทักษะทางอารมณ์สังคมเฉพาะในกลุ่มเด็กหญิง เนื่องจากโครงการช่วยสนับสนุนให้เกิดปรับปรุงสภาวะของมารดาและเพิ่มการลงทุนในเด็กปฐมวัย ในเด็กอายุ 12 ปี เด็กชายที่เข้าร่วมโครงการพบว่า มีคะแนนการเรียนที่สูงขึ้น เนื่องจากทักษะปัญหาที่เพิ่มขึ้นในช่วงแรก

ทั้งนี้ ผลการของ Heckman *et al.* (2017) ค่อนข้างมีความน่าสนใจที่ ผลของการลงทุนในเด็กปฐมวัยของโครงการ NFP ถูกพบว่า ขึ้นกับเพศของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ กล่าวคือ ผลต่อเด็กเพศชายและเพศหญิงพบว่า มีความแตกต่างกัน โดยเด็กชายจะได้รับประโยชน์จากโครงการในระยะยาวมากกว่าเด็กหญิง ซึ่งน่าจะเป็นประเด็นของงานศึกษาเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต

ภาพที่ 2.9 ผลของโครงการ Nurse-Family Partnership ที่มีต่อสุขภาพและพัฒนาการของแม่และเด็ก



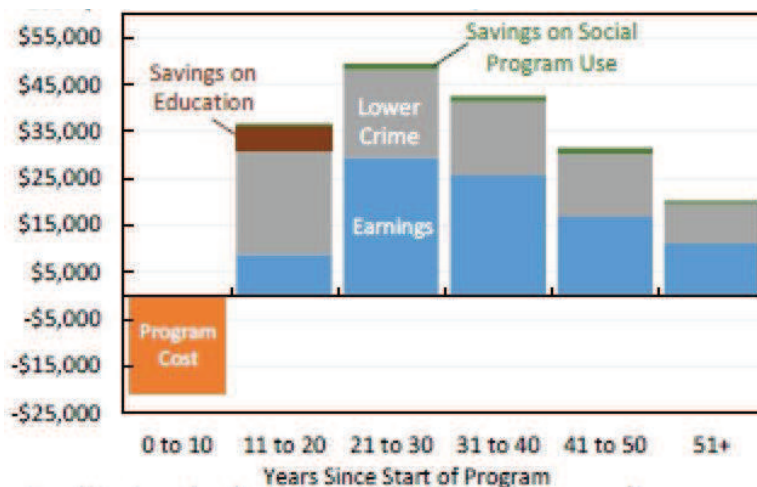
ที่มา: Olds (2012)

#### - โครงการ High/Scope Perry Preschool

โครงการ High/Scope Perry Preschool เป็นโครงการที่ให้การศึกษาแก่เด็กปฐมวัยอายุ 3 ถึง 4 ขวบ ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงระหว่างปี 1962 ถึงปี 1964 (ระยะเวลาโครงการสองปี) และตามเก็บข้อมูลของเด็กที่เข้าร่วมโครงการจนถึงปัจจุบัน ด้วยหลักสูตร High/Scope ที่เน้นกระบวนการเรียนการสอนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนพัฒนาการทักษะด้านปัญญาและด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก โดยการกระตุ้นให้เด็กดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการ 3 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Do) และ 3) การทบทวน (Review) นอกจากนี้ ในโครงการนี้ ยังได้จัดให้ครูผู้สอนเยี่ยมบ้านเด็กอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์

สำหรับผลตอบแทนของโครงการ High/Scope Perry Preschool งานศึกษาของ Heckman *et al.* (2010) ได้ประมาณการผลตอบแทนทางสังคมของโครงการนี้ไว้ที่ 7-10% โดยประโยชน์ของโครงการวัดจากการสำเร็จการศึกษาที่เพิ่มขึ้น การจ้างงานและรายได้ที่สูงขึ้น ทั้งในส่วนของพ่อแม่และตัวเด็ก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการเรียนซ่อมเสริม ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนของตัวเด็กและสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้อง และค่าใช้จ่ายทางด้านอาชญากรรมที่ลดลง ทั้งนี้ สภาเศรษฐกิจแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Council of Economic Advisers) ได้นำค่าที่ Heckman *et al.* ประมาณการได้มาคำนวณหาผลประโยชน์สุทธิที่เกิดขึ้นต่อเด็ก 1 คนที่เข้าร่วมโครงการ ตามช่วงอายุต่าง ๆ ผลที่ได้แสดงในภาพที่ 2.10 โดยในช่วง 10 ปีแรกของโครงการ ผลประโยชน์สุทธิของโครงการติดลบ เนื่องจากเป็นช่วงที่คิดค่าใช้จ่ายของโครงการ ซึ่งสูงกว่าประโยชน์ระยะสั้นที่เกิดขึ้น (เช่น การกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานของพ่อแม่) แต่หลังจากนั้นผลประโยชน์สุทธิของโครงการจะมีค่าเป็นบวกในระยะยาว และมีค่าสูงสุดในช่วงที่เด็กอยู่ในช่วงอายุปลาย 20 ปี

ภาพที่ 2.10 ผลตอบแทนสุทธิต่อเด็ก 1 คนของโครงการ High/Scope Perry Preschool ตามช่วงอายุ



ที่มา: CEA (2015)

- โครงการ Carolina Abecedarian Early Intervention และโครงการ Carolina Approach to Responsive Education

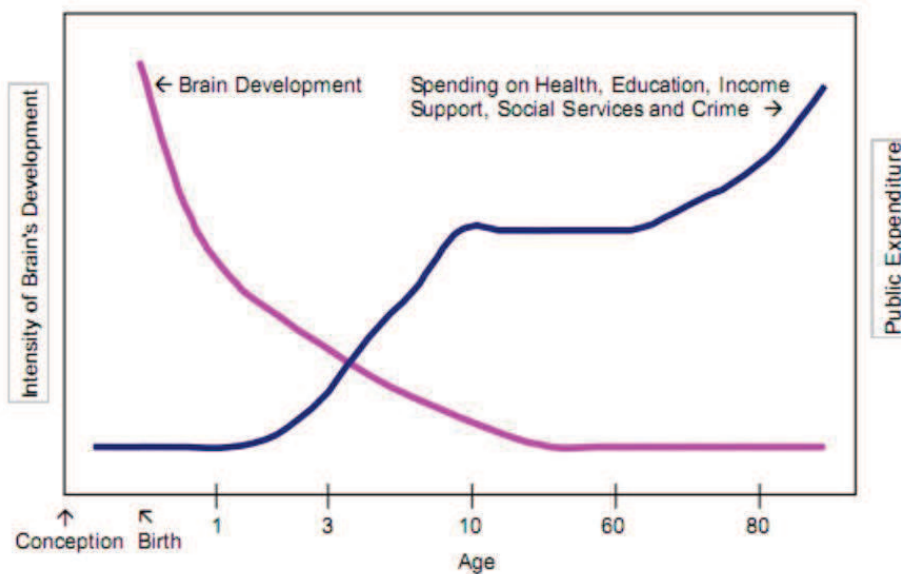
โครงการเด็กปฐมวัย Carolina Abecedarian Early Intervention (ABC) และโครงการ Carolina Approach to Responsive Education (CARE) เป็นโครงการที่ดูแลเด็ก African-American ด้อยโอกาสอย่างครอบคลุม มีคุณภาพ และเน้นการให้ความรู้ ช่วงทศวรรษ 1970 ในรัฐ North Carolina ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ติดตามเด็กที่เข้าร่วมโครงการจนถึงปัจจุบัน ในเฟสแรกของโครงการได้มีการจัดการให้บริการดูแลแก่เด็กที่เข้าร่วมโครงการแบบไม่มีค่าใช้จ่าย 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่เด็กเกิด (อายุ 8 สัปดาห์) จนถึงอายุ 5 ปี และในเฟสสองของโครงการเป็นบริการสนับสนุนพัฒนาการทางการเรียนในช่วง 3 ปีแรกของเด็ก โดยมีการเข้าไปเยี่ยมเยียนให้คำแนะนำที่บ้านเป็นประจำทุกสองสัปดาห์ เพื่อช่วยให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการเรียนของเด็กได้ดีขึ้น งานศึกษาของ Garcia *at al.* (2017) ได้ประมาณการอัตราผลตอบแทนภายในของโครงการที่ 13.7% ต่อปี และมีอัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุนที่ 7.3 เท่า โดยประโยชน์ที่เด็กได้รับการลงทุนในเด็กปฐมวัยวัยจากรายได้เมื่อเข้าวัยทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีทักษะที่สูงรายได้ของพ่อแม่ที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลงและอาชญากรรมที่ลดลง

ผลการศึกษาของ Garcia *at al.* (2017) ค่อนข้างมีความน่าสนใจเนื่องจากอัตราผลตอบแทนของโครงการที่ดูแลเด็กอย่างครอบคลุมตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี สูงกว่าการลงทุนของโครงการ High/Scope Perry Preschool แต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากเป็นโครงการที่เริ่มดูแลและสนับสนุนตั้งแต่เด็กเกิด พัฒนาการและทักษะของเด็กขึ้นกับพัฒนาการและทักษะที่เด็กมีในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น หากเด็กมีพัฒนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น ย่อมทำให้เด็กมีพัฒนาการและทักษะที่ดีในการดำเนินชีวิตภายหลัง ทั้งนี้ โปรแกรม

การดูแลเด็กส่งผลในสองด้าน **ด้านที่หนึ่ง** ได้ช่วยให้แม่สามารถกลับเข้าตลาดแรงงานและมีรายได้ โดยรายได้ที่เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีแรก พบว่า สูงกว่าต้นทุนของโปรแกรมการพัฒนาเด็กในช่วงปฐมวัยที่เกิดขึ้น และ**ด้านที่สอง** ได้ช่วยให้เด็กมีระดับพัฒนาการที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนและการดำเนินชีวิตต่อไปของเด็ก

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผลตอบแทนของการลงทุนในเด็กตามช่วงอายุต่าง ๆ มีลักษณะสอดคล้องกับระดับการพัฒนาสมองที่เกิดขึ้น จากรายงานของ Northern Ireland Assembly (2011) แสดงให้เห็นระดับการพัฒนาสมองในช่วงอายุต่าง ๆ โดยช่วงอายุที่มีระดับการพัฒนาสมองที่สูงที่สุดคือ ช่วงปฐมวัย และค่อยลดลงมาเรื่อย ๆ นอกจากนั้น จากภาพที่ 2.11 ยังแสดงให้เห็นว่า ระดับการพัฒนาสมองกลับมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับรายจ่ายภาครัฐทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดคำถามขึ้นกับการจัดสรรงบประมาณภาครัฐว่า เป็นไปอย่างเหมาะสมแล้วหรือไม่? ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดยให้ความสำคัญกับการลงทุนในเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นหรือเปล่า? เพราะจะทำให้ผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากรายจ่ายหรือการลงทุนภาครัฐเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้รายงานของ OECD (2010) แนะนำว่า ภาครัฐควรลงทุนในเด็กช่วงปฐมวัย (เรียกว่า “Dora the Explorer” years of childhood) มากกว่าในช่วงเวลาวัยเด็กตอนปลาย (เรียกว่า “Facebook” years) โดยการลงทุนในเด็กควรให้ความสำคัญยิ่งยิ่งกับเด็กในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง

ภาพที่ 2.11 พัฒนาการสมองและรายจ่ายภาครัฐทางสังคมตามระดับช่วงอายุต่าง ๆ



ที่มา: Northern Ireland Assembly (2011)

## 2.5 การพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

### 2.5.1 การดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงที่ผ่านมา

ประเทศไทยมีแผนการพัฒนาเด็กมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาเด็กระยะยาวและแผนพัฒนาเยาวชนระยะยาว พ.ศ. 2522 - 2542 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2535 ยังได้จัดทำแนวนโยบายในการดำเนินการพัฒนาเด็กโดยใช้สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กด้วย แต่แผนพัฒนาเด็กทุกแผนข้างต้นจะกล่าวถึงการพัฒนาเด็กโดยรวมในช่วง 0 - 18 ปี หรือ 0 - 25 ปี โดยไม่มีแผนที่เน้นเฉพาะเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปี (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2544)

เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติได้จัดทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) พ.ศ. 2545 - 2549 เป็นครั้งแรก นำเสนอต่อคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติเพื่อให้ความเห็นชอบในหลักการและผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (บังอร เทพเทียน และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, 2550) ทั้งนี้ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) พ.ศ. 2545 - 2549 มุ่งให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และทักษะแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลเด็ก ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย การเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียน รวมไปถึง การพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการจัดการศึกษาและพัฒนาเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการส่งต่อความรับผิดชอบไปยังชุมชนและท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม การผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัยดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพนัก เนื่องจากขาดความต่อเนื่องและการประสานงานระหว่างกันในการดำเนินการ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้มีการถ่ายโอนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ส่วนราชการต่าง ๆ ดำเนินการไปให้กับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดูแล ภายใต้การสนับสนุนการดำเนินการของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทั้งในด้านวิชาการ งบประมาณ และการพัฒนาบุคลากร ในขณะที่ท้องถิ่นปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความพร้อมในการดำเนินการ (บังอร เทพเทียน และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, 2550) นอกจากนี้ สถานรับเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่ ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ยังด้อยคุณภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งยังไม่มีมาตรการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2550) ในขณะที่ ครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีโอกาสเรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติกับเด็กในทางที่ถูกที่ควร รวมถึงยังมีความเข้าใจผิดหลายประการเกี่ยวกับการเลี้ยงและดูแลเด็ก (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2550)

ในช่วงเวลาถัดมา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาจึงได้จัดทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550 - 2559 ขึ้น ซึ่งร่างนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรีในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการ สร้างแนวคิดและแนวทางร่วมกันในการส่งเสริมสนับสนุนเด็กปฐมวัยทุกคนให้มีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพของ



ตน การบูรณาการและประสานงานกันระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเก็บข้อมูลและติดตามประเมินผลการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ โดยมียุทธศาสตร์หลัก 3 ประการ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ยุทธศาสตร์การส่งเสริมพ่อแม่และผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย

การดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงนี้มีความก้าวหน้าขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- รัฐบาลได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาเด็กปฐมวัยของชาติ พ.ศ. 2551 และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.พ.ป.) ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องการจัดทำนโยบายและแผน มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงการบูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลส่งผ่าน และแลกเปลี่ยนข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างหน่วยงาน เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- รัฐบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติด้านเด็กปฐมวัยอีกคณะหนึ่ง คือ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) ซึ่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีหน้าที่ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชนของประเทศ รวมทั้งเสนอนโยบายและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรีด้วย
- ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงหลัก 4 กระทรวง ประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงนามกรอบความร่วมมือการพัฒนาคนทุกช่วงวัย โดยมีกรอบบูรณาการปฐมวัยให้มีกลไกขับเคลื่อนระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอที่ชัดเจน รวมถึงมีตัวชี้วัดหลักภายใต้เป้าหมายร่วมกัน
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดให้มีโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้การอุดหนุนรายละ 600 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นระยะเวลา 12 เดือน และขยายเป็นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กแรกเกิดในครัวเรือนที่ยากจนหรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน จำนวน 128,000 คน นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยกรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) เพื่อรับผิดชอบงานด้านเด็กปฐมวัย ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัดให้เป็นรูปธรรม และเชื่อมโยงการทำงานจากระดับนโยบายสู่ภูมิภาคได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 เพื่อดูแลเด็กเร่ร่อน เด็กกำพร้า เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กพิการ เด็กที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมหรือประกอบอาชีพไม่เหมาะสม เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยมิชอบ หรือเด็กที่อยู่ในสภาพยากลำบากลักษณะต่าง ๆ โดยการให้ความช่วยเหลือจัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ กลุ่มแรก เป็นการสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจนและประสบปัญหาเดือดร้อน โดยนักสังคมสงเคราะห์จะเข้าไปให้คำปรึกษาแนะนำ หรืออาจให้ความช่วยเหลือทั้งเงินและสิ่งของ กลุ่มที่สอง เป็นการจัดหาครอบครัวทดแทนชั่วคราวให้แก่เด็ก และการจัดหาครอบครัวทดแทนที่มีสถานะถาวร โดยการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมทั้งของชาวไทยและชาวต่างประเทศ และ

กลุ่มที่สาม เป็นการสนับสนุนให้ภาคเอกชนจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กและสถานสงเคราะห์เด็ก ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 รวมทั้งมีการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงและพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากรของกระทรวงฯ และประชาชนที่มีรายได้น้อย

- กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย รวมถึงทารกที่อยู่ในครรภ์และเด็กปฐมวัย และเป็นหน่วยงานที่เข้าถึงพ่อแม่และเด็ก นับตั้งแต่การบริการให้ข้อมูลความรู้ ก่อนแต่งงาน การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ การดูแลแม่ที่ตั้งครรภ์ ตลอดจนการดูแลรอบครรภ์ที่มีบุตร ในช่วงปฐมวัย มีโครงการคัดกรองเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน โดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แล้วดูแล ส่งเสริม กระตุ้น เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก เช่น การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก เป็นต้น
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจัดการศึกษาปฐมวัยสำหรับเด็กอายุ 2 – 5 ปี ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 16,708 ศูนย์ (ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยกระดับการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยกำหนดมาตรฐาน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านวิชาการและกิจกรรมตามหลักสูตร ด้านการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน และด้านส่งเสริมเครือข่ายการพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงการจัดทำมาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย
- กระทรวงศึกษาธิการ มีหน่วยงานที่จัดการศึกษาและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช.) และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.) โดย
  - สพฐ. ได้จัดทำหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 เพื่อให้สถานศึกษาและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท และจัดการศึกษาระดับปฐมวัยหลักสูตร 3 ปี (อนุบาล 3 – 5 ปี) ในปีการศึกษา พ.ศ. 2559 มีนักเรียนจำนวน 897,563 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2560)
  - สกศ. ได้เร่งผลักดันการจัดทำ (ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564 (ร่าง) มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ... การจัดทำระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลกลางด้านเด็กปฐมวัยของประเทศ รวมถึงสมรรถนะของเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปี ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศมีแนวทางและมาตรฐานเดียวกัน



○ สช. จัดการศึกษาในระดับปฐมวัย หลักสูตร 3 ปี (อนุบาล 3 – 5 ปี) ในปีการศึกษา พ.ศ. 2559 มีนักเรียนจำนวน 609,419 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

- กระทรวงแรงงาน มีหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คือ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นบุตรของผู้ใช้แรงงาน โดยจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กวิทยาเขตสิรินธรราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เพื่อรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนบุตรผู้ใช้แรงงาน
- กระทรวงยุติธรรม ได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้แก่เรือนจำและทัณฑสถานที่ควบคุมเด็กที่ต้องขัง และผู้ต้องขังหญิงที่ตั้งครรภ์ และให้โรงพยาบาลหรือสาธารณสุขเป็นผู้จัดอบรมให้แก่ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังหญิงที่ตั้งครรภ์และเด็กที่ต้องขัง เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและการดูแลหลังคลอด
- กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับเด็กไทย ครอบคลุมทั้งบริการรักษาพยาบาลที่คุ้มครองเด็กที่ปกติหรือเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด และการรักษาโรคทั่วไป การรักษาโรคเฉพาะทาง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค บริการวัคซีน และบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันให้กับเด็กไทยทุกคน
- กองทุนประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินอุดหนุนกรณีคลอดบุตรให้กับผู้ประกันตนหญิง จำนวน 13,000 บาท ต่อครั้ง รวมทั้งค่าหยุดงานร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้ง เงินอุดหนุนกรณีคลอดบุตรให้กับผู้ประกันตนชาย จำนวน 13,000 บาทต่อครั้ง เงินอุดหนุนกรณีสงเคราะห์บุตร จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือน (ไม่เกิน 3 คน) ในช่วงบุตรอายุ 0 – 6 ปี

การพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงนี้ยังคงดำเนินการได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่นัก (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) โดยแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2579 มีการระบุว่ากลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ยังมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยและพัฒนาการล่าช้า โดยพัฒนาการที่ล่าช้าสุด คือ พัฒนาการด้านภาษา สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็ก ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีเด็กปฐมวัยที่เข้าข่ายมีพัฒนาการล่าช้าเป็นสัดส่วนร้อยละ 23 โดยพัฒนาการล่าช้า**อันดับหนึ่ง** ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 18 และ 30 เดือน **อันดับสอง** ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine motor) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 42 เดือน และ**อันดับสาม** ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor) พบมากในกลุ่มเด็กช่วง 9 เดือน (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2560) ทั้งนี้ เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่และคนในครอบครัว (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2560) โดยปัญหาข้างต้นมีสาเหตุหลักมาจากการที่คนในครอบครัวไม่มีความรู้และทรัพยากรในการเลี้ยงดูที่เพียงพอ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560)

ในส่วนของกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานศึกษาเด็กปฐมวัยที่ยังมีปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งในด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน สภาพแวดล้อมของศูนย์ รวมถึงคุณภาพของบุคลากรและครุด้วย งานศึกษาของ ธราดล เปี่ยมพงศ์สานต์ เสกสิริ นิวัติศัยวงศ์ และวิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ

(2560) อ้างอิงผลการประเมินคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนทั้งสิ้น 21,036 แห่งทั่วประเทศ โดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) พบว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับผลการประเมินอยู่ในระดับดีมากและระดับดีรวมกันเพียงร้อยละ 40.43 ในขณะที่ ได้รับผลประเมินในระดับพอใช้ ร้อยละ 48.79 ระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 8.96 และระดับต้องปรับปรุงเร่งด่วน ร้อยละ 1.80 ในขณะที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 มีอยู่เพียงร้อยละ 20 ของศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด เท่านั้น นอกจากนี้ ประเทศไทยยังขาดการประกันคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุ 0 – 2 ปีอีกด้วย นอกจากนี้ งานศึกษาของ สมชัย จิตสุชน จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ ยศ วัชระคุปต์ และนันทพร เมธาคุณวุฒิ (2554) ยังระบุถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่ง ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการแบบถ้วนหน้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เป็นนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งมีครอบครัวของแรงงานจำนวนมาก

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2559 (MICS5) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ (ประเทศไทย) พบว่าการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทยมีแนวโน้มในทางที่ดี อย่างไรก็ตาม ยังคงพบเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาทางด้าน อาทิ ภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน การบริโภคเกลือที่ไม่มีไอโอดีนหรือเกลือที่มีไอโอดีนไม่เพียงพอ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการปฐมวัยที่มีคุณภาพเป็นต้น ในขณะที่ เอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี ยังระบุถึงปัญหาต่อสุขภาพของเด็กไทย 6 ด้านสำคัญ ที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2554 ประกอบด้วย การตั้งครกที่ไม่พร้อม ภาวะความผิดปกติแต่กำเนิด (ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ ชาติลีซีเมีย และภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน) ภาวะพร่องโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน พัฒนาการผิดปกติ ภาวะผิดปกติทางสายตาและการได้ยิน และการขาดคุณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

งานศึกษาของ สมชัย จิตสุชน จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ ยศ วัชระคุปต์ และนันทพร เมธาคุณวุฒิ (2554) ยังได้กล่าวถึงสถานสงเคราะห์เด็ก ซึ่งถือเป็นปรากฏการณ์สุดท้ายที่ให้การช่วยเหลือแก่เด็กที่หลุดจากโครงข่ายความคุ้มครองทางสังคม (Social safety net) ต่าง ๆ ที่รัฐได้จัดให้ ซึ่งรัฐควรจัดให้มีความเพียงพอต่อการรองรับเด็กที่ประสบปัญหาทุกคน อย่างไรก็ตาม การกระจายตัวของสถานสงเคราะห์เด็กมักตั้งอยู่แต่ในเขตเมืองใหญ่ ทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับบทความเรื่อง “นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ” โดย โธมัส ดาวิน ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Service Crisis Center - OSCC) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กเกือบ 9,000 คนเข้ารับการรักษาพยาบาลเนื่องจากถูกระทำรุนแรง โดยมีการคาดหมายว่ายังมีเหตุการณ์เหล่านี้อีกจำนวนมากที่ไม่มีรายงาน เนื่องจากกลไกในการระบุตัวเด็กและระบบติดตามยังคงขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ บริการคุ้มครองเด็กที่มีอยู่ในปัจจุบันยังคงจำกัดอยู่เฉพาะในระดับจังหวัด ในขณะที่ความรุนแรงและการล่วงละเมิดเด็กมักเกิดขึ้นในระดับตำบลหรือในหมู่บ้านที่ยังขาดกลไกการเฝ้าระวังและการตอบสนองที่เหมาะสม

## 2.5.2 ข้อเสนอแนะของงานศึกษาที่ผ่านมา

งานศึกษาของ บังอร เทพเทียน และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์ (2550) เสนอให้ภาครัฐควรกำหนดแนวนโยบายเพื่อดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังต่อไปนี้

- 1) พัฒนารูปแบบสวัสดิการครอบครัวและเด็กปฐมวัยให้มีความหลากหลาย และสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีทางการดำเนินชีวิตของครอบครัวในยุคปัจจุบัน เช่น การจัดบริการแบบให้เปล่า (หรือบริการค่าใช้จ่ายต่ำ) ด้านการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมการเป็นพ่อแม่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการอนามัย การดูแลตนเองก่อนและหลังคลอด การให้กำเนิดบุตร การวางแผนครอบครัว การดูแลด้านการแพทย์ การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งภายในครอบครัว การแนะแนวด้านชีวิตสมรส และการให้บริการรักษาด้านอารมณ์และจิตใจของครอบครัว
- 2) จัดการศึกษาปฐมวัยในหลากหลายรูปแบบ เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว รวมถึงมีการกำหนดมาตรฐานศูนย์ดูแลหรือพัฒนาเด็กปฐมวัย
- 3) ส่งเสริมให้ผู้ปกครองและครอบครัว มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนและกิจกรรมของโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย รวมตลอดถึงการเป็นคณะกรรมการบริหารโรงเรียน - ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย
- 4) ส่งเสริมให้องค์กรเอกชนและธุรกิจ กำหนดเวลาที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้ที่ต้องทำหน้าที่พ่อแม่
- 5) จัดสวัสดิการเพื่อช่วยให้ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว สามารถอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้เติบโตอย่างสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 6) แนวนโยบายทางการศึกษาที่โอนภารกิจการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญมาก ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้บริหาร ทั้งในส่วนกลาง เขตพื้นที่การศึกษา และกรรมการสถานศึกษา มีความชัดเจนในเรื่องของการกระจายอำนาจ รวมทั้งการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีแนวนโยบายด้านการศึกษาที่ชัดเจน และกระจายอำนาจให้ตามความพร้อมของแต่ละองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ รวมทั้งรัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอที่ก่อให้เกิดการศึกษาระดับปฐมวัยที่มีคุณภาพ

งานศึกษาของ ธราดล เปี่ยมพงศ์สานต์ เสกสิริ นิวัตศิขวงศ์ และวิพิตรา โตเต็มโชคชัยการ (2560) ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ในช่วงที่ยังอยู่ในครรภ์มารดา โดยแยกออกเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้

- การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรทำการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เห็นความ สำคัญของการมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และการได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งตามเกณฑ์
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรวางแผนเป้าหมายดำเนินการลดจำนวนแม่วัยใสในประเทศไทย

- รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา จัดการและดูแล การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ตลอดจนการควบคุมและป้องกันภาวะทุพโภชนาการให้กับเด็ก ปฐมวัย เพื่อให้เด็กปฐมวัยในประเทศไทยเติบโตอย่างแข็งแรง
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประชาชน
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรควบคุมการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และ การตลาดของธุรกิจนมผสม
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน โรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทุกแห่ง
- ไอโอดีน – คุณภาพเกลือบริโภค
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรมีการกำกับดูแลคุณภาพเกลือบริโภคอย่าง ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ ควรทำการสำรวจคุณภาพเกลือ บริโภคให้บ่อยครั้งมากขึ้น
- ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม
  - สนับสนุนการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องพัฒนาการเด็ก รวมถึงวิธีการดูแล สร้างเสริม และกระตุ้น พัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยสนับสนุนให้หน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือและทำการ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึง - สนับสนุนการลด ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ด้วยการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และส่งเสริมการทำ จิต บำบัดครอบครัว (Family Therapy)
  - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะต้องทำการประชาสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเพื่อให้ ประชาชนและผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจในหน้าที่และสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่าง ทั่วถึงมากขึ้น
- เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตร
  - เสนอให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตรอายุ 0 – 6 ปี จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือน แก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย คือ มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่ำกว่า 15,000 บาท ซึ่งหากผู้ปกครอง ของเด็กนั้นไม่ได้อยู่ใน ประกันสังคมจะได้รับ 600 บาท ต่อเดือนต่อเด็กหนึ่งคน แต่หาก ผู้ปกครองของเด็กนั้นอยู่ในประกันสังคมจะได้รับ 200 บาท ต่อเดือนต่อเด็กหนึ่งคน ซึ่ง แนวทางนี้จะทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณอยู่ที่ 4.8 พันล้านบาท ซึ่งคิด เป็นเพียงร้อยละ 0.18 ของงบประมาณปี พ.ศ. 2559 - หากรัฐบาลมีงบประมาณไม่เพียงพออาจทำการลด ปริมาณลงโดยให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูบุตรแก่ ครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่ำกว่า 10,000 บาทแทน ซึ่งแนวทางนี้จะทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณอยู่ที่ 3.3 พันล้านบาท ซึ่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.12 ของงบประมาณปี พ.ศ. 2559

- สิทธิลาคลอด
  - เสนอให้คงสิทธิลาคลอดไว้ในลักษณะเดิม คือ 2 วัน แต่ให้เพิ่มสิทธิลาหยุดติดต่อกันกับลาคลอดเพื่อดูแลครอบครัวอีก 90 วัน หรืออีกราว 12 สัปดาห์ หรือราว 3 เดือนนั่นเอง โดยการลาหยุดเพื่อ ดูแลครอบครัวที่เพิ่มขึ้นมานั้นควรได้รับเงินเดือนด้วย เพื่อให้แม่ไม่ต้องกังวลเรื่องรายได้ว่าจะหายไป หรือไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ลาหยุด โดยให้ประกันสังคมจ่ายค่าจ้างเดือนที่ 2 เพิ่มจากเดิม 3,750 บาท เป็น 7500 บาท และเดือนที่ 3 จ่ายจากเต็ม 7,500 บาทเป็นจ่ายเต็มจำนวนแต่ไม่เกิน 15,000 บาท และให้ประกันสังคมจ่ายค่าจ้างเดือนที่ 4 – 6 เต็มจำนวนแต่ไม่เกิน 15,000 บาท ซึ่งแนวทางนี้จะทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณ อยู่ราว 1.9 หมื่นล้านบาท
- การศึกษาของเด็กปฐมวัย – ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดมาตรฐานกลางในการประเมินคุณภาพและการให้การศึกษาแก่เด็กปฐมวัย ให้ทุกหน่วยงานใช้ร่วมกัน
  - สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประเมินคุณภาพ การศึกษาภายนอก ควรทำการจัดเก็บข้อมูลดิบที่สำคัญมาแยกวิเคราะห์เพื่อสรุปผลต่อ เช่น จำนวนนักเรียนต่อหนึ่งห้องเรียน จำนวนห้องเรียนที่มีสัดส่วนของครูต่อนักเรียนในห้องที่เหมาะสม จำนวนครูที่ไม่ได้จบการศึกษาทางด้านปฐมวัยโดยตรง การสนับสนุนให้ครูหรือผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับการอบรมด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประจำทุกปี เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นตัวชี้วัดและเป็นสถิติที่สำคัญยิ่งต่อการวางแผนพัฒนาการศึกษาของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการให้ครูผู้สอนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจบ การศึกษาทางด้านปฐมวัยโดยตรงทั้งหมด หรือควรมีกระบวนการอบรมด้านพัฒนาการเด็ก และการจัดการเรียนการสอนให้กับเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ ให้กับบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้อันจะนำไปสู่การดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
  - ในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลศูนย์เด็กเล็กในประเทศไทย ควรเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มากขึ้น
  - รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรประยุกต์การจัดการเรียนการสอนแบบกระตุ้นกระบวนการ คิดของเด็ก นำมาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในประเทศไทยให้มากขึ้น โดยต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและคุณภาพ การศึกษาที่เด็กได้รับ และงบประมาณที่ใช้เป็นสำคัญ ยกตัวอย่าง หากนำต้นแบบมาจาก โครงการลดความเหลื่อมล้ำด้วยการศึกษาปฐมวัยที่มีคุณภาพ (Reducing Inequality through Early Childhood Education; RIECE

Thailand) ซึ่งนำแนวทาง "ไฮสโคป" มาจัดทำแผนการสอนที่มีคุณภาพและมีความละเอียดสูง เพื่อให้ครูสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะใช้งบประมาณรวมคิดเป็น 15,306.54 ล้านบาทต่อปี เป็นต้น

- รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มการให้ความรู้กับพ่อแม่ในเรื่องพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกวิธีให้มากขึ้น โดยเฉพาะการเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุ 0-2 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สำคัญต่อการเสริม สร้างพัฒนาการของเด็ก รัฐบาลและหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณภาพในสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น

เอกสาร “ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพเด็กอายุ 0 – 5 ปี” เสนอข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การแก้ไขสุขภาพของเด็กไทยใน 6 เรื่องสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### 1) การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

- ขับเคลื่อนสังคมให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน
- ประสานนโยบายและการปฏิบัติ ซึ่งปัจจุบันมีหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันอยู่ภายใต้คณะกรรมการระดับชาติหลายคณะ เช่น คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ และคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้ว ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมบทบาทของผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน ในการแก้ปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบและวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ (และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น รวมถึงจัดให้มีการเข้าถึงมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงและมีความหลากหลาย ในราคาที่ไม่แพง
- สร้างองค์ความรู้และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาและผลกระทบ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

#### 2) ภาวะความผิดปกติแต่กำเนิด

- กำหนดให้การตรวจกรองความผิดปกติแต่กำเนิด 3 ลักษณะ ประกอบด้วย ธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และกลุ่มอาการดาวน์ เป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้สำคัญของความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาความผิดปกติแต่กำเนิดของเด็กไทย ที่จะนำมาใช้ในการติดตามการดำเนินงาน ประเมินผลสัมฤทธิ์ และรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงและสังคมทุกปี
- ปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการในโครงการตรวจกรองธาลัสซีเมียและภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน จากการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการตามกิจกรรมการตรวจกรอง ซึ่งพบว่าไม่ช่วยให้เกิด



ประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นการจ่ายเงินตามผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน โดย

- สามารถกำหนดค่าตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจตามผลสัมฤทธิ์ของการตรวจกรองและรักษาภาวะไทรอยด์ฮอร์โมน ได้ถึง 10,000 บาทต่อเด็ก 1 รายที่สามารถตรวจกรองแจ้งผล และรักษาได้ทันเวลา และอาจให้แรงจูงใจเพิ่มได้ถึง 10,000 บาท หากมีการติดตามผลและการรักษาประสบความสำเร็จในปีถัดไป ซึ่งพบว่าคุ้มค่าเมื่อเทียบกับต้นทุนในการดูแลรักษา
- เสนอให้สนับสนุนการตรวจกรองธาลัสซีเมียโดยจ่ายแบบเดิม แต่ยกเลิกค่าตอบแทนสำหรับการตรวจยืนยันในแม่ แต่ให้ตรวจยืนยันแม่และพ่อร่วมกันแทน ทั้งนี้สามารถกำหนดค่าตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจตั้งแต่ 600 – 1,000 บาทต่อคู่ กรณีวินิจฉัยเด็กได้ก่อนอายุครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ สามารถเพิ่มแรงจูงใจได้ถึง 10,000 บาทต่อราย
- จัดให้มีบริการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด หากผลตรวจเป็นบวกจะได้รับคำแนะนำให้เจาะน้ำคร่ำ และให้บริการยุติการตั้งครรภ์ตามความสมัครใจของครอบครัวหลังจากให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจแล้ว ซึ่งจากการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามาก โดยสามารถลดจำนวนทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์เหลือประมาณ 300 – 400 คนต่อปี

### 3) พัฒนาการผิดปกติ

- กำหนดให้มีนโยบายและมาตรการระดับชาติ และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามประเมินสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็ก อย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องพัฒนาการของเด็ก โดยเริ่มที่โครงการหนังสือเล่มแรก (Book Start) รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีบทบาทและสามารถติดตามประเมินพัฒนาการ โดยจัดให้มีเครื่องมืออย่างง่าย พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและนำไปใช้อย่างจริงจัง และมีระบบที่เหมาะสมทั้งในสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อย่างครบวงจร
- สนับสนุนแนวทางการจัดบริการ “คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ” เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในเรื่องพัฒนาการของเด็ก ให้บริการคัดกรองโรคออทิสติกและโรคปัญญาอ่อนโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีระบบการรักษา การติดตามและประเมินผลอย่างจริงจัง
- สนับสนุนให้โรงเรียนคัดกรองโรคสมาธิสั้น (ADHD) และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) โดยทำตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนต้น และมีระบบที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อการวินิจฉัยและรักษา ในกรณีของ ADHD และพัฒนาให้โรงเรียนมีความสามารถในการให้การศึกษแก่เด็ก LD ร่วมกับผู้ปกครอง

- จัดให้มีระบบการส่งต่อที่ครบวงจร คือ มีผู้เชี่ยวชาญที่จะรับส่งต่อในระบบอย่างน้อยในระดับจังหวัด และหากเป็นไปได้ควรมีที่ระดับอำเภอ โดยอาจเป็นผู้เชี่ยวชาญระดับกลางหรือระดับสูงตามลักษณะของสถานบริการ เพื่อแก้ปัญหาการขาดช่วงในการดูแล เพราะปัจจุบันผู้ปกครองที่มีฐานะยากจนไม่สามารถพาเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลประจำจังหวัดได้ เนื่องจากไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและยังต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง เพราะการกระตุ้นพัฒนาการต้องทำอย่างต่อเนื่อง

#### 4) ภาวะพร่องโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน

- กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์ความชุกโรคโลหิตจาง ภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กไทย รวมทั้งไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ เป็นสำคัญ โดยกำหนดเป้าหมายให้ความชุกโรคโลหิตจาง ภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของเด็กไทย ลดลงร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี สนับสนุน “คลินิกสุขภาพเด็กดี คุณภาพ” ให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการและเฝ้าระวังการเติบโตของเด็กอย่างจริงจัง มีระบบฐานข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทราบสถานการณ์ในพื้นที่และใช้ประเมินติดตามการดำเนินงาน โดยมีการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม
- พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลในระดับชาติ ทั้งเรื่องการให้ย้าน้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน โพลิก และธาตุเหล็ก แก่หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และภาวะโภชนาการโดยรวมให้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินอย่างเต็มที่
- มีการสำรวจและประเมินสภาพเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก และปรับปรุงให้มีความถูกต้องแม่นยำอย่างสม่ำเสมอ
- วิจัยและพัฒนามาตรการเสริมสารอาหารอื่น ๆ กลุ่ม Micronutrients ในอาหารตามวัยและอาหารของเด็ก
- มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กอายุ 0 – 5 ปี จากร้อยละ 8 ให้เหลือร้อยละ 5 ใน 5 ปี
- สนับสนุน “คลินิกสุขภาพเด็กดี คุณภาพ” ให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กอย่างจริงจัง มีระบบฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้ทราบสถานการณ์ในพื้นที่ และใช้ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม
- สนับสนุนให้เกิดมาตรการเพื่อสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กไทย ตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น การใช้



มาตรการด้านกฎหมายในการควบคุมการโฆษณา การควบคุมฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร บรรจุภัณฑ์และหีบห่อบรรจุ หรือควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น

5) ภาวะผิดปกติทางสายตาและการได้ยิน

- เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบการคัดกรองความผิดปกติทางการได้ยินที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังนั้น ควรวิจัยระบบการคัดกรอง การติดตาม และการส่งต่อเด็กที่มีความผิดปกติทางการได้ยินที่มีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ (1) การคัดกรองเมื่อแรกเกิด เพื่อหาความผิดปกติแต่กำเนิด และ (2) การคัดกรองในเด็กอายุ 3 ปี ทั้งนี้ หากพบความผิดปกติสามารถให้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งปัจจุบันครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหากพบความผิดปกติรุนแรงอาจพิจารณาผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม ซึ่งงานวิจัยในอดีตแสดงให้เห็นว่ามีความคุ้มค่าในกรณีเด็กที่ไม่เคยมีภาษาพูดมาก่อน
- กำหนดให้มีนโยบายการคัดกรองความผิดปกติทางการมองเห็น สำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลทุกแห่ง โดยให้ครูและพี่เลี้ยงเด็กเป็นผู้คัดกรอง และมีการสนับสนุนด้านวิชาการ อุปกรณ์ และเครื่องมือจากกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อพบความผิดปกติมีการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยในสถานพยาบาล โดยจักษุแพทย์ให้การรักษาด้วยการให้แว่นตาฟรีหรือผ่าตัดในกรณีสายตาเอียงหรือเอ
- ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบรรจุการตรวจวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติทางการมองเห็นสำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในชุดสิทธิประโยชน์และให้การสนับสนุนด้านงบประมาณแก่สถานพยาบาล และประเมินติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจัง

6) การขาดคุณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่แล้ว ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ให้มีผลในทางปฏิบัติ มีการพัฒนามาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลอย่างรอบด้าน ทั้งด้านโครงสร้าง เช่น สถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็น บุคลากร การดูแลเด็ก และการบริหารจัดการ โดยการสนับสนุนของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข

บทความเรื่อง “นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ” โดย โธมัส ดาวิน ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยอยู่ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

- การขยายโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้ครอบคลุมเด็กทุกคน  
โครงการนี้เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2558 ซึ่งปัจจุบันให้เงินอุดหนุนแก่เด็กในครอบครัวที่ยากจนตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 3 ปี คนละ 600 บาทต่อเดือน จนถึงปัจจุบันมีครอบครัวที่ได้รับเงินอุดหนุนไปแล้วราว

5 แสนครอบครัว การประเมินผลโครงการล่าสุด พบว่า เงินอุดหนุนมีส่วนช่วยให้เด็ก ๆ ได้รับโภชนาการและการเลี้ยงดูที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น และยังช่วยส่งเสริมศักยภาพของแม่อีกด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่า มีเด็กยากจนถึงร้อยละ 30 ที่ยังคงตกหล่นและไม่ได้รับเงินอุดหนุน ในความเป็นจริง การคัดกรองผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนโดยยึดจากรายได้มักมีความคลาดเคลื่อนสูงและนำไปสู่การตกหล่น ดังนั้น วิธีแก้ไขปัญหาคัดกรองที่ดีที่สุด คือ การขยายโครงการนี้ให้ครอบคลุมเด็กทุกคน ไม่เพียงเฉพาะเด็กยากจน และควรขยายให้ครอบคลุมเด็กจนอายุครบ 6 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของชีวิต ทั้งนี้ งบประมาณสำหรับโครงการนี้ถือว่ายังอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลจะจัดสรรได้ และจะลดลงในระยะยาวเนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง โดยคาดว่า ภายในปี 2573 จะมีสัดส่วนคิดเป็นเพียงร้อยละ 0.09 ของ GDP เท่านั้น

- การจัดให้มีระบบการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีที่มีคุณภาพและทั่วถึง

ปัจจุบัน เด็กปฐมวัยจำนวนมากยังขาดการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลอย่างเต็มที่ ซึ่งหนึ่งในสาเหตุสำคัญ คือ การขาดสถานดูแลเด็กเล็กที่ราคาไม่แพงและเข้าถึงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 3 เดือน (เมื่อแม่ต้องกลับไปทำงานหลังครบกำหนดคลอด) จนถึง 3 ปี (ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เด็กเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) รวมถึงพ่อแม่จำนวนมากต้องย้ายถิ่นเพื่อไปทำงาน ส่งผลให้โอกาสที่เด็กจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จากพ่อแม่ลดน้อยลง นี่เป็นปัญหาที่มักเกิดกับครอบครัวยากจน และเป็นเรื่องท้าทายว่าพ่อแม่เหล่านี้จะสามารถดูแลลูกเล็กให้มีพัฒนาการสูงสุดในข้อจำกัดเหล่านี้ได้อย่างไร ข้อเสนอของยูนิเซฟ คือ การเพิ่มการลงทุนและสนับสนุนให้มีการจัดบริการสำหรับเด็กอายุ 3 เดือนจนถึงอายุ 3 ปี ที่ได้มาตรฐานและมีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพง ซึ่งเอื้อให้ทุกครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ โดยบริการดังกล่าวอาจดำเนินการภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนก็ได้

- การพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพในการคุ้มครองเด็กอย่างเป็นระบบในระดับท้องถิ่น

ข้อมูลจากศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Service Crisis Center - OSCC) ชี้ว่าในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กเกือบ 9,000 คนเข้ารับการรักษาพยาบาลเนื่องจากถูกระทำรุนแรง โดยส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางเพศ โดยคาดว่ายังมีเหตุการณ์เหล่านี้อีกจำนวนมากที่ไม่มีรายงาน เนื่องจากกลไกในการระบุตัวเด็กและระบบติดตามยังคงขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ บริการคุ้มครองเด็กที่มีอยู่ในปัจจุบันยังคงจำกัดอยู่เฉพาะในระดับจังหวัด ในขณะที่ความรุนแรงและการล่วงละเมิดเด็กมักเกิดขึ้นในระดับตำบลหรือในหมู่บ้านที่ยังขาดกลไกการเฝ้าระวังและการตอบสนองที่เหมาะสม ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการคุ้มครองเด็กอย่างเร่งด่วน พร้อมกับพัฒนาองค์ความรู้และสร้างศักยภาพในระดับหมู่บ้าน ซึ่งอาจทำได้โดยการเพิ่มจำนวนนักสังคมสงเคราะห์หรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองเด็กในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นทั้งผู้นำและผู้ประสานงานให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองเด็กในพื้นที่

งานศึกษาของ สมชัย จิตสุชน จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ ยศ วัชระคุปต์ และนันทพร เมธาคุณวุฒิ (2554) มีข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการเด็กเล็ก 2 เรื่อง ได้แก่

- การให้เงินสงเคราะห์บุตรอย่างถ้วนหน้า โดยให้ได้รับเช่นเดียวกับบุตรของผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม ตามมาตรา 33 โดยไม่จำกัดจำนวนบุตรที่จะได้รับ ซึ่งเงินสงเคราะห์ดังกล่าวแม้จะไม่มากเพียงพอต่อการดำรงชีพขั้นพื้นฐานของเด็ก แต่ก็ถือได้ว่าเป็นเงินช่วยเหลือที่สามารถแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายเลี้ยงดูบุตรให้แก่ผู้ปกครอง และหากพิจารณาถึงความเป็นธรรมแล้ว สวัสดิการเงินสงเคราะห์บุตรควรเป็นสวัสดิการถ้วนหน้าที่รัฐมอบให้แก่เด็กทุกคน โดยไม่จำกัดว่าให้เฉพาะสองคนแรก เนื่องจากถือว่าการสร้างคนตั้งแต่แรกเกิดถือเป็นการสร้างอนาคตของชาติ
- การสร้างศูนย์เด็กเล็กเพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีเป้าหมายให้เด็กเล็กทุกคนที่ผู้ปกครองมีข้อจำกัดในการดูแลระหว่างวัน สามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ด้วยความสำคัญของพัฒนาการด้านกาย สติปัญญา อารมณ์ และจิตใจ ของเด็กในวัยก่อนวัยเรียน จึงสมควรจัดสถานที่เพื่อมารับผิดชอบในด้านนี้ ซึ่งศูนย์เด็กเล็กก็เป็นบริการที่ตอบสนองในเรื่องนี้ได้ดี โดยรัฐควรส่งเสริมให้เป็นสวัสดิการถ้วนหน้าในทางปฏิบัติด้วย โดยการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ ทั้งในด้านจำนวนศูนย์และจำนวนบุคลากร โดยไม่คิดค่าบริการ ยกเว้นกรณีที่มีการให้บริการพิเศษ ก็อาจจะมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายพิเศษแบบสมัครใจจากผู้ปกครองได้ และอาจมีการกำหนดให้ธุรกิจขนาดใหญ่ในนิคมอุตสาหกรรมต่าง ๆ ต้องจัดให้มีศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ โดยให้แรงจูงใจ เช่น การลดภาษีให้ตามค่าใช้จ่ายของศูนย์ นอกจากนี้ บางศูนย์ที่ให้บริการในลักษณะอนุบาลด้วยก็ควรเปลี่ยนให้เป็นโรงเรียนอนุบาล เพื่อที่จะได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการเรียนฟรี 15 ปี



### บทที่ 3 สวัสดิการภาครัฐที่ใช้ในการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย

สามารถกล่าวได้ว่า หน่วยงานภาครัฐของไทยให้ความสนใจต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการดำเนินงานของ 4 กระทรวงหลัก ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วย งานศึกษาในบทนี้กล่าวถึงการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในปัจจุบัน โดยพุ่งเป้าไปที่สวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับเด็กในช่วงอายุ 0 – 3 ปี เป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการดำเนินงานในปัจจุบัน รวมถึงค้นหาช่องว่างเพื่อเติมเต็มระบบเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุดังกล่าวในอนาคต

#### 3.1 พ.ร.บ. การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 และ (ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564

พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 ได้ถูกประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562 โดยจุดมุ่งหมายหลักของพระราชบัญญัตินี้ คือ การสร้างกลไกในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งระบบ รวมทั้งบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง กับเด็กปฐมวัยให้เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สามารถสรุปประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้ดังนี้

##### ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมการบูรณาการงานด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างชัดเจน

ตามพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 มาตรา 9 ได้กำหนดให้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน และมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จากองค์กรที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย เช่น องค์กรด้านการศึกษา การศึกษาพิเศษ สาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และสื่อมวลชน อีกจำนวนหนึ่ง โดยมีหน้าที่หลักในการจัดทำแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัย จัดทำมาตรฐาน สมรรถนะ ตัวชี้วัดและแนวทางในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจากข้อกำหนดนี้ ทำให้การพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นและมีหน่วยงานที่บูรณาการร่วมดูแลอย่างชัดเจน

##### ประเด็นที่ 2 การวางแนวทางในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม โดยที่ไม่มุ่งการแข่งขัน

เด็กปฐมวัยตามพระราชบัญญัตินี้ หมายถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปีบริบูรณ์ ซึ่งครอบคลุมเด็กตั้งแต่อยูในครรภ์มารดา โดยมีวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ การดูแล (Care) การพัฒนา (Development) และ การจัดการเรียนรู้ (Education) ซึ่งพระราชบัญญัตินี้ครอบคลุมทั้งตัวเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง โรงเรียน ครูผู้สอนในระดับปฐมวัย ผู้ที่ทำงานกับเด็กปฐมวัย รวมไปถึงท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งต้องมี

บทบาทในส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ โดยการพัฒนาเด็กปฐมวัยนั้น จะต้องเป็นไปเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ สร้างเจตคติที่ดี มีการเตรียมความพร้อมตามวัย และที่สำคัญที่สุด คือ ต้องพัฒนาโดยไม่มุ่งเน้นให้เด็กปฐมวัยต้องสอบแข่งขัน

### **ประเด็นที่ 3 การมุ่งเน้นให้เกิดการจัดทำแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยและจัดทำข้อมูลเด็กปฐมวัย**

หลังจากที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยแล้ว ภาระงานอย่างหนึ่งที่คณะกรรมการคณะนี้ต้องดำเนินการ คือ การจัดทำแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (มาตรา 19) ซึ่งต้องมีการกำหนดกรอบการบริหารจัดการแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงระบุหน่วยที่รับผิดชอบและติดตามผล ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ สนับสนุนแผนงานและโครงการการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย ส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย ดูแลความปลอดภัยและคุ้มครองเด็กปฐมวัยให้พ้นจากการล่วงละเมิด พัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความสามารถ และท้ายสุด คือ จัดให้มีการจัดทำฐานข้อมูลเด็กปฐมวัยในระดับประเทศ (มาตรา 20)

### **ประเด็นที่ 4 การส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย**

พระราชบัญญัติฉบับนี้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลและจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยเพื่อให้เป็นไปตามปรัชญาการศึกษาปฐมวัย โดยมาตรา 23 ระบุว่า ในการผลิตครูหรือพัฒนาครูด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้สถาบันอุดมศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างจิตวิญญาณของความเป็นครู มีคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการเรียนการสอน เพื่อดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยตามหลักการและปรัชญาของการพัฒนาเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ ยังระบุเพิ่มเติมอีกว่า ในการพัฒนาผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างจิตวิญญาณของความเป็นผู้ดูแลเด็ก มีคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัยตามหลักการพัฒนาเด็กปฐมวัย

### **ประเด็นที่ 5 การกำหนดบทบาทของหน่วยงานในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างทั่วถึงและเหมาะสม**

ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะมีการระบุหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างครอบคลุมและทั่วถึง อาทิ มาตรา 24 ระบุว่า สถานพยาบาลของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนที่มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ต้องจัดให้มีการให้บริการสุขภาพแก่มารดาและบุตรอย่างทั่วถึง โดยให้บริการวางแผนครอบครัว การอนามัยเจริญพันธุ์ การฝากครรภ์การเตรียมความพร้อมการเป็นบิดามารดา ตลอดจนให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมการให้นมมารดาแก่บุตรตั้งแต่แรกเกิดอย่างน้อยหกเดือน หรือมาตรา 25 ระบุว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีหน้าที่จัดการศึกษาให้แก่เด็กปฐมวัย ต้องจัดให้มีการอบรมเลี้ยงดู เพิ่มพูนประสบการณ์ ส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้อย่างดี และจัดการศึกษาแก่เด็กปฐมวัยอย่างทั่วถึง รวมทั้งจัด

ให้มีการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมในช่วงรอยต่อตั้งแต่ก่อนระดับอนุบาลจนถึงระดับประถมศึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ มาตรา 27 (2) ยังระบุให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจัดให้มีการคัดกรองที่เป็นระบบและได้มาตรฐานเพื่อค้นหาเด็กปฐมวัยที่พิการหรือมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือสติปัญญา หรือเด็กปฐมวัยที่ไม่มีผู้ดูแลหรือด้อยโอกาส หรือเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการการพัฒนาเป็นพิเศษอย่างทันทั่วทั้งที่ และจัดให้เด็กปฐมวัยเหล่านี้เข้าถึงสิทธิและได้รับโอกาสในการพัฒนาที่มีคุณภาพเป็นพิเศษ สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ และบริการ รวมทั้งความช่วยเหลืออื่นใดทางการพัฒนาและการศึกษาที่สอดคล้องเหมาะสมกับความจำเป็น อีกด้วย

ภายใต้สถานการณ์การจัดตั้งรัฐบาลในปัจจุบัน การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นดำเนินการ ส่งผลให้แผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยยังมิได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาได้มีการจัดทำ (ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งน่าจะมีส่วนคล้ายคลึงกับแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทยในอนาคตได้

(ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 - 2564 จัดทำขึ้นโดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการเพื่อเป็นจุดเชื่อมต่อของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งมีเป้าหมายหลักให้คน “อยู่ดี มีสุข” โดยเฉพาะเด็ก “ให้มีทักษะ พัฒนาการสมวัย แข็งแรง EQ สูง แก้ปัญหาเป็น วินัยดี มีคุณธรรม” เพื่อสนับสนุนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

นโยบายด้านเด็กปฐมวัย 3 ประการ ประกอบด้วย

- 1) เด็กปฐมวัย (อายุ 0 – 6 ปี) ทุกคนต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน อย่างมีคุณภาพ ตามศักยภาพ ตามวัย และต่อเนื่อง
- 2) การพัฒนาเด็กตามข้อ 1) ต้องจัดให้เป็นระบบและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยบูรณาการชัดเจนระหว่างหน่วยงานราชการและที่ไม่ใช่ราชการ ระหว่างวิชาชีพที่สัมพันธ์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัย และระหว่างระดับต่าง ๆ ของการบริหารราชการแผ่นดินจากระดับชาติ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น
- 3) รัฐและทุกภาคส่วนต้องร่วมกันระดมทรัพยากรให้เพียงพอแก่การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามนโยบายข้อ 1) การดำเนินนโยบายดังกล่าวมีเป้าประสงค์เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคน ซึ่งหมายถึง เด็กทุกคนที่อยู่ในประเทศไทย รวมถึงเด็กที่เป็นลูกแรงงานต่างชาติ และเด็กที่ไม่ได้มาจากครอบครัวไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน มีคุณภาพ ตามศักยภาพ ตามวัย และต่อเนื่อง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการสังคม ได้อย่างเท่าเทียมกัน

เพื่อให้นโยบายด้านเด็กปฐมวัยดังกล่าวข้างต้นสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงกำหนดให้มียุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งสิ้น 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

### ยุทธศาสตร์ที่ 1 การจัดและการให้เด็กเข้าถึงบริการที่พัฒนาเด็กปฐมวัย

#### - เป้าประสงค์

- 1) หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการก่อนและหลังคลอดอย่างเท่าเทียม
- 2) เด็กปฐมวัยทุกคนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการสังคม
- 3) เด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ และเด็กด้อยโอกาสทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านต่างๆ ได้ อย่างเท่าเทียมกัน

#### - มาตรการ

- 1) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับบริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมอย่างเท่าเทียม
- 2) พัฒนาระบบการจัดการให้เด็กปฐมวัยทุกคนเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข การศึกษา และสวัสดิการ สังคม
- 3) สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และสถาบันครอบครัว ในการดูแลและ พัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแตอยู่ในครรภ์มารดา จนถึงเข้าศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษาปีที่ 1

### ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อเป็นแม่ (Parenting) การอบรมเลี้ยงดู และบทบาทของครอบครัว

#### - เป้าประสงค์

- 1) พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กทุกคน ได้รับการพัฒนาความรู้และมีศักยภาพทักษะการจัดกิจกรรม การเลี้ยงดู และดูแลเด็กปฐมวัย
- 2) พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กทุกคน มีทักษะที่เหมาะสม เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้

#### - มาตรการ

- 1) สร้างความรู้ความเข้าใจให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู/ผู้ดูแลเด็ก และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ ทักษะในการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมการเรียนรู้ รวมถึงปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมแก่เด็กปฐมวัย รวมถึงการเลือกใช้นวัตกรรมและสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
- 2) รณรงค์ให้สื่อสารมวลชนผลิตสื่อสร้างสรรค์เชิงบวกที่ปราศจากความรุนแรง เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และเสริมความรู้ ทักษะที่ดีในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู/ผู้ดูแลเด็ก



### ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการที่พัฒนาเด็กปฐมวัย

#### - เป้าประสงค์

- 1) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่งได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- 2) คุณภาพของระบบบริการและระบบการพัฒนเด็กปฐมวัยได้รับการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- 3) บุคลากรและอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและด้านสังคมได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ตอบสนองความต้องการที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลก และสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 4) บุคลากรและผู้ประกอบวิชาชีพด้านการศึกษาปฐมวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ตอบสนองความต้องการที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลก และสอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

#### - มาตรการ

- 1) กำหนดมาตรฐานกลางของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้มีคุณภาพเท่าเทียมกันทุกสังกัด
- 2) ประชาสัมพันธ์ให้ทุกหน่วยงานที่มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย นำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไปปฏิบัติ
- 3) พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านสาธารณสุข การศึกษา และสังคม ให้มีความรู้และทักษะในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสมรรถนะตามวัย รวมถึงการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง
- 4) พัฒนาระบบในการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ พี่นฟูและส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อรับบริการด้านสาธารณสุขและการศึกษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดระบบข้อมูลและตัวชี้วัด

#### - เป้าประสงค์

การสร้างระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการวางแผน การบริหารจัดการ การดำเนินการ การติดตามประเมินผล มีความถูกต้องครอบคลุม และเป็นปัจจุบัน โดยเชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่แรกเกิด

#### - มาตรการ

จัดให้มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่รวบรวมและบูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านเด็กปฐมวัยของประเทศเพื่อประโยชน์ในการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัย รวมถึงมีข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย ลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้

## ยุทธศาสตร์ที่ 5 การปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวกับเด็กปฐมวัยและการดำเนินการตามกฎหมาย

### - เป้าประสงค์

ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับประโยชน์ตามสิทธิขั้นพื้นฐาน

### - มาตรการ

- 1) ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
- 2) ประชาสัมพันธ์ให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ตระหนักถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงได้จากรัฐ ในการเลี้ยงดูดูแล และพัฒนาเด็กปฐมวัย

## ยุทธศาสตร์ที่ 6 การวิจัยพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้

### - เป้าประสงค์

- 1) การวิจัยองค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อพัฒนางานเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- 2) การจัดการความรู้ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนางานและสมรรถนะของผู้ทำงานอย่างต่อเนื่อง

### - มาตรการ

- 1) ส่งเสริมให้มีระบบการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย รวมถึงผลักดันให้เกิดการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม
- 2) สนับสนุนให้เกิดประชาคมการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยในทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

## ยุทธศาสตร์ที่ 7 การบริหารจัดการ การสร้างกลไก การประสานการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล

### - เป้าประสงค์

- 1) การพัฒนาระบบบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ
- 2) การพัฒนาระบบการเงินที่ส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- 3) กลไกการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการ การระดมสรรพกำลังทุนเพื่อพัฒนาส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย

### - มาตรการ

- 1) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดสรร และการใช้งบประมาณ

- 2) สร้างกลไกให้ทุกภาคส่วนในสังคมทั้งภาครัฐ เอกชน NGOs มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการศึกษาปฐมวัยของประเทศ

### 3.2 การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในปัจจุบัน

(ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564 ได้กล่าวถึงการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วงที่ผ่านมา โดยงานศึกษานี้ได้ปรับปรุงข้อกำหนดของการดำเนินงานดังกล่าวที่เป็นปัจจุบันมากขึ้น ตามมติคณะรัฐมนตรี รวมถึงหนังสือราชการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
  - ดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งเดิมให้เงินอุดหนุนสำหรับเด็กแรกเกิดจนถึง 3 ปี เดือนละ 600 บาทต่อคน เฉพาะเด็กที่อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน (ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อคนต่อเดือนหรือต่ำกว่า 36,000 บาทต่อคนต่อปี โดยนำรายได้ทั้งหมดของสมาชิกในครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมด ซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย) อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2562 (ดังที่ปรากฏใน เอกสารแนบ 4.1 ท้ายบท) ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี แบบขยายฐานรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นไป ให้กลุ่มเป้าหมายเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป ดังนี้
    - (1) เด็กที่รับสิทธิในปีงบประมาณ 2559 - 2561 รับต่อเนื่องจนครบอายุครบ 6 ปี
    - (2) เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ที่มีคุณสมบัติและไม่เคยได้รับสิทธิ มีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จนอายุครบ 6 ปี
    - (3) เด็กที่เกิดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ได้รับสิทธิจนอายุครบ 6 ปี
  - กระทรวงฯ มีบทบาทในการกำกับดูแลสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก รวมไปถึงการส่งเสริมให้สถานประกอบกิจการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กในสถานประกอบกิจการ ตามระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ว่าด้วยการจัดให้มีศูนย์รับเลี้ยงเด็กในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2560 โดยการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กและศูนย์รับเลี้ยงเด็กในสถานประกอบกิจการ ตามข้อกำหนด จะส่งผลให้ได้รับสิทธิประโยชน์การลดหย่อนภาษี สามารถนำค่าใช้จ่ายในการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กมาหักเป็นรายจ่ายได้ตามที่จ่ายจริงและสามารถหักได้เพิ่มขึ้นอีก 1 เท่าตามที่จ่ายจริง (หักค่าใช้จ่ายได้ 2 เท่า) แต่ไม่เกิน 1 ล้านบาท เฉพาะรายจ่ายในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

(พระราชกฤษฎีกาออกตามความในประมวลรัษฎากรว่าด้วยการยกเว้นรัษฎากร (ฉบับที่ ๖๕๙) พ.ศ. ๒๕๖๑)

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 รวมทั้งให้การสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนคุ้มครองเด็กแก่องค์กรต่าง ๆ เพื่อเป็นทุนสำหรับใช้จ่ายในการให้ความคุ้มครองและส่งเสริมความประพฤติเด็ก รวมทั้งสนับสนุนครอบครัวเด็กและครอบครัวอุปถัมภ์ และให้ความช่วยเหลือเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การศึกษาภาคบังคับในลำดับต่อไป
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังมีบทบาทในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 และจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ กฎหมายฉบับนี้มีสาระสำคัญกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ และหน่วยงานรับผิดชอบในการส่งเสริมและคุ้มครองครอบครัว มีขั้นตอนและวิธีการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่ชัดเจนและรวดเร็ว กำหนดให้การกระทำความรุนแรงในครอบครัวเป็นความผิดทางอาญา พร้อมกับดำเนินมาตรการคุ้มครองสวัสดิภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้กระทำความรุนแรงเกิดความเกรงกลัวและยับยั้งไม่กระทำผิดซ้ำ ทั้งยังให้สิทธิ์ต่อผู้กระทำความรุนแรง ที่ตนเองเคยถูกระทำความรุนแรงซ้ำ ๆ ต่อเนื่องจนกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงและกลายมาเป็นผู้กระทำความรุนแรงเสียเอง สามารถนำสืบเพื่อพิสูจน์การกระทำดังกล่าวได้ และให้ศาลลงโทษผู้นั้นน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดหรือเพื่อให้ศาลไต่สวนและพิจารณาโทษใหม่ได้
- กระทรวงสาธารณสุข

ทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย รวมถึงทารกที่อยู่ในครรภ์และเด็กปฐมวัย ผ่านการบริการให้ข้อมูลความรู้ก่อนแต่งงาน การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ การดูแลแม่ที่ตั้งครรภ์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวที่มีบุตรในช่วงปฐมวัย มีโครงการคัดกรองเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน โดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แล้วดูแล ส่งเสริม กระตุ้น เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก เช่น การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก เป็นต้น

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

ดำเนินการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจัดการศึกษาปฐมวัยสำหรับเด็กอายุ 2 – 5 ปี ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 16,708 ศูนย์ (ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ทั้งนี้ หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท 0816.4/ว 806 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2562 (ดังที่ปรากฏใน เอกสารแนบ 4.2 ท้ายบท) ได้อ้างถึงมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2562 ที่ให้ความเห็นชอบมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ตามที่กระทรวงศึกษาธิการเสนอ และสั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดทุกแห่งนำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติดังกล่าวไปใช้เป็นมาตรฐานประกันคุณภาพการศึกษาภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แทนมาตรฐานเดิม ตั้งแต่ปีการศึกษา พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

- กระทรวงศึกษาธิการ

มีหน่วยงานที่จัดการศึกษาและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช.) และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.) โดย

- สพฐ. ได้จัดทำหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 เพื่อให้สถานศึกษาและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท และจัดการศึกษาระดับปฐมวัยหลักสูตร 3 ปี (อนุบาล 3 – 5 ปี)
- สกศ. ได้เร่งผลักดันการจัดทำ (ร่าง) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564 (ร่าง) มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. ... การจัดทำระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลกลางด้านเด็กปฐมวัยของประเทศ รวมถึงสมรรถนะของเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปี ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศมีแนวทางและมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2562 ได้มีมติเห็นชอบ (ร่าง) มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติที่คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.พ.ป.) ได้ให้ความเห็นชอบในหลักการ เพื่อประกาศใช้ต่อไป
- สช. จัดการศึกษาระดับปฐมวัย หลักสูตร 3 ปี (อนุบาล 3 – 5 ปี)

- กระทรวงแรงงาน

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นบุตรของผู้ใช้แรงงาน โดยจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กศึกษาเขตสิรินธรราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เพื่อรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนบุตรผู้ใช้แรงงาน
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 ได้กำหนดให้เพิ่มสิทธิให้ลูกจ้างหญิงที่ตั้งครรภ์ สามารถลาเพื่อคลอดบุตรได้ไม่เกิน 98 วัน ซึ่งรวมถึงวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตรและให้นับรวมวันหยุดที่มีระหว่างวันลาด้วย (จากเดิมลาคลอดบุตรได้ 90 วัน) ทั้งนี้ ลูกจ้างจะได้รับค่าจ้างระหว่างลาคลอดบุตรจากประกันสังคม 45 วัน และจากนายจ้างอีก 45 วัน

- กระทรวงยุติธรรม

จัดสรรงบประมาณให้แก่เรือนจำและทัณฑสถานที่ควบคุมเด็กที่ต้องขัง และผู้ต้องขังหญิงที่ตั้งครรภ์ และให้โรงพยาบาลหรือสาธารณสุขเป็นผู้จัดอบรมให้แก่ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังหญิงที่ตั้งครรภ์และเด็กที่ต้องขัง เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและการดูแลหลังคลอด

- กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับเด็กไทย ครอบคลุมทั้งบริการรักษาพยาบาลที่คุ้มครองเด็กที่ปกติหรือเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด และการรักษาโรคทั่วไป การรักษาโรคเฉพาะทาง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค บริการวัคซีน และบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันให้กับเด็กไทยทุกคน

- กองทุนประกันสังคม

จ่ายเงินอุดหนุนกรณีคลอดบุตรให้กับผู้ประกันตนหญิง จำนวน 13,000 บาทต่อครั้ง รวมทั้งค่าหยุดงานร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้ง เงินอุดหนุนกรณีคลอดบุตรให้กับผู้ประกันตนชาย จำนวน 13,000 บาทต่อครั้ง เงินอุดหนุนกรณีสงเคราะห์บุตร จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือน (ไม่เกิน 3 คน) ในช่วงบุตรอายุ 0 – 6 ปี

### 3.3 งบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานภาครัฐ

การจำแนกงบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในงานศึกษานี้มุ่งให้ความสนใจไปที่งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี เป็นหลัก ทั้งนี้ การรวบรวมงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยดังกล่าว ในเบื้องต้น พิจารณาผ่านงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่จำแนกตามยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณและแผนงาน ดังที่ปรากฏอยู่ในเอกสารงบประมาณของสำนักงบประมาณ

ทั้งนี้ แผนงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ประกอบด้วย แผนงานบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และแผนงานบูรณาการยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมไปถึงแผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนากระบวนการจัดการภาครัฐ ตารางที่ 3.1 – 3.3 รวบรวมโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ภายใต้แผนงานบูรณาการข้างต้นทั้งหมด





ตารางที่ 3.3 งบประมาณของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ภายใต้แผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน งบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

แผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				หน่วย: ล้านบาท
ลำดับ	กระทรวง	กรม/สำนักองค์กรที่รับผิดชอบ	โครงการ	กิจกรรม งบประมาณที่เป็นส่วนของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)
1	กระทรวงมหาดไทย			
2	กระทรวงมหาดไทย	1.1 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น		
3	กระทรวงมหาดไทย	1.1 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	โครงการที่ 2 : โครงการพัฒนาคุณภาพการศึกษาด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ DLITV	211.4309
4	กระทรวงมหาดไทย	1.1 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	โครงการที่ 2 : โครงการพัฒนาคุณภาพการศึกษาด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ DLITV	7,065.4228
5	กระทรวงมหาดไทย	1.1 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	โครงการที่ 2 : โครงการพัฒนาคุณภาพการศึกษาด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ DLITV	1,956.5968
6	กระทรวงมหาดไทย	1.2 กรุงเทพมหานคร		
7	กระทรวงมหาดไทย	1.2 กรุงเทพมหานคร	โครงการที่ 2 : โครงการสนับสนุนอาหารเสริม (นม)	545.3053
8	กระทรวงมหาดไทย	1.2 กรุงเทพมหานคร	โครงการที่ 3 : โครงการสนับสนุนอาหารกลางวัน	1,199.2748
<b>รวม</b>				<b>10,978.0306</b>

งบประมาณรวมของกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ดังที่ปรากฏในตารางที่ 3.1 – 3.3 มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 16,373.66 ล้านบาท โดยเมื่อเทียบกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ของรัฐบาล จำนวน 3,000,000 ล้านบาท จะคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.55 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การพิจารณางบประมาณในลักษณะข้างต้นยังมีได้รวมถึงงบประมาณตามแผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ หรือแผนงานบูรณาการอื่น ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมไปถึงบุคลากรและงบประมาณในส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วย เนื่องจากตัวชี้วัดหรือชื่อกิจกรรมและชื่อโครงการภายใต้แผนบูรณาการเหล่านี้ มีได้สะท้อนถึงความสัมพันธ์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี อย่างชัดเจน

ในส่วนของการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้น จากการสัมภาษณ์บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและบุคลากรของ อปท. ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ศูนย์เด็กเล็กได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อหัวเด็ก จากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ประกอบด้วย

- 1) ค่าอาหารเสริม (นม) อัตราวันละ 7.37 บาทต่อคน จำนวน 260 วันต่อปี
- 2) ค่าอาหารกลางวัน อัตรามื้อละ 20 บาทต่อคน จำนวน 245 วันต่อปี
- 3) ค่าจัดการเรียนการสอนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อัตราคนละ 1,700 บาทต่อปี

นอกจากนั้น อปท. ยังมีการจ้างงานครู (อัตราค่าตอบแทน 15,000 บาทต่อเดือน) และผู้ดูแลเด็ก (อัตราค่าตอบแทน 9,000 บาทต่อเดือน) ตามมาตรฐานที่กำหนดให้เด็กในช่วงอายุ 2 – 3 ปี (ช่วงอายุเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท. รับผิดชอบ) ต้องมีครูและผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 10 คน รวมถึงยังมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในการปลูกสร้างอาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในส่วนของวัสดุอุปกรณ์ และหนังสือ ที่ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มเติมอีกด้วย

งานศึกษานี้คำนวณงบประมาณของ อปท. ที่เกี่ยวข้องับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งยังไม่ถูกนับรวมอยู่ในตารางที่ 3.3 โดยอาศัยข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อหัวข้างต้น รวมเข้ากับค่าใช้จ่ายบุคลากรภายใต้สมมติฐานว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกศูนย์สามารถทำตามมาตรฐานด้านบุคลากรได้ โดยมีครู 1 คนและผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 20 คน อาศัยค่าหนังสือ 200 บาทต่อปี และอุปกรณ์การเรียน 200 บาทต่อปี (อ้างอิงกับค่าใช้จ่ายของเด็กในช่วงอายุ 3 – 5 ปี) และอาศัยข้อมูลจำนวนเด็กช่วงอายุ 2 – 3 ปี จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 659,436 คน ภายใต้ข้อสมมุติว่าเด็กในช่วงอายุดังกล่าวทุกรายได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท. ในขณะที่ งบประมาณปลูกสร้างอาคารศูนย์เด็กเล็ก อาศัยข้อมูลงบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 651.75 ล้านบาท ส่งผลให้สามารถประเมินงบประมาณของ อปท. ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กเล็กได้ เป็นจำนวนเงิน 16,026 ล้านบาท (ดูตารางที่ 3.4 ประกอบ)

ตารางที่ 3.4 รายละเอียดการประเมินงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท.

รายการ	รายละเอียด/ข้อกำหนด	งบประมาณรายปี ต่อเด็ก 1 คน
1. นม	วันละ 7.37 บาท/คน 260 วัน/ปี	1,916
2. อาหารกลางวัน	มื้อละ 20 บาท/คน 245 วัน/ปี	4,900
3. ค่าจัดการเรียนการสอน	คนละ 1,700 บาท/ปี	1,700
4. ครู และ ผู้ดูแล	เงินเดือนครู 15,000 บาท/เดือน	14,400
	เงินเดือนผู้ดูแล 9,000 บาท/เดือน	
	ครู 1 คนและผู้ดูแล 1 คน/เด็ก 20 คน	
5. หนังสือ และ อุปกรณ์	ค่าหนังสือ 200 บาท/ปี อุปกรณ์ 200 บาท/ปี	400
<b>รวม (หน่วย: บาท/เด็ก 1 คน)</b>		<b>23,316</b>
จำนวนเด็ก (หน่วย: คน)	ข้อมูลกรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2561	659,436
<b>รวม (หน่วย: ล้านบาท)</b>		<b>15,376</b>
ปลูกสร้างศูนย์ฯ (หน่วย: ล้านบาท)	ข้อมูล เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ปี งบม. พ.ศ. 2561	651.75
<b>รวมทั้งสิ้น (หน่วย: ล้านบาท)</b>		<b>16,026</b>

ที่มา: รวบรวมและคำนวณโดยคณะผู้ศึกษา

งบประมาณในส่วนของการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กเล็กในช่วง 0 – 3 ปี นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของบริการฝากครรภ์มารดา การให้บริการคัดกรองโรคสำหรับเด็กทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงช่วงแรกเกิด บริการฉีดวัคซีนและตรวจสุขภาพเด็ก บริการทันตกรรม รวมถึงบริการให้การรักษาโรคในกรณีเจ็บป่วย ทั้งนี้ มารดาตั้งครรภ์ที่ได้รับสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีสิทธิประโยชน์ ดังนี้

- การฝากครรภ์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ครอบคลุมค่าใช้จ่าย 1,200 ต่อคน และครั้งที่ 2 – 4 จำนวน 400 บาทต่อครั้งต่อคน ซึ่งครอบคลุมการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ และสามี การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม ในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การให้ยาบำรุงธาตุเหล็ก โฟลิก และไอโอดีน และการประเมินสุขภาพจิต เป็นต้น
- การคลอดบุตรแบบธรรมชาติ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยถ้าเป็นการผ่าคลอดต้องเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น

ส่วนในกรณีของเด็กเล็ก อายุ 0 – 5 ปี ซึ่งเป็นบุตรของผู้ได้รับสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีสิทธิได้รับบริการ ดังนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป
- บริการวิตามินเค
- บริการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน
- บริการวัคซีนป้องกันโรค
  - วัณโรค (BCG) สำหรับเด็กแรกเกิด
  - ไวรัสตับอักเสบบี (HB) สำหรับเด็กแรกเกิด หรืออายุ 1 เดือน (เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)
  - คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน ตั๊กอักเสบบี และฮิบ (DTP-HB-Hib) สำหรับเด็กอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน
  - โปлиоชนิดกิน (OPV) สำหรับเด็กอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน หรือโปлиоชนิดฉีด (IPV) สำหรับเด็กอายุ 4 เดือน รวมถึงโปлиоชนิดกิน สำหรับเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน
  - หัด หัดเยอรมัน และคางทูม (MMR) สำหรับเด็กอายุ 9 เดือน หรือ 2 ปี 6 เดือน
  - ไข้มองอักเสบเจอี (JE) สำหรับเด็กอายุ 1 ปี หรือ 2 ปี 6 เดือน
  - คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน (DPT) สำหรับเด็กอายุ 4 ปี
  - ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
- บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- บริการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กจากการวัดเส้นรอบศีรษะเด็ก
- บริการตรวจการคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- บริการคัดกรองภาวะสายตาคิดปกติ
- บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และการทาฟลูออไรด์วานิช
- บริการยารักษาเสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- บริการยาด้านไวรัสเอดส์ และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี
- บริการนมผงทารกสำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
- บริการสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก
- บริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน

ในส่วนของมารดาที่มีสิทธิประกันสังคมจะได้รับความคุ้มครองบริการรักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ โดยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งได้รับการคุ้มครองดังต่อไปนี้

- ผู้ที่เป็นลูกจ้างในองค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ หรือผู้ที่จ่ายเงินสมทบประกันสังคมด้วยตัวเองหลังจากลาออกจากงาน มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรร้อยละ 50 ของค่าจ้างที่ได้รับ เป็นเวลา 90 วันโดยใช้ความคุ้มครองต่อเนื่องตามมาตรา 39

- หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาของภาครัฐและเอกชนได้รวมถึงเครือข่ายสถานพยาบาลต่าง ๆ และมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาทรายคนรายครั้ง โดยหากสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรรวมกัน ไม่จำกัดจำนวนบุตรต่อครั้ง

ในขณะที่ มารดาที่มีสิทธิข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด รวมทั้งได้รับสิทธิดังต่อไปนี้

- ข้าราชการ
  - หญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอด 90 วันโดยไม่จำเป็นต้องมีใบรับรองแพทย์และยังคงได้รับเงินเดือนตามปกติ
  - หญิงและชายที่ทำงานราชการยังสามารถลาปฏิบัติงานส่วนตัวเพื่อเลี้ยงดูบุตรแต่จะไม่ได้รับเงินเดือน โดยสามารถลาได้ไม่เกิน 150 วันทำการ
  - สามารถเบิกเงินช่วยเหลือการคลอดบุตรหญิงและชายที่ทำงานราชการ ครั้งละ 400 บาท ไม่รวมค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเบิกแยกต่างหากได้ตามระเบียบข้าราชการ
  - สามารถเบิกเงินสวัสดิการสำหรับบุตรที่ขอด้วยกฎหมายเดือนละ 50 บาทต่อคน โดยจะได้รับเงินช่วยเหลือแก่บุตรไม่เกิน 3 คนจนกว่าบุตรจะอายุ 18 ปีบริบูรณ์
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
  - หญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอด 60 วัน โดยยังคงได้รับเงินเดือนตามปกติ
  - มารดาของบุตรสามารถลาปฏิบัติงานต่อเนื่องเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน 30 วันทำการ แต่จะไม่ได้รับเงินเดือน
  - บิดาหรือมารดาที่ทำงานเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจสามารถเบิกเงินช่วยเหลือการคลอดบุตรได้ครั้งละ 400บาท ไม่รวมค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจะเบิกได้ตามระเบียบพนักงานรัฐวิสาหกิจ
  - สามารถเบิกค่าช่วยเหลือบุตร 50 บาท ต่อคนต่อเดือน แก่บุตรไม่เกิน 3 คน จนกว่าบุตรจะมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์

การประเมินงบประมาณของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่เด็กเล็กในช่วงอายุ 0 – 3 ปี เป็นส่วนที่ดำเนินการได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากงบประมาณสาธารณสุขมีความกระจุกกระจาย ทั้งในส่วนของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม หรือการใช้จ่ายตามสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขยังไม่สามารถแยกส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กเล็กในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ได้อย่างชัดเจน การประเมินงบประมาณภาครัฐภายใต้การศึกษานี้ถือเป็นการประเมินในขั้นสูง โดยในกรณีของงบประมาณในช่วงคลอดบุตร กำหนดให้มารดาตั้งครรภ์ทั้งหมดได้รับสิทธิใดสิทธิหนึ่งในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องข้างต้น โดยอาศัยข้อมูลการเกิดในปี พ.ศ. 2561 จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น

666,109 ราย ในขณะที่ อาศัยข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ได้รับสิทธิการคลอดออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ สิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว จำนวนผู้ได้รับสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวน 51.1 ล้านราย ประกันสังคม 11.6 ล้านราย ในขณะที่ สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีจำนวน 5.9 ล้านราย ส่งผลให้งานศึกษานี้คำนวณจำนวนผู้รับสิทธิบริการสาธารณสุขเด็กเล็กผ่านสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 5.0 แสนราย สิทธิประกันสังคม 1.1 แสนราย และสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจทั้งสิ้น 5.7 หมื่นราย

ในทุกกรณี ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฝากครรภ์ จำนวนทั้งสิ้น 2,800 บาทต่อราย (ครั้งที่ 1 1,200 บาท/คน และครั้งที่ 2 – 4 จำนวน 400 บาท/ครั้ง/คน) เป็นไปตามข้อมูลจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร อาศัยอัตราค่าเหมาจ่ายต่อรายของประกันสังคมที่ 13,000 บาทต่อราย ในขณะที่ สิทธิการได้รับเงินเดือนในช่วงลาคลอดของสิทธิประกันสังคม อาศัยฐานเงินเดือน 15,000 บาท จำนวน 1.5 เดือน ซึ่งได้เป็นค่าใช้จ่าย 22,500 บาทต่อราย ส่วนสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ กำหนดให้ได้รับเงินเดือนทั้งสิ้น 60,000 บาท (ข้าราชการ เดือนละ 20,000 บาท 3 เดือน พนักงานรัฐวิสาหกิจ เดือนละ 30,000 บาท 2 เดือน)

ในส่วนของค่าบริการวัคซีน งานศึกษานี้อาศัยข้อมูลจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในปี พ.ศ. 2561 จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 1.9 ล้านราย ในขณะที่ ในส่วนของค่าใช้จ่ายอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่าสามารถประเมินได้จากราคาวัคซีนของภาคเอกชนหารด้วยสาม อย่างไรก็ตาม ราคาวัคซีนสำหรับเด็กในโรงพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก งานศึกษานี้อาศัยข้อมูลแพ็คเกจวัคซีนสำหรับเด็กในช่วง 1 ปีแรก จากโรงพยาบาลเปาโล (ดูภาพที่ 3.1 ประกอบ) ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลที่มีลูกค้าเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลาง เป็นค่าอ้างอิงในการประเมินค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้วัคซีนเด็กดังกล่าว ซึ่งทำให้ประเมินค่าใช้จ่ายเพื่อการใช้วัคซีนเด็กสำหรับงานศึกษานี้อยู่ที่ 1,721.11 บาทต่อรายต่อปี  $((7,590+7,900)/3 = 5,163$  บาท/ราย/สามปี หรือ  $5,163/3 = 1,721.11$  บาท/ราย/ปี) นอกจากนี้ ในส่วนของบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กเล็ก อาศัยอัตราเหมาจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 3,283.11 บาทต่อราย เป็นค่าอ้างอิงในการประเมิน

ภาพที่ 3.1 ราคาแพ็คเกจวัคซีนเด็กของโรงพยาบาลเปาโล ในช่วงปี พ.ศ. 2561

แพ็คเกจวัคซีน ตามช่วงวัย สำหรับลูกรัก

วันนี้ - 31 ธันวาคม 2561

อายุ	รายการวัคซีน	SMART KIDS 1 2 - 12 เดือน	SMART KIDS 3 4 - 12 เดือน	SMART KIDS 5 1 - 3.5 ปี
2 เดือน	วัคซีนคอตีบ ไอกรณ อีพี บาดทะยัก ตับอักเสบบี โปสโธ	✓		
4 เดือน	วัคซีนคอตีบ ไอกรณ อีพี บาดทะยัก ตับอักเสบบี โปสโธ	✓	✓	
6 เดือน	วัคซีนคอตีบ ไอกรณ อีพี บาดทะยัก ตับอักเสบบี โปสโธ	✓	✓	
9 เดือน	วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน	✓	✓	
12 เดือน	วัคซีนไข้สมองอักเสบ JE	✓	✓	
1 - 1.5 ปี	วัคซีนสุกใส เข็มที่ 1			✓
1.5 ปี	วัคซีนคอตีบ ไอกรณ อีพี บาดทะยัก โปสโธ			✓
1.5 - 2 ปี	วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ครั้งที่ 1			✓
2 ปี	วัคซีนไข้สมองอักเสบ JE เข็มที่ 2			✓
2 - 2.5 ปี	วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ครั้งที่ 2			✓
2.5 ปี	วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2			✓
3 - 3.5 ปี	วัคซีนสุกใส เข็มที่ 2			✓
ราคา		7,590 MKT498	5,590 MKT502	7,900 MKT506

ที่มา: เว็บไซต์ โรงพยาบาลเปาโล (<http://paolohospital.com/rangsit/promotion/vaccine2018-child/>)

จากข้อกำหนดต่าง ๆ ข้างต้น การประเมินงบประมาณภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่เด็กเล็กในช่วง 0 - 3 ปี ภายใต้งานศึกษานี้ สามารถประเมินงบประมาณของภาครัฐได้เป็นจำนวนทั้งสิ้น 26,107 ล้านบาท (ดูตารางที่ 3.5 ประกอบ) และเมื่อรวมเข้ากับงบประมาณจากเอกสารงบประมาณ และการประเมินงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท. ทำให้สามารถประเมินงบประมาณภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กเล็กในช่วงอายุ 0 - 3 ปี ของประเทศไทย ได้เป็นจำนวนทั้งสิ้น 58,507.65 ล้านบาท ทั้งนี้ เมื่อนำงบประมาณดังกล่าวไปเทียบกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ของรัฐบาล จำนวน 3,000,000 ล้านบาท จะคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 2.0 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของ GDP เพียงเท่านั้น หากคิดเป็นงบประมาณต่อคนพบว่าเท่ากับ 22,806 บาท/คน/ปี ซึ่งยังถือว่าอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อเทียบกับความสำคัญของการพัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้เติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต

ตารางที่ 3.5 รายละเอียดการประเมินงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขสำหรับเด็กเล็ก 0-3 ปี

รายการ	รายละเอียด/ข้อกำหนด	ราชการและ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
จำนวนเกิด (หน่วย: คน)		56,896	112,820	496,392
1. ผ่าครรภ์ (หน่วย: บาท)	2,800 บาท/คน	159,309,888	315,896,517	1,389,898,795
2. ค่าคลอดบุตร (หน่วย: บาท)	13,000 บาท/คน	739,653,052	1,466,662,399	6,453,101,549
3. เงินเดือนช่วงลาคลอด (หน่วย: บาท)	ประกันสังคม 22,500 บาท/คน	3,413,783,318	2,538,454,152	-
	ราชการ 60,000 บาท/คน			
4. เงินช่วยเหลือ (หน่วย: บาท)	ราชการ 400 บาท และ 50 บาท/เดือน 36 เดือน	25,172,055	-	-
รวมค่าใช้จ่ายช่วงคลอดบุตร (หน่วย: ล้านบาท)		16,602		
5. ค่าวัคซีน (หน่วย: ล้านบาท)	1,721.11 บาท/คน 1,899,350 คน	3,269		
6. อื่น ๆ (หน่วย: ล้านบาท)	3,283.11 บาท/คน 1,899,350 คน	6,236		
รวมทั้งสิ้น (หน่วย: ล้านบาท)		26,107		

ที่มา: รวบรวมและคำนวณโดยคณะผู้ศึกษา



### 3.4 งบประมาณรัฐตามช่วงวัยต่าง ๆ

การจัดสรรงบประมาณรัฐที่ให้กับเด็กก่อนระดับชั้นประถมศึกษา (Pre-primary education) ที่มีอายุในช่วง 0-5 ปี ของต่างประเทศ อย่างเช่น ประเทศสมาชิก OECD<sup>2</sup> จากข้อมูลล่าสุด ณ ปี พ.ศ. 2558 ของ OECD Social Expenditure Database (ภาพที่ 3.2) พบว่า ประเทศสมาชิก OECD โดยเฉลี่ยจัดสรรงบประมาณคิดเป็นประมาณร้อยละ 0.7 ของ GDP โดยที่ประเทศไอซ์แลนด์และสวีเดน เป็นประเทศที่จัดสรรงบประมาณสูงที่สุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.8 และ 1.6 ของ GDP ตามลำดับ สำหรับประเทศในทวีปเอเชีย ประเทศเกาหลีใต้จัดสรรงบประมาณให้เด็กก่อนปฐมวัยสูงประมาณร้อยละ 1 ของ GDP ขณะที่ ประเทศญี่ปุ่นจัดสรรงบประมาณให้เด็กก่อนปฐมวัยเพียงประมาณร้อยละ 0.5 ของ GDP

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบงบประมาณรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี กับกับงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาที่จัดสรรให้กับเด็กที่มีอายุ 3-17 ปี<sup>3</sup> (ตารางที่ 3.6) ที่อยู่ในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน (อนุบาลจนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ของประเทศไทยพบว่า มีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่ 405,174 ล้านบาท<sup>4</sup> ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายประจำปีถึงร้อยละ 13.5 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 ของ GDP หากคิดเป็นงบประมาณต่อคนจะเท่ากับ 34,837 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่างบประมาณต่อคนของเด็กก่อนอนุบาลถึง 1.5 เท่า โดยที่ งบประมาณสำหรับเด็ก 3 -17 ปีที่นำมาเปรียบเทียบนี้ เป็นงบประมาณเฉพาะในด้านการศึกษาเพียงด้านเดียว ยังไม่ได้นับรวมงบประมาณด้านอื่น ๆ อาทิ รายจ่ายด้านสาธารณสุข หรือการให้ความคุ้มครองทางสังคมด้านอื่น ๆ อีกด้วย

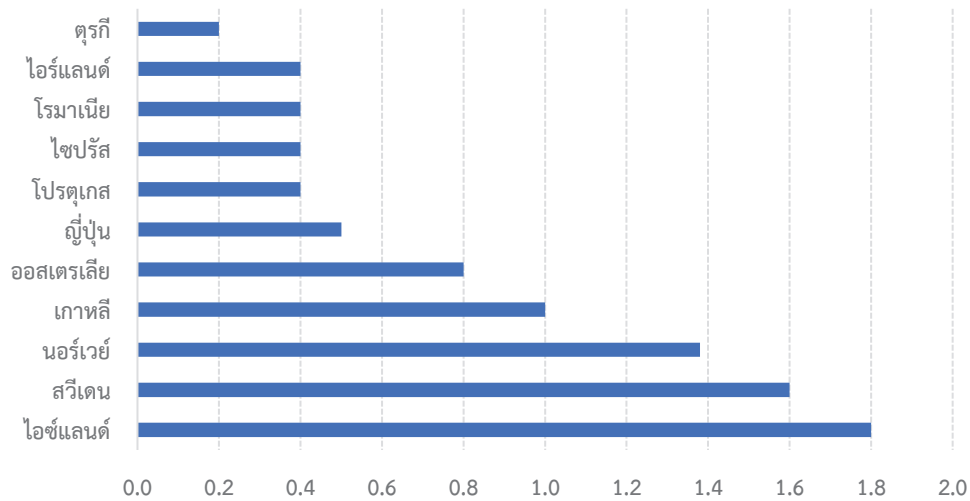
เป็นที่น่าสังเกตว่า การจัดสรรงบประมาณดังกล่าวมีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนตามช่วงวัย เนื่องจากเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี เป็นช่วงอายุที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนสูงกว่าเด็กในช่วงอายุอื่น ๆ แต่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่น้อยกว่า ทั้งนี้ งบประมาณสำหรับเด็ก 3 -17 ปี เป็นงบประมาณที่คิดเฉพาะงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาเพียงด้านเดียว โดยยังไม่ได้นับรวมงบประมาณรายจ่ายอื่น ๆ อาทิ รายจ่ายด้านสาธารณสุข อีกด้วย

<sup>2</sup> เป็นกลุ่มประเทศที่มีการรวบรวมข้อมูลงบประมาณรายจ่ายตามช่วงอายุอย่างเป็นระบบ และข้อมูลมีความสะดวกในการเข้าถึง โดยงบประมาณรัฐประกอบไปด้วยงบประมาณการดูแลเด็กและการศึกษาของก่อนระดับชั้นประถมศึกษา

<sup>3</sup> พิจารณาเฉพาะงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ ยังมีงบประมาณรายจ่ายอื่น ๆ ที่ยังมีได้พิจารณา เช่น รายจ่ายด้านสาธารณสุข และเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด แต่เป็นงบประมาณที่ไม่สูงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณด้านการศึกษาที่เด็กในช่วงอายุ 3-17 ปีได้รับ

<sup>4</sup> เป็นงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาที่จำแนกตามลักษณะงาน โดยประกอบไปด้วยรายจ่ายการศึกษา 1. ระดับก่อนวัยเรียน ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (347,779 ล้านบาท) 2. การศึกษาไม่กำหนดระดับ (2,688 ล้านบาท) 4. การบริการสนับสนุนการศึกษา (10,366 ล้านบาท) และ 5. การศึกษาอื่น (44,341 ล้านบาท) ทั้งนี้ ยังไม่ได้รวมรายจ่ายการศึกษา ระดับอุดมศึกษา (101,833 ล้านบาท) และการวิจัยและการพัฒนาด้านการศึกษา (3,421 ล้านบาท) ซึ่งงบประมาณที่จัดสรรให้กับเด็กในช่วงอายุ 4-18 ปี (เอกสารงบประมาณโดยสังเขป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 หน้าที่ 68)

ภาพที่ 3.2 งบประมาณรัฐด้านการดูแลและการศึกษาของเด็กก่อนปฐมวัย  
ของประเทศสมาชิก OECD บางประเทศ (หน่วย: ร้อยละ GDP)



ที่มา: Public spending on childcare and early education, Social Policy Division (OECD)

ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบงบประมาณรัฐตามช่วงวัยต่าง ๆ

ช่วงอายุ	ระดับการศึกษา	งบประมาณรวม (หน่วย: ล้านบาท)	งบประมาณต่อคน (หน่วย: บาท)
ช่วง 0 - 3 ปี*	ก่อนอนุบาล	58,508	22,806
ตั้งแต่ 3 ถึง 17 ปี**	อนุบาล-มัธยมศึกษาตอนปลาย	405,174	34,837

ที่มา: รวบรวมและประมาณการโดยคณะผู้ศึกษา

หมายเหตุ: \* งบประมาณรัฐที่จัดสรรให้เด็กช่วง 0-3 ปี เป็นงบประมาณที่รวมงบประมาณในด้านต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ใช้ดูแลเด็ก และงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่เด็กเล็ก

\*\* งบประมาณรัฐที่จัดสรรให้เด็กช่วง 3-17 ปี เป็นงบประมาณที่คิดเฉพาะงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษา โดยยังไม่ได้นับรวมงบประมาณรายจ่ายอื่น ๆ เช่น รายจ่ายด้านสาธารณสุข

คณะผู้ศึกษาได้ทดลองคัดแยกงบประมาณที่จัดสรรให้กับเด็กเล็กในช่วง 0 – 3 ปี ที่ประเมินได้จากงานศึกษานี้ ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) งบประมาณให้กับแม่ตั้งครรภ์จนถึงช่วงของการคลอด 2) งบประมาณให้กับเด็กช่วง 0 – 2 ปี และ 3) งบประมาณให้กับเด็กช่วง 2 – 3 ปี ซึ่งสามารถสะท้อนภาพการจัดสรรงบประมาณที่น่าสนใจเพิ่มเติม โดยการทดลองคัดแยกงบประมาณดังกล่าว ได้จัดเองงบประมาณในส่วนของคุณย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท.ทั้งก้อน (16,027 ล้านบาท) ให้เป็นงบประมาณที่ให้กับเด็กในช่วง 2 – 3 ปี เนื่องจากคุณย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท. จะรับดูแลเด็กเล็กอายุ 2 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ในส่วนของงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขจำนวน 26,107 ล้านบาท ตามที่ปรากฏในตารางที่ 3.5 นั้น รายการที่ 1 – 2 ซึ่งประกอบด้วยงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการฝากครรภ์และการคลอดบุตร จะถูกจัดให้อยู่ในส่วนของงบประมาณที่ให้กับคุณแม่ตั้งครรภ์จนถึงช่วงของการคลอด รายการที่ 3 ซึ่งเป็นเงินเดือนและเงินช่วยเหลือช่วงลาคลอด จะถูกจัดสรรให้อยู่ในส่วนของงบประมาณที่ให้กับเด็กในช่วง 0 – 2 ปี ในขณะที่ รายการที่ 4 – 6 ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขที่จัดให้กับเด็กเล็กนั้น จะถูกกระจายให้กับงบประมาณที่ให้กับเด็กช่วง 0 – 2 ปี และงบประมาณให้กับเด็กช่วง 2 – 3 ปี โดยอาศัยข้อมูลจำนวนเด็กจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ในปี พ.ศ. 2561 มาคำนวณค่าน้ำหนักในการกระจายงบประมาณดังกล่าว

ท้ายที่สุด ในส่วนของรายจ่ายภาครัฐที่ปรากฏในเอกสารงบประมาณจำนวน 16,373.66 ล้านบาท ตามที่ปรากฏในตาราง 3.1 – 3.3 นั้น รายจ่ายแต่ละรายการจะถูกพิจารณาว่าจะจัดสรรให้กับกลุ่มใด ยกตัวอย่างเช่น รายการลำดับที่ 1 ในตารางที่ 3.1 เป็นรายการที่เกี่ยวข้องกับเงินสงเคราะห์การเลี้ยงดูบุตรของกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะถูกกระจายให้กับงบประมาณที่ให้กับเด็กช่วง 0 – 2 ปี และงบประมาณให้กับเด็กช่วง 2 – 3 ปี ในขณะที่ รายการลำดับที่ 13 ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพและการพัฒนาการสมวัย ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะถูกกระจายให้กับงบประมาณทั้ง 3 ส่วน (ตั้งแต่คุณแม่ตั้งครรภ์ จนถึงเด็กช่วง 2 – 3 ปี) เป็นต้น ทั้งนี้ การกระจายงบประมาณแต่ละรายการอาศัยข้อมูลจำนวนเด็กจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ในปี พ.ศ. 2561 มาคำนวณค่าน้ำหนักในการกระจาย เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 3.7 แสดงผลลัพธ์ของการทดลองคัดแยกงบประมาณออกเป็น 3 ส่วนดังกล่าว โดยจากตารางดังกล่าว งบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กเล็กในช่วง 0 – 3 ปี ที่ประเมินขึ้นในงานศึกษานี้ ถูกจัดสรรให้กับแม่ตั้งครรภ์จนถึงช่วงของการคลอดจำนวน 10,542 ล้านบาท ถูกจัดสรรให้กับเด็กเล็กช่วงอายุ 0 – 2 ปี จำนวน 14,688 ล้านบาท และถูกจัดสรรให้กับเด็กเล็กช่วงอายุ 2 – 3 ปี จำนวน 33,277 ล้านบาท ทั้งนี้ เมื่อคำนวณเป็นงบประมาณที่จัดสรรให้กับเด็ก 1 คน ในแต่ละส่วน จะพบว่าเด็กเล็กในช่วงอายุ 0 – 2 ปี จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นมูลค่า 11,846 บาท/คน/ปี ในขณะที่ เด็กเล็กในช่วงอายุ 2 – 3 ปี จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจำนวนมากที่สุด คิดเป็นมูลค่า 50,463 บาท/คน/ปี ทั้งนี้ งบประมาณดังกล่าวน่าจะครอบคลุมงบประมาณที่จัดสรรเพื่อบริการภาครัฐในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็ก

ตารางที่ 3.7 งบประมาณรัฐให้กับเด็กอายุ 0 – 3 ปี จำแนกออกเป็น 3 ช่วงวัย

	คุณแม่ตั้งครรภ์	0 - 2 ปี	2 - 3 ปี
1. รายจ่ายในเอกสาร งบประมาณ. (หน่วย: ล้านบาท)	18	2,449	13,907
2. ศูนย์เด็กเล็กของ อปท. (หน่วย: ล้านบาท)	-	-	16,027
3. บริการด้านสาธารณสุข (หน่วย: ล้านบาท)	10,525	12,239	3,343
<b>รวม (หน่วย: ล้านบาท)</b>	<b>10,542</b>	<b>14,688</b>	<b>33,277</b>
<b>งบประมาณต่อเด็กหนึ่งคน (หน่วย: บาท)</b>	<b>15,826</b>	<b>11,846</b>	<b>50,463</b>

ที่มา: รวบรวมและประมาณการโดยคณะผู้ศึกษา

## บทที่ 4 กรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยและตัวอย่างในต่างประเทศ

การลงทุนในเด็กโดยเฉพาะในเด็กปฐมวัยนับว่าเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ที่ผ่านมามีหน่วยงานหรือองค์การระหว่างประเทศ อาทิ ธนาคารโลก (World Bank) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund, UNICEF) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ต่างได้พยายามผลักดันให้เกิดการลงทุนในเด็กผ่านกรอบแนวคิดต่าง ๆ โดยเนื้อหาในบทนี้เป็นการนำเสนอกรอบแนวคิดส่วนหนึ่งในเรื่องการสนับสนุนหรือการลงทุนในเด็กปฐมวัยที่ถูกผลักดันในระดับสากล รวมทั้งตัวอย่างของการดำเนินนโยบายและสวัสดิการภาครัฐสำหรับเด็กที่ถูกใช้ในต่างประเทศ ซึ่งจะเป็แนวคิดและตัวอย่างของนโยบายที่อาจนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนานโยบายสวัสดิการภาครัฐที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัยในประเทศไทยต่อไป

### 4.1 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund, UNICEF) เป็นหน่วยงานของสหประชาชาติที่มีหน้าที่ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองสิทธิของเด็กทั่วโลก และถูกจัดตั้งขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2489 โดยมีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สุขอนามัยและโภชนาการของเด็ก นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยและพยายามผลักดันให้เป็นวาระที่ทุกประเทศต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันในระดับโลก

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้เด็กทุกคนตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงช่วงวัยที่เข้าโรงเรียน มีพัฒนาการได้ตามระดับศักยภาพ ซึ่งขึ้นกับปัจจัยสำคัญสองประการคือ **หนึ่ง** เด็กทุกคนจะต้องมีโอกาสที่เป็นธรรม (Equitable access) ในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและจำเป็นทางด้านสุขภาพ โภชนาการ ความคุ้มครอง และการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเริ่มต้น เพื่อตอบสนองต่อพัฒนาการ ตามความจำเป็น และ**สอง** พ่อแม่ ผู้ดูแล และครอบครัวได้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เชิงบวก

วิสัยทัศน์ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ซึ่งเป็นวาระการพัฒนาของโลกภายหลังปี พ.ศ. 2558 โดยเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีอย่างน้อย 4 เป้าหมาย (UNICEF, 2017) ได้แก่

**เป้าหมายที่ 2** ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน

**เป้าประสงค์ที่ 2.2** ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุ ภายในปี 2573 รวมถึงบรรลุเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศว่าด้วยภาวะแคระแกร็นและผอมแห้งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี 2568

**เป้าหมายที่ 3** รับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

**เป้าประสงค์ที่ 3.2** ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกถึงให้ต่ำถึง 12 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี 2573

**เป้าหมายที่ 4** รับรองการศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน

**เป้าประสงค์ที่ 4.2** สร้างหลักประกันว่าเด็กชายและเด็กหญิงทุกคนเข้าถึงการพัฒนา การดูแล และการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ภายในปี 2573 เพื่อให้เด็กเหล่านั้นมีความพร้อมสำหรับการศึกษาระดับประถมศึกษา

**เป้าหมายที่ 16** ส่งเสริมสังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

**เป้าประสงค์ที่ 16.2** ยุติการข่มเหง การใช้หาประโยชน์อย่างไม่ถูกต้อง การค้ามนุษย์ และความรุนแรงและการทรมานทุกรูปแบบที่มีต่อเด็ก

เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติข้างต้น ร่วมกับวิสัยทัศน์ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติเอง องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติจึงกำหนดแผนกลยุทธ์ (Strategic plan) ในช่วงระหว่างปี 2018 ถึง 2021 ไว้โดยมีเป้าหมาย 5 ด้าน (UNICEF, 2018) คือ

**เป้าหมายที่ 1** เด็กทุกคนมีชีวิตรอดและเจริญเติบโต (Every child survives and thrives)

โดยการสนับสนุนให้เกิดการกระตุ้นและการดูแลแบบที่สนองตอบโดยพ่อแม่และผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1,000 วันแรก

**เป้าหมายที่ 2** เด็กทุกคนได้เรียนรู้ (Every child learns)

โดยการปรับปรุงระบบคุณภาพของระบบและบริการของการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเริ่มต้น ซึ่งรวมถึง ศูนย์ดูแลหรือพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชน

**เป้าหมายที่ 3** เด็กทุกคนได้รับการปกป้องจากความรุนแรงและการแสวงหาประโยชน์ (Every child is protected from violence and exploitation)

โดยการปกป้องเด็กเล็กจากความรุนแรงและการสนับสนุนการเลี้ยงลูกเชิงบวก

**เป้าหมายที่ 4 เด็กทุกคนมีชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย (Every child lives in a safe and clean environment)**

โดยการสนับสนุนการปฏิบัติด้านสุขลักษณะและสุขาภิบาลที่ดี และการสนับสนุนโปรแกรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย (ECD programs) ที่สนับสนุนความเชื่อมโยงทางสังคม (Social cohesion)

**เป้าหมายที่ 5 เด็กทุกคนมีโอกาสในชีวิตที่เป็นธรรม (Every child has an equitable chance in life)**

โดยการสนับสนุนโปรแกรมการพัฒนาเด็กปฐมวัย (ECD programs) ที่ช่วยในเรื่องความเท่าเทียมกัน บรรเทาความยากจน และเพิ่มพลังของผู้หญิง

พร้อมกันนี้ องค์การยูนิเซฟในประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายสำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2564 ไว้ 4 เป้าหมาย ดังนี้<sup>5</sup>

**เป้าหมายที่ 1 เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปีทุกคน มีสุขภาพแข็งแรงและมีการพัฒนาสมองที่ดีขึ้น**

- ในแต่ละปี เด็กยากจนอายุแรกเกิดถึง 3 ปีประมาณ 400,000 คน ได้รับเงินอุดหนุนที่จะช่วยให้พวกเขาเข้าถึงโภชนาการและการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น
- ผู้ปกครองอย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าใจถึงความสำคัญของนมแม่และโภชนาการเด็กที่มีต่อการพัฒนาสมอง สภาวะทางอารมณ์และสติปัญญาของเด็กในอนาคต
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างน้อย 600 แห่ง มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบองค์รวมที่มีคุณภาพ และบุคลากรของศูนย์ฯ กว่า 2,300 คน มีขีดความสามารถในการนำสมรรถนะเด็กปฐมวัยเพื่อการพัฒนาตามวัยไปใช้ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเพียง 214 คน ใน พ.ศ. 2559
- เด็กอายุ 3-5 ปี ในครอบครัวที่ยากจนที่สุดอย่างน้อยร้อยละ 90 เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85 ใน พ.ศ. 2559

**เป้าหมายที่ 2 เด็กทุกคนได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพ มีทักษะและความรู้ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในอนาคต**

- เด็กข้ามชาติอย่างน้อย 180,000 คน ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพิ่มขึ้นจาก 123,000 คน ใน พ.ศ. 2559
- โรงเรียนของรัฐอย่างน้อยร้อยละ 30 บรรลุเรื่องทักษะชีวิตเข้าไว้ในแผนงานของโรงเรียน
- เด็ก ๆ ได้เริ่มเรียนหนังสือโดยใช้ภาษาแม่ของตนเอง โดยเฉพาะในช่วงอนุบาล

<sup>5</sup> [https:// www.unicef.org/thailand/th/เป้าหมาย-พ.ศ.-2564#goal2](https://www.unicef.org/thailand/th/เป้าหมาย-พ.ศ.-2564#goal2) (retrieved on June 20, 2019)

- งบประมาณด้านการศึกษาถูกจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ โดยช่วยให้เด็กที่ขาดโอกาสเข้าถึงการศึกษาได้มากขึ้น

**เป้าหมายที่ 3** วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพ ทักษะและความสามารถ เพื่อเติมเต็มศักยภาพและพร้อมจะเติบโตขึ้นเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบและสร้างสรรค์

- สถานีบริการสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 30 จาก 800 แห่ง ตลอดจนศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนและสถานสงเคราะห์เด็กครึ่งหนึ่งจัดให้มีบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
- วัยรุ่น 50,000 คนเข้าถึงยูรีพอร์ต (U-Report) ซึ่งเป็นนวัตกรรมล่าสุดในการรับฟังความคิดเห็นของคนหนุ่มสาวในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา
- วัยรุ่นและเยาวชน 5,000 คนเข้าร่วมอภิปรายและตัดสินใจผ่านเครือข่ายและเวทีต่าง ๆ ของเยาวชนอย่างสม่ำเสมอ

**เป้าหมายที่ 4** เด็กทุกคนได้รับการปกป้องคุ้มครองจากความรุนแรง การถูกทำร้าย การถูกละเลยทอดทิ้ง และการถูกแสวงประโยชน์

- มีการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายคุ้มครองเด็กอย่างมีประสิทธิภาพใน 39 จังหวัด เป้าหมาย ผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การพัฒนาระบบคุ้มครองเด็กให้เข้มแข็ง การสร้างโมเดลการคุ้มครองเด็ก และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ หนาย ผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ครู และผู้กำหนดนโยบาย
- ครอบครัวที่มีเด็กอย่างน้อยร้อยละ 75 เข้าใจความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้ความรุนแรงต่อเด็ก การทำร้าย การละเลยทอดทิ้ง และการแสวงประโยชน์จากเด็ก
- มีการนำมาตรการเพื่อหันเหเด็กจากศาลคดีเด็กและเยาวชนมาใช้กับคดีเด็กและเยาวชนอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากคดีเยาวชนที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดใน 39 จังหวัด เป้าหมาย
- โรงเรียน สถานคุ้มครองเด็ก สถานพินิจเพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชน และศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน นำวิธีการสร้างวินัยเชิงบวกมาใช้แทนการใช้ความรุนแรงเพื่อสร้างวินัยให้แก่เด็ก
- ครึ่งหนึ่งของเด็กพิการทั้งหมดได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ เมื่อเทียบกับเด็กพิการเพียงร้อยละ 35 ที่ได้รับเบี้ยนี้ใน พ.ศ. 2555



## 4.2 กรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก

ในปี 2018 องค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก ได้ออกรายงานร่วมกันชื่อว่า *Nurturing Care for Early Childhood Development (WHO et al., 2018)* โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อช่วยให้รอดชีวิต และเติบโตโดยได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพ ทั้งนี้ กรอบที่นำเสนอเป็นกรอบและแนวทางสำหรับทั้งภาครัฐและสังคมโดยรวมที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลและเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านสุขภาพ การได้รับสารอาหาร การศึกษา สภาพแวดล้อมที่เติบโต ไปจนถึงการคุ้มครองเด็ก และการคุ้มครองทางสังคม โดยมุ่งเน้นไปยังเด็กในช่วงตั้งแต่การตั้งครรภ์ไปจนถึงอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงก่อนวัยเรียน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาสมอง

การดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เด็กปฐมวัยประกอบด้วย การดูแล 5 ด้านสำคัญ ดังนี้

### ด้านที่ 1 สุขภาพดี (Good health)

การที่เด็กจะมีสุขภาพดีได้เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลเด็กได้ปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- ติดตามสภาวะทางกายและจิตใจของเด็ก
- ให้ความรักและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กในแต่ละวัน
- ปกป้องและให้ความคุ้มครองแก่เด็กจากครวเรือนและสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย
- มีการปฏิบัติตามหลักสุขลักษณะที่ดี เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ
- ใช้บริการการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ
- หากการรักษาและดูแลที่เหมาะสมเมื่อเวลาเด็กป่วย

การที่ผู้ดูแลเด็กจะสามารถปฏิบัติต่อเด็กได้นั้นย่อมขึ้นกับสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ดูแลและตัวเด็ก

### ด้านที่ 2 โภชนาการที่เพียงพอ (Adequate nutrition)

ภาวะโภชนาการของมารดาในช่วงตั้งครรภ์ย่อมส่งผลต่อทั้งสุขภาพและความเป็นอยู่ของมารดาและภาวะโภชนาการและการเติบโตของเด็กที่จะเกิดมา หากมารดาไม่ได้รับสารอาหารรองที่เพียงพอ การให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งรวมถึง ธาตุเหล็ก สำหรับเด็กเล็กที่เพิ่งเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนนั้น การให้นมแม่แต่เพียงอย่างเดียว และการสัมผัสทางผิวหนัง จะช่วยให้เด็กเติบโตได้เป็นอย่างดี และสำหรับเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือนเป็นต้นไป การให้อาหารเสริมการให้นมแม่ ก็จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อการเติบโตในแต่ละช่วงวัย

### ด้านที่ 3 การดูแลที่สนองตอบ (Responsive caregiving)

การดูแลที่สนองตอบความต้องการของเด็กนั้นจะรวมทั้งการสังเกตและการสนองตอบการเคลื่อนไหว การร้องขอด้วยการส่งเสียง ภาษากาย และวาจาของเด็ก ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการ

- การปกป้องเด็กจากการบาดเจ็บและผลกระทบทางลบจากความเครียดร้าย
- การรับรู้และสนองตอบต่อการเจ็บป่วยของเด็ก
- ส่งเสริมการเรียนรู้
- สร้างความเชื่อใจและความสัมพันธ์ทางสังคม

### ด้านที่ 4 โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Opportunities for early learning)

การเรียนรู้ของเด็กไม่ได้เริ่มต้นที่การศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษา (Preprimary education) หรือระดับอนุบาล ที่จริงแล้วการเรียนรู้ของเด็กเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงเวลาที่อยู่ในครรภ์มารดา ผ่านกระบวนการพัฒนาที่เรียกว่า Epigenesis ทั้งนี้ ในช่วงที่เป็นเด็กทารก การเรียนรู้และทักษะของเด็กเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รวมถึงผู้ดูแลที่เกิดขึ้นผ่านรอยยิ้ม การมอง การพูดคุย การร้อง การเล่นเกมส่ง่าย ๆ ในช่วงเวลาต่าง ๆ ของวัน ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของชีวิต เด็กจึงมีความต้องการความรักและการดูแลอย่างมั่นคงจากผู้ใหญ่ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมครอบครัวที่เด็กได้เติบโตขึ้น

### ด้านที่ 5 ความมั่นคงและความปลอดภัย (Security and safety)

เด็กเล็กเป็นช่วงวัยที่ไม่สามารถปกป้องตนเองและเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ เด็กเล็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทารก บ่อยครั้งมักโดนทำร้าย ตี และลงโทษอย่างรุนแรงโดยผู้ใหญ่ที่ดูแล หรืออาจโดยถูกทอดทิ้ง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกที่หวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกที่หวาดกลัว ไม่มั่นคง และไม่ปลอดภัยอาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมละทิ้งสังคม ไม่เชื่อใจผู้ใหญ่ หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวและรุนแรงต่อเด็กคนอื่น ดังนั้น จึงต้องทำให้มั่นใจว่า ผู้ดูแลเด็กจะต้องมีสุขภาพจิตที่ดีเพื่อป้องกันการปฏิบัติต่อเด็กที่ไม่เหมาะสม การดูแลและการเลี้ยงดูเด็กจึงต้องรวมถึงการทำให้เด็กเล็กรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัยได้

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน ผู้ดูแลเด็กนับเป็นบุคคลที่สำคัญมากต่อพัฒนาการเด็กที่จะเติบโตขึ้น โดยผู้ดูแลเด็กควรมีเวลาและทรัพยากรต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจได้จากการสนับสนุนของนโยบาย สวัสดิการ และบริการของรัฐ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนและครอบครัว

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (WHO *et al.*, 2018) ได้นำเสนอกฎหมายและนโยบายที่นำไปสู่การให้บริการภาครัฐ การส่งเสริม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการดูแลและเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตามเป้าหมายการดูแลทั้ง 5 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

## ด้านที่ 1 สุขภาพดี (Good health)

### กฎหมายและนโยบายรัฐ

- การดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage)

### ตัวอย่างบริการภาครัฐ

- การวางแผนครอบครัว
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่แม่และเด็ก
- การป้องกันและการเลิกการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดให้โทษ
- การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- การสนับสนุนและดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล
- การฝากครรภ์และการดูแลการคลอด
- การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- การดูแลทารกแรกเกิด
- การดูแลแบบแคงการู (Kangaroo Care) แก่ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย
- การสนับสนุนและการดูแลที่ทันเวลาและเหมาะสมแก่เด็กป่วย
- การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการหรือมีพัฒนาการช้า

## ด้านที่ 2 โภชนาการที่เพียงพอ (Adequate nutrition)

### กฎหมายและนโยบายรัฐ

- หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยเรื่องการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, and the accompanying guidance)
- โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) และชุมชนสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby-Friendly Community, Initiative)

### ตัวอย่างบริการภาครัฐ

- โภชนาการของมารดา
- การสนับสนุนการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลัง 6 เดือนแรก
- การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นอย่างเหมาะสม
- การเสริมสารอาหารรอง (Micronutrient supplementation) แก่แม่และเด็กในกรณีจำเป็น

- การเสริมสารอาหาร (Fortification of staple foods)
- การเฝ้า ติดตาม และสนับสนุนการเจริญเติบโต
- การถ่ายพยาธิ (Deworming)
- การสนับสนุนการให้อาหารที่เหมาะสมแก่เด็กป่วย

### ด้านที่ 3 การดูแลที่สนองตอบ (Responsive caregiving)

#### กฎหมายและนโยบายรัฐ

- สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่ (Paid Parental Leave)
- การให้บริการเลี้ยงดูเด็กที่สามารถเข้าถึงได้ (Affordable child-care services)
- การออกแบบชุมชนเมือง (Urban Design)

#### ตัวอย่างบริการภาครัฐ

- การให้แม่และลูกได้สัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอด
- การดูแลแบบแคงารู (Kangaroo Care) แก่ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย
- การให้อาหารที่ตอบสนองความต้องการ (Responsive feeding)
- การส่งเสริมกิจกรรมการเล่นและการสื่อสารระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก
- การส่งเสริมและสนับสนุนการตอบสนองของผู้ดูแลต่อการบอกเป็นนัยของเด็ก (Children cues)
- การสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้ดูแล
- การมีส่วนร่วมของพ่อ
- การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัวและชุมชน

### ด้านที่ 4 โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Opportunities for early learning)

#### กฎหมายและนโยบายรัฐ

- การเข้าถึงอย่างทั่วถึงศูนย์รับเลี้ยงและพัฒนาเด็กตอนกลางวันที่มีคุณภาพดี และการศึกษาก่อนระดับประถมศึกษาและระดับประถมศึกษา (Universal access to good-quality day care for children, as well as pre-primary and primary education)

#### ตัวอย่างบริการภาครัฐ

- การให้ข้อมูล การสนับสนุน และการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวกับโอกาสสำหรับเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก รวมถึงการใช้วัตถุทั่วไปในบ้านและของเล่นที่ทำที่บ้าน

- การเล่น การอ่าน และการเล่านิทานเป็นกลุ่มสำหรับผู้ดูแลและเด็ก
- การแบ่งปันหนังสือ
- ห้องสมุดสำหรับของเล่นและหนังสือ
- การดูแลเด็กตอนกลางวันที่มีคุณภาพดี และการศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษา
- กิจกรรมการเล่านิทานแก่เด็กของผู้สูงอายุ

## ด้านที่ 5 ความมั่นคงและความปลอดภัย (Security and safety)

### กฎหมายและนโยบายรัฐ

- การคุ้มครองและบริการทางสังคม (Social Protection and Social Services)
- ค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (Minimum Wage)

### ตัวอย่างบริการภาครัฐ

- การแจ้งเกิด
- การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัยและการสุขาภิบาล
- การปฏิบัติด้านสุขลักษณะที่ดี (Good hygiene practices) ที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชน
- การป้องกันและลดมลพิษทางอากาศทั้งภายในอาคาร (Indoor air pollution) และภายนอกอาคาร (outdoor air pollution)
- สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยจากอันตรายทางเคมี
- พื้นที่สำหรับครอบครัวและพื้นที่เล่นที่ปลอดภัยทั้งในและนอกเมือง
- การป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและคู่ครอง และการบริการเพื่อจัดการปัญหา
- การบริการดูแลทางสังคม (Social care services)
- การช่วยเหลือให้เปล่าที่จ่ายเป็นเงินสด ในรูปของสิ่งของและบริการ และประกันสังคม

### 4.3 โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ ของธนาคารโลก

ธนาคารโลกเป็นองค์การหนึ่งที่ทำให้ความยิ่งกับการลงทุนในเด็กเล็ก ในรายงานการศึกษาของธนาคารโลกโดย Denboba *et al.* (2014) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัย และได้รับบริการหรือการสนับสนุนเด็กปฐมวัย ซึ่งรัฐบาลอาจเข้าไปแทรกแซงหรือมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการสาธารณะได้ 25 ด้านที่สำคัญ โดยแบ่งกลุ่มเป็น 5 ชุดโปรแกรมสนับสนุนตามแต่ละช่วงเวลา เริ่มตั้งแต่โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมครอบครัวให้มีความพร้อมต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่จะเกิดขึ้น ไปจนถึงโปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียนตั้งแต่เด็กอายุ 3 ถึง 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญยิ่งในการเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้าสู่วัยเรียน สำหรับรายละเอียดของแต่ละโปรแกรมสนับสนุนสามารถสรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

#### โปรแกรมที่ 1:

##### โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (Family support package) ตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงเด็กอายุ 6 ปี

เนื่องจากครอบครัวนับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การสนับสนุนและเตรียมความพร้อมของครอบครัวจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่ดี ทั้งนี้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วยการจัดบริการสนับสนุน 12 ด้าน ดังนี้

**ด้านที่ 1 การศึกษาของผู้เป็นแม่ (Maternal Education)** โดยงานศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า หากผู้เป็นแม่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะเพิ่มโอกาสของเด็กที่ได้รับการดูแลปฐมวัยและได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีผลมากต่อการเติบโตและอนาคตต่อไปข้างหน้าของเด็ก (Greenberg, 2011)

**ด้านที่ 2 การวางแผนครอบครัว (Planning for family size and spacing)** เพื่อให้พ่อแม่สามารถคาดการณ์และกำหนดขนาดครอบครัวและช่วงเวลาของการมีลูกได้อย่างเหมาะสมกับตน โดยผ่านวิธีการคุมกำเนิดและวิธีการรักษาภาวะการมีบุตรยาก งานศึกษาที่ผ่านมา (WHO, 2013) พบว่า การบริการช่วยวางแผนครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้เป็นแม่ โดยช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะการตายของมารดา นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ด้วย

**ด้านที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ (Education about early stimulation, growth, and development)** การเพิ่มการศึกษาและความรู้ให้กับพ่อแม่ (ผ่านโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้าน และการใช้เครือข่ายสังคมและการให้การศึกษาชุมชนที่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย) นำไปสู่การเพิ่มการกระตุ้นพัฒนาการและกิจกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่บ้าน อีกทั้งช่วยให้การดูแลเด็กเป็นไปอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่พัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้น ทั้งทักษะทางปัญญา ทักษะทางอารมณ์สังคม และทักษะทางภาษา

**ด้านที่ 4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม (Social assistance transfer programs)** การสงเคราะห์ช่วยเหลือในลักษณะต่าง ๆ แก่ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและมีความเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือสูงสุด ความช่วยเหลือทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นแบบมีเงื่อนไข ส่วนหนึ่ง ช่วยให้พ่อแม่

แม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและสนับสนุนพัฒนาการเด็กได้ดีขึ้น ทั้งด้านสุขภาพ การได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และการศึกษาของเด็ก

**ด้านที่ 5 การป้องกันและการรักษาโรคซึมเศร้าของพ่อแม่ (Prevention and treatment of parental depression)** งานศึกษาที่ผ่านมา (อาทิ Wong *et al.*, 2014) พบว่า โรคซึมเศร้าในพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้เป็นแม่ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็ก การป้องกันและการรักษาโรคซึมเศร้าของพ่อแม่จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

**ด้านที่ 6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ (Parental leave and adequate child care)** การลาคลอดของพ่อแม่พบว่า ทำให้อัตราการเสียชีวิตของเด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ลดลงได้ ทั้งนี้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางรายได้ที่เพียงพอ ก็จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการลาคลอดของพ่อแม่ และการทำหน้าดูแลเด็กได้อย่างดีพอ นอกจากนี้ อาจทำให้พ่อแม่ส่วนหนึ่งตัดสินใจออกจากตลาดแรงงานโดยมิสมควร ซึ่งทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรแรงงานและทุนมนุษย์ที่ควรใช้ในการพัฒนาประเทศต่อไปได้

**ด้านที่ 7 การคุ้มครองเด็ก (Child protection service)** ความรุนแรงในครอบครัวในช่วงการตั้งครรภ์ส่งผลต่อน้ำหนักตัวของเด็กแรกเกิด นอกจากนั้น หากความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในช่วงเด็กปฐมวัย ก็จะมีผลลบต่อพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะทางด้านอารมณ์สังคม พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กและการบังคับใช้ทางกฎหมายจะช่วยคุ้มครองเด็กจากความรุนแรง และนำไปสู่พัฒนาการทางด้านปัญญาและอารมณ์สังคมที่ดีได้ (Wong *et al.*, 2014)

**ด้านที่ 8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to health care)** การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยให้คนมีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้มากขึ้น ซึ่งช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และส่งผลดีต่อภาวะโภชนาการของเด็ก

**ด้านที่ 9 สารอาหารเสริมรองและการเติมสารอาหาร (Micronutrient supplementation and fortification)** การให้ยาที่มีสารอาหารรองเสริมระหว่างตั้งครรภ์ในมารดา เช่น วิตามิน A ธาตุเหล็ก โฟลิกสังกะสี และไอโอดีน สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกแรกเกิด และส่งผลบวกต่อพัฒนาการด้านร่างกายและสมองของเด็กได้

**ด้านที่ 10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย (Access to safe water)** การปรับปรุงคุณภาพของน้ำดื่มให้ปลอดภัยมีผลช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

**ด้านที่ 11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ (Adequate sanitation)** การมีสุขาภิบาลที่เพียงพอ ช่วยลดการถ่ายอุจจาระในที่โล่งแจ้ง และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของสตรีมีครรภ์และเด็กเล็ก

**ด้านที่ 12 การล้างมือ (Hand washing)** การดูแลสุขอนามัยที่เพียงพอและการล้างมือให้สะอาดช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วง



## โปรแกรมที่ 2:

### โปรแกรมการตั้งครรภ์ (Pregnancy package) ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงการคลอด

บริการสนับสนุนการตั้งครรภ์จะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและเติบโตของเด็ก ทั้งนี้ โปรแกรมการตั้งครรภ์ประกอบด้วยการจัดบริการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่

**ด้านที่ 13 การฝากครรภ์ (Antenatal care)** การไปพบแพทย์/สูติรีแพทย์จะช่วยให้มารดาและทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากตรวจพบความผิดปกติระหว่างฝากครรภ์ แพทย์ก็สามารถรักษาหรือให้คำแนะนำที่สมควรกับมารดาได้ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากการตายของมารดาและทารก ได้ทั้งนี้ UNICEF และ WHO แนะนำว่า สตรีมีครรภ์ควรมาฝากครรภ์ หรือมาพบแพทย์/สูติรีแพทย์อย่างน้อย 4 ครั้ง (ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำ ควรมีนัดตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง คือ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 38 สัปดาห์)

**ด้านที่ 14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครรภ์ (Iron and folic acid supplementation for pregnant mothers)** จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้

**ด้านที่ 15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบมาตรฐานแก่สตรีมีครรภ์ (Counseling on adequate diets for pregnant mothers)** จะช่วยลดปัญหาภาวะโภชนาการต่ำในช่วงการตั้งครรภ์ ซึ่งลดความเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและการตายของทารกในครรภ์ได้

## โปรแกรมที่ 3:

### โปรแกรมคลอด (Birth package) ตั้งแต่การคลอดบุตรจนถึงเด็กอายุ 6 เดือน

บริการสนับสนุนการคลอดจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกและมารดา ทั้งนี้โปรแกรมคลอดประกอบด้วยจัดให้บริการ 3 ด้าน คือ

**ด้านที่ 16 การคลอดภายใต้การดูแลของสูติรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ (Skilled attendance at delivery)** รวมทั้งเครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ จะช่วยลดการตายของทารกและมารดาที่มีสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด

**ด้านที่ 17 การแจ้งเกิด (Birth registration)** เพื่อคุ้มครองสิทธิเด็กที่ควรได้รับ และการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข การศึกษา การช่วยเหลือทางสังคม และการคุ้มครองจากการละเมิดสิทธิมนุษยชน

**ด้านที่ 18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ (Exclusive breastfeeding)** การส่งเสริมการให้นมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหกเดือนแรก มีผลอย่างมากต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เนื่องจากน้ำนมแม่มีคุณค่าของสารอาหารสูงและมีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งทารกที่ได้รับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีพัฒนาการทางด้านจิตสังคมดีจากการมีโอกาสใกล้ชิดและสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและมารดา



#### โปรแกรมที่ 4:

#### โปรแกรมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก (Child health and development package) ตั้งแต่เกิดจนถึงเด็กอายุ 5-6 ปี

การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นแก่เด็กในวัยนี้ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง การเสียชีวิตของเด็กและความบกพร่องของพัฒนาการทางด้านสติปัญญา โปรแกรมสุขภาพและพัฒนาการเด็กประกอบด้วยบริการ 5 ด้าน ดังนี้

**ด้านที่ 19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunizations)** การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กตั้งแต่เกิดจะลดความเสี่ยงของการเป็นโรคและการตายของเด็กได้ ทั้งนี้ WHO ได้ประมาณการว่า (อ้างอิงใน Bärnighausen *et al.*, 2009) การให้วัคซีนนิวโมคอคคัส (PCV) วัคซีนโรตา (Rota) วัคซีนฮิบ (Hib) จะสามารถช่วยป้องกันการเสียชีวิตของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ได้มากกว่า 1.5 ล้านคนในปี 2002 การขยายความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน) ถูกชี้ว่า เป็นหนึ่งในสิบของการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด

**ด้านที่ 20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ (Adequate, nutritious, and safe diet)** ภายหลังจากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกหลังการเกิด เด็กควรยังได้รับน้ำนมแม่ต่อไปจนถึงอายุ 24 เดือน โดยให้รับประทานอาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ เหมาะสมกับช่วงอายุ หากสารอาหารที่ได้รับมีปริมาณน้อยเกินไปจนเกิดภาวะขาดโภชนาการ (Undernutrition) ก็จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคอ่อนแอ เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ และทำให้พัฒนาการของเด็กไม่ดี รวมถึงอาจมีภาวะเตี้ย แคระแกร็น (Stunting) เกิดขึ้น

**ด้านที่ 21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง (Therapeutic zinc supplementation for diarrhea)** การเสริมสังกะสีจะช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง และช่วยลดอัตราการตายของเด็กอันเกิดจากโรคอุจจาระร่วงได้

**ด้านที่ 22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน (Prevention and treatment of acute malnutrition)** การเสริมอาหารและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี จะช่วยลดการเสียชีวิตของเด็กได้เป็นจำนวนมาก (WHO, 2013)

**ด้านที่ 23 การถ่ายพยาธิ (Deworming)** โรคพยาธิส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการเด็กต่อไปข้างหน้า นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ อาทิ ภาวะโลหิตจาง โรคขาดสารอาหาร การถ่ายพยาธิเป็นวิธีการที่ง่าย ปลอดภัย ไม่แพง และส่งผลบวกต่อพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

## โปรแกรมที่ 5:

### โปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียน (Preschool package) ตั้งแต่เด็กอายุ 3 ถึง 6 ปี

การศึกษาปฐมวัย โดยเฉพาะการศึกษาอนุบาล มีส่วนสำคัญที่ช่วยเตรียมความพร้อมของเด็กในด้านต่าง ๆ ก่อนการเข้าเรียนระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ โปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียนประกอบด้วยการจัดบริการ 2 ด้าน ได้แก่

**ด้านที่ 24 การศึกษาก่อนระดับประถมศึกษา (Preprimary education)** หรือการศึกษาอนุบาล สำหรับเด็กในวัย 3 ถึง 5 ปี การเข้าถึงและคุณภาพของการศึกษาก่อนระดับประถมศึกษาพบว่า มีผลต่อพัฒนาการเด็กในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อผลสำเร็จทางการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

**ด้านที่ 25 การศึกษาต่อระดับประถมศึกษา (Continuity to primary)** เด็กในช่วงอายุ 6 ปี นับเป็นช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ จากการศึกษา ก่อนระดับประถมศึกษาไปยังระดับประถมศึกษา คุณภาพของการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสองปีแรก นับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากต่อพัฒนาการเด็ก การปรับปรุงคุณภาพของการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น เช่น การอบรมและพัฒนาครูผู้สอนในชั้นเด็กเล็ก ขนาดห้องเรียนที่เล็ก ช่วยให้ผลการเรียนรู้ของเด็กดีขึ้น อีกทั้งพบว่า ทำให้อัตราการเข้าเรียนและอัตราการสอบผ่านของเด็กสูงขึ้น

การลงทุนในเด็กปฐมวัยด้านต่าง ๆ รวม 25 ด้านข้างต้น (ตารางที่ 4.1) เป็นเรื่องสำคัญ งานศึกษาที่ผ่านมา ล้วนชี้ให้เห็นว่า ประโยชน์จากการลงทุนหรือการสนับสนุนในแต่ละด้านนั้นสูงกว่าต้นทุนของการให้บริการมาก ซึ่งทำให้ผลตอบแทนของการลงทุนในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะผลตอบแทนทางสังคมมีค่าเป็นบวก ดังนั้น หากประเทศไทยนำกรอบแนวทางการสนับสนุนหรือการลงทุนในเด็ก 25 ด้านดังกล่าวที่แนะนำโดยธนาคารโลก มาปรับใช้ การลงทุนหรือการสนับสนุนในด้านใดบ้าง? ที่ประเทศไทยยังขาดอยู่หรือควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนั้น ขนาดงบประมาณที่จะต้องใช้งบสนับสนุนในแต่ละด้านควรเป็นเท่าไร? คำตอบของคำถามเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และกลายเป็นที่มาและความสำคัญของงานศึกษาชิ้นนี้

ตารางที่ 4.1 โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยแบ่งตามช่วงอายุต่าง ๆ

	๕	๖	๑๒	๑๘	๒๔	๓๐	๓๖	๔๒	๔๘	๕๔	๖๐	๖๖	๗๒
	ตั้งครุ	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
<p><b>โปรแกรมที่ 1: โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว</b></p> <p>1 การศึกษาของผู้เป็นแม่</p> <p>2 การวางแผนครอบครัว</p> <p>3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ</p> <p>4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม</p> <p>5 การป้องกันและการรักษาโรคซึมเศร้าของพ่อแม่</p> <p>6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ</p> <p>7 การคุ้มครองเด็ก</p> <p>8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ</p> <p>9 สารอาหารเสริมรองและการเสริมสารอาหาร</p> <p>10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย</p> <p>11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ</p> <p>12 การล้างมือ</p>													
<p><b>โปรแกรมที่ 2: โปรแกรมการตั้งครุ</b></p> <p>13 การฝากครุ</p> <p>14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครุ</p> <p>15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบถ้วนมาตรฐานแก่สตรีมีครุ</p>													
<p><b>โปรแกรมที่ 3: โปรแกรมคลอด</b></p> <p>16 การคลอดภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>17 การแจ้งเกิด</p> <p>18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว</p>													

	ตั้งครุฑ	เกิด	6 เดือน	12 เดือน	18 เดือน	24 เดือน	30 เดือน	36 เดือน	42 เดือน	48 เดือน	54 เดือน	60 เดือน	66 เดือน	72 เดือน
<b>โปรแกรมที่ 4: โปรแกรมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก</b> 19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ 21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง 22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน 23 การถ่ายพยาธิ														
<b>โปรแกรมที่ 5: โปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียน</b> 24 การศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษา 25 การศึกษาต่อระดับปฐมศึกษา														

ตารางที่ 4.2 แสดงถึงการเชื่อมโยงระหว่างกรอบการดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (WHO *et al.*, 2018) กับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ 25 ด้านของธนาคารโลก (Denboba *et al.*, 2014) โดยคณะผู้ศึกษา ทั้งนี้ การดูแลและการเลี้ยงดูในด้านที่ 1 เรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ดูแลและตัวเด็ก เชื่อมโยงกับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยเป็นจำนวนสูงสุดถึง 10 ด้าน ขณะที่การดูแลและการเลี้ยงดูในด้านที่ 3 การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของเด็ก เชื่อมโยงกับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยเพียง 1 ด้าน คือ เรื่อง การให้สิทธิลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ เท่านั้น

ตารางที่ 4.2 การเชื่อมโยงกรอบการดูแลเลี้ยงดูและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัย 25 ด้าน

การดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing Care) ด้านที่ 1: สุขภาพดี	ตัวอย่างกฎหมายและสวัสดิการภาครัฐ (WHO et al., 2018) การดูแลสุขภาพทั่วหน้า	โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัย 25 ด้าน (Denbosa et al., 2014)
ด้านที่ 2: โภชนาการที่เพียงพอ	หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยเรื่องอาหารทารกแทนนมแม่ โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก และชุมชนสายสัมพันธ์แม่-ลูก	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 การศึกษาของผู้เป็นแม่</li> <li>2 การวางแผนครอบครัว</li> <li>5 การป้องกันและการรักษาโรคซึมเศร้าของพ่อแม่</li> <li>8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ</li> <li>13 การฝากครรภ์</li> <li>14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครรภ์</li> <li>16 การคลอดปกติภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ</li> <li>19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</li> <li>21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง</li> <li>22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน</li> </ul>
ด้านที่ 3: การดูแลที่สนองตอบ	สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่ การให้บริการเลี้ยงดูเด็กที่สามารถเข้าถึงได้ การออกแบบชุมชนเมือง	<ul style="list-style-type: none"> <li>9 สารอาหารเสริมรองและการเสริมสารอาหาร</li> <li>15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบถ้วนแก่สตรีมีครรภ์</li> <li>18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว</li> <li>20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ</li> <li>23 การถ่ายภาพ</li> <li>6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ</li> </ul>

<p>การดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing Care)</p>	<p>ตัวอย่างกฎหมายและสวัสดิการภาครัฐ (WHO et al., 2018)</p>	<p>โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัย 25 ด้าน (Denbosa et al., 2014)</p>
<p>ด้านที่ 4: โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก</p>	<p>การเข้าถึงอย่างทั่วถึงศูนย์รับเลี้ยงและพัฒนาเด็กตอนกลางวันที่มีคุณภาพดี และการศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษาและระดับปฐมศึกษา</p>	<p>3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ</p> <p>24 การศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษา</p> <p>25 การศึกษาต่อระดับปฐมศึกษา</p>
<p>ด้านที่ 5: ความมั่นคงและความปลอดภัย</p>	<p>การคุ้มครองและบริการทางสังคม ค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ</p>	<p>4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม</p> <p>7 การคุ้มครองเด็ก</p> <p>10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย</p> <p>11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ</p> <p>12 การล้างมือ</p> <p>17 การแจ้งเกิด</p>

## 4.4 ตัวอย่างนโยบายและสวัสดิการภาครัฐสำหรับเด็กปฐมวัยที่ถูกใช้ในต่างประเทศ

### 4.4.1 นโยบายครอบครัวในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย

นโยบายครอบครัวหมายถึงนโยบายหรือมาตรการรัฐที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการสนับสนุนครอบครัว ซึ่งรวมไปถึงครอบครัวที่มีเด็ก ตัวอย่างของมาตรการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิทธิการลาคลอดบุตรสำหรับมารดา (Maternity leave) สิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดาในระหว่างภรรยาคลอดบุตร (Paternity leave) สิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา (Parental Leave หรือ Family Leave) บริการทางด้านการดูแลเด็ก อาทิ ศูนย์เด็กเล็กของรัฐ (Childcare) เงินผลประโยชน์สำหรับบุตร (Child benefit) (อาทิ เงินอุดหนุนบุตร เงินอุดหนุนการดูแลบุตร) และค่าลดหย่อนบุตรสำหรับการลดหย่อนภาษีเงินได้ ทั้งนี้กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย (เดนมาร์ก นอร์เวย์ และสวีเดน) นับเป็นกลุ่มประเทศที่มีนโยบายครอบครัวที่น่าสนใจ โดยตัวอย่างของนโยบายหรือมาตรการที่น่าสนใจของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย มีดังต่อไปนี้

#### - สิทธิการลาของบิดา-มารดา

กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียได้ออกกฎหมายในเรื่องสิทธิการลาคลอดบุตรสำหรับมารดา (Maternity leave) ตั้งแต่ในช่วงปี 1956 โดยมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองมารดาและเด็ก โดยในปี 1974 ประเทศสวีเดน นับเป็นประเทศแรกที่มีการให้สิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดาโดยได้รับเงินเดือน (Paid parental Leave) เพื่อให้บิดามีสิทธิการลาเพื่อไปดูแลบุตรได้เช่นเดียวกับมารดา แต่ภายหลังการออกกฎหมายกลับพบว่า บิดาไม่ได้ใช้สิทธิการลาเท่าที่ควร สิทธิการลาส่วนใหญ่ถูกโอนไปให้มารดา ดังนั้นในปี 1993 ประเทศนอร์เวย์ จึงออกโควตาการลาของบิดา (Father's quota) ซึ่งไม่สามารถโอนไปให้มารดาได้ ซึ่งต่อมาพบว่า สัดส่วนการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดาของบิดาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 ในปี 1993 เป็นร้อยละ 17.8 ในปี 2011

ตารางที่ 4.3 แสดงถึงสิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดาของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียและประเทศอื่น ๆ ที่อยู่ในกลุ่มประเทศ Nordic ในปี 2016 ในกรณีของประเทศเดนมาร์ก สิทธิการลาของบิดา-มารดามีระยะเวลารวมทั้งสิ้น 52 สัปดาห์ โดยมารดามีสิทธิการลาคลอดบุตรสำหรับมารดา 18 สัปดาห์ (โดยลาได้ 4 สัปดาห์ในช่วงเวลาก่อนคลอด) บิดามีสิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดาในระหว่างภรรยาคลอดบุตรได้ 2 สัปดาห์ และที่เหลือ 32 สัปดาห์ เป็นสิทธิการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา

เงินผลประโยชน์ที่ได้รับในช่วงการลาขึ้นกับนโยบายของแต่ละประเทศ จากตารางที่ 4.4 ในกรณีของประเทศสวีเดนจะได้รับเงินร้อยละ 80 ของเงินเดือน แต่สูงสุดไม่เกินสัปดาห์ละ 8,496 โครนาสวีเดน (SEK) หรือประมาณ 27,000 บาท แต่สิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ก็ขึ้นกับเงื่อนไขของตลาดแรงงานในแต่ละประเทศ อาทิเช่น ในกรณีของประเทศนอร์เวย์ บิดาสามารถลาและได้รับเงินผลประโยชน์ได้ก็ต่อเมื่อมารดาทำงานหรือเรียนหรือป่วยจนไม่สามารถดูแลบุตรได้ ทั้งนี้เนื่องจากต้องการไม่ให้บิดาได้รับเงินผลประโยชน์จากการลา หากมารดาอยู่บ้านและสามารถดูแลบุตรด้วยตนเอง



นอกจากนั้น เงินผลประโยชน์ที่ได้รับจากการลาที่ยื่นกับระดับรายได้ การเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว จำนวนบุตรที่มี อีกด้วย

ตารางที่ 4.3 ระยะเวลาการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา (Parental leave) ในปี 2016

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
National terminology	Barsels dagpenge	Barsils gjald	Föräldradagpenning	Faedingarorlof	Foreldrepenger ved fødsel	Föräldrapenning
<i>Employed (employees)</i>						
Maximum period (weeks) in which parental benefit is payable	52 <sup>2, 3</sup>	52	53	39	49/59 <sup>4</sup>	69
Parental benefit to mothers before birth (weeks) <sup>1</sup>	4	4-8	5-8	4	3-12	9
Parental benefits (weeks):						
- Mother only	18	14	18	13	10	12
- Father only	2	4	9	13	10	12
- Either mother or father	32	26	26 <sup>4</sup>	13	26/36	52
Additionally:						
Father and mother at the same time	2	2	3	-	2 <sup>6</sup>	2
Benefits subject to tax?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
<i>Not employed</i>						
Maximum number of weeks in which parental benefit is payable	..	..	53	39	One-off payment <sup>7</sup>	69
Benefits subject to tax?	..	..	Yes	Yes	No	Yes
Leave period shareable with father?	..	..	Yes, for a maximum of 26 weeks	Yes	<sup>8</sup>	Yes

Source: DK, Ministry of Employment; FO, Ministry of Social Affairs; FI, the Social Insurance Institution of Finland; IS, Directorate of Labour; NO, Directorate of Labour and Welfare; SV, the Swedish Social Insurance Agency

- 1 The total number of reimbursable weeks includes the number for which mothers are entitled to benefits prior to giving birth
- 2 The standard leave period of 32 weeks may be extended by 8 or 14 weeks to 40 or 46 weeks, making a total of 58 or 64 weeks. When leave is prolonged, daily cash benefits are reduced accordingly, so that the total amount for the 40 or 46 weeks equals the amount payable for 32 weeks
- 3 The mother is entitled to 4 weeks of maternity benefit before the birth and 14 weeks of maternity benefit after the birth. The father is entitled to 2 weeks of paternity benefit after the birth. Furthermore, both parents are entitled to 32 weeks of parental leave benefit, to be shared as they wish
- 4 In the event of multiple births, the parental-benefit period is extended by 60 days for the second child and for each subsequent child
- 5 49 weeks at a compensation level of 100 per cent, or 59 weeks at 80 per cent
- 6 Fathers are entitled to two weeks' unpaid leave at childbirth. The two weeks may either be taken just before the child is born or immediately thereafter. However, in the public sector and in large parts of the private sector, collective bargaining agreements are in place that grant compensation during those two weeks
- 7 The one-off payment of NOK 61 120 is tax-free. The father is entitled to a one-off payment if the mother is deceased and/or he has sole parental responsibility
- 8 Both parents are entitled to draw on parental benefits at the same time for four weeks, but these days are included twice in the total number of days for which benefits are paid. In addition, an insured person other than the mother can draw benefits for 2 extra weeks upon the birth of a child

ที่มา: อ้างอิงใน NOSOSCO (2017)

ตารางที่ 4.4 เงินผลประโยชน์ที่ได้รับในช่วงการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา (Cash benefits) ในปี 2016

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
National terminology	Børnsleds-dagpenge	Børnsleds-gjald	Föräldradagpenning	Fæðingarrorlof	Foreldre-penger ved fødsel	Föräldradagpenning
<i>Gainfully employed (employees)</i>						
Amount of parental benefits (per week) as % of previous income	100 <sup>1,4</sup>	100	70-90 <sup>6</sup>	80	80/100	77/80 <sup>7</sup>
Income ceiling per week for full compensation, national currency <sup>1</sup>	No maximum	6 250	No maximum	115 473	..	8 496
Income ceiling per week for full compensation, PPS <sup>1,2</sup>	..	632	..	599	..	692
Minimum amount per week, national currency	..	..	144	27 329	693/866	1 2608
Minimum amount per week, PPS <sup>2</sup>	..	..	116	141.80	51/63	103
Maximum amount per week, national currency	4 245	6 250	..	115 473	10 393	6 594
Maximum amount per week, PPS <sup>2</sup>	429	652	..	599	757.88	537
<i>Not gainfully employed</i>						
Maximum amount per week, national currency	..	..	144	16 527	..	1 750
Amount of daily cash benefits per week, PPS <sup>2</sup>	..	..	116	86	..	63

Source: DK, Ministry of Employment; FO, Ministry of Social Affairs; FI, the Social Insurance Institution of Finland; IS, Directorate of Labour; NO, Directorate of Labour and Welfare; SV, the Swedish Social Insurance Agency

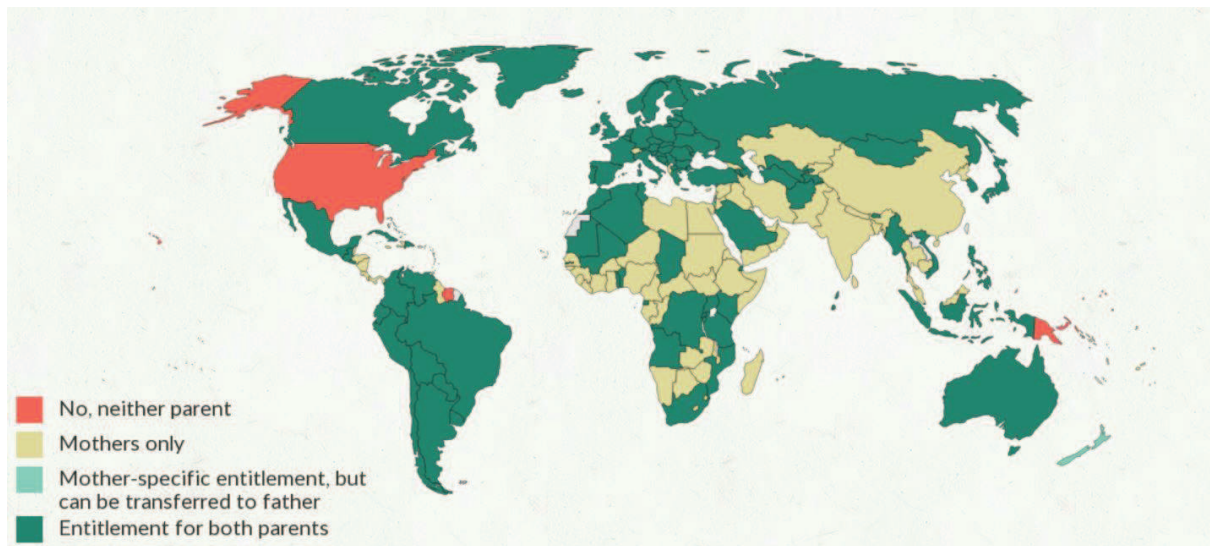
- 1 The income ceiling is the maximum income (based on previous income) in relation to which parental benefits are calculated. Each country uses different principles to calculate the income ceiling
- 2 See Chapter 1 and Appendix 1 for a definition of PPS
- 3 When the joint leave period of 32 weeks is extended to 40 or 46 weeks, daily cash benefits are reduced accordingly, corresponding to 80 per cent for 40 weeks and approx. 70 per cent for 46 weeks
- 4 The amount depends on earned income up to a maximum of EUR 15 per hour and no more than EUR 556 per week
- 5 The maximum amount per week excludes a 12 per cent contribution to holiday pay. Benefits are subject to mandatory pension savings - minimum 2 per cent, maximum 15 per cent of the pre-taxed amount should be saved
- 6 90 per cent of earned income, up to a maximum of EUR 56 443 per year, for the first 56 days' parental leave. For incomes exceeding EUR 56 443, the rate is 32.5 per cent. For the following 49 days, it is 70 per cent of earned income, up to a maximum of EUR 36 686 per year
- 7 The compensation level is 80 per cent, but the conversion factor for the income on which the compensation is based makes the compensation level 77.6 per cent
- 8 Benefits at the lowest level (for a total of 90 days) apply to parents in and out of employment, respectively

ที่มา: อ้างอิงใน NOSOSCO (2017)



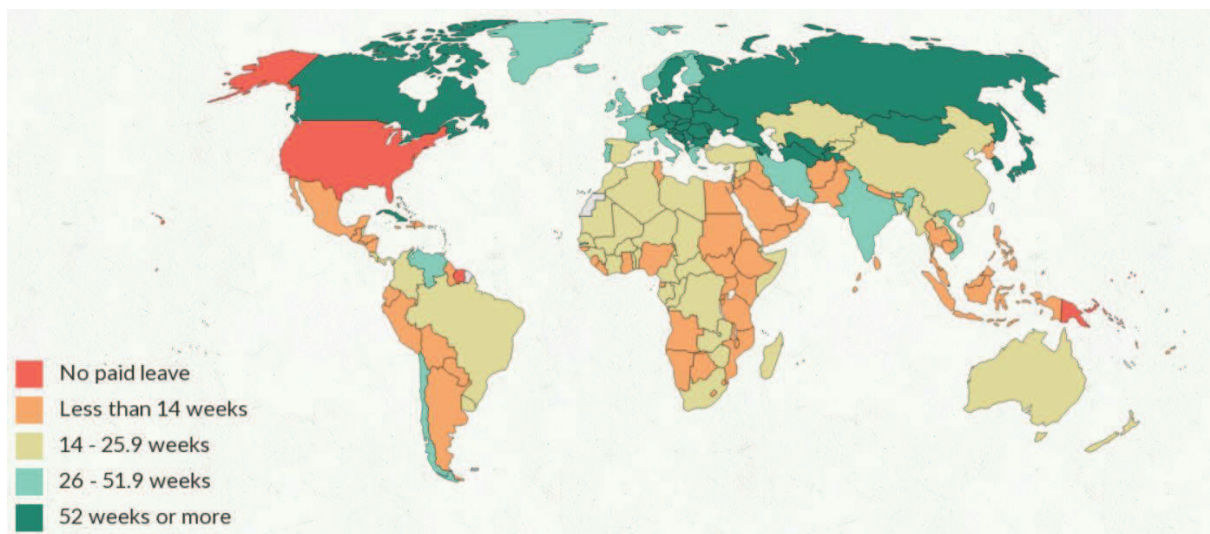
ภาพที่ 4.1 และ 4.2 แสดงให้เห็นถึงสิทธิการลาของบิดาและมารดา และจำนวนวันลาโดยได้รับเงินผลประโยชน์ของมารดาในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยให้สิทธิการลาแก่เฉพาะมารดา โดยมารดาได้รับเงินผลประโยชน์จากการลาน้อยกว่า 14 สัปดาห์

ภาพที่ 4.1 สิทธิการลาของบิดาและมารดา



ที่มา: [www.worldpolicycenter.org](http://www.worldpolicycenter.org)

ภาพที่ 4.2 จำนวนวันลาโดยได้รับเงินผลประโยชน์ของมารดา



ที่มา: [www.worldpolicycenter.org](http://www.worldpolicycenter.org)

### - เงินสดเพื่อการดูแล (Cash benefits for parental childcare)

มาตรการเงินสดเพื่อการดูแล เป็นอีกหนึ่งมาตรการที่น่าสนใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ **หนึ่ง** ช่วยลดภาระของสถานรับเลี้ยงเด็ก หากพ่อแม่ตัดสินใจดูแลลูกด้วยตนเอง และ **สอง** ให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างพ่อแม่ที่ส่งลูกเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ ในขณะที่พ่อแม่ที่ตัดสินใจดูแลบุตรด้วยตนเอง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

ในกรณีของประเทศนอร์เวย์ (ตารางที่ 4.5) มาตรการเงินสดเพื่อการดูแล ทั้งในกรณีการคลอดบุตรเอง และในกรณีอุปถัมภ์เด็กมาเลี้ยง โดยการให้เงินแก่ผู้เป็นบิดาและมารดาทุกคน เมื่อเด็กอยู่ในช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี และไม่ได้เข้าสถานรับเลี้ยงเด็กเต็มเวลา โดยมีมูลค่าเงินผลประโยชน์คิดเป็นประมาณร้อยละ 9.4 ของรายได้จากค่าจ้างเฉลี่ย โดยในสิงหาคม 2017 เป็นต้นมา มูลค่าเงินผลประโยชน์อยู่ที่ 7,500 โครนนอร์เวย์ต่อเดือน หรือประมาณ 25,800 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่ขึ้นกับระดับรายได้ของพ่อแม่ รวมทั้งได้รับการยกเว้นภาษี

### ตารางที่ 4.5 เงินสดเพื่อการดูแล

	Denmark	Norway	Sweden
Age of child	6 months to 3 years	1–2 years	250 days to 3 years
Universal, for all parents regardless of type of income?	No	Yes	No
Paid by state or municipality	Municipality	State	Municipality
Cash for care benefits 2009 as % of AW 2007*	24.8	9.4	10.7

\* AW: constructed average wage earner 2007 is calculated by NOSOSKO (NOSOSKO 2008, 2009, pp 212–213). For further information on NOSOSKO AW calculations please see <http://nososko-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/tabeller/descrtyp07.pdf>.

ที่มา: อ้างอิงใน Rostgaard (2014)

### - การดูแลเด็กเมื่อยามเจ็บป่วย (Looking after children who are ill)

ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย พ่อแม่สามารถลาอยู่บ้านเพื่อดูแลเด็กเมื่อยามเจ็บป่วยในช่วงระยะสั้นได้ โดยได้รับเงินเดือน แต่จะต้องตัดสินใจว่า พ่อหรือแม่เป็นคนที่จะลา ในกรณีของประเทศนอร์เวย์ พ่อแม่สามารถลาเพื่อดูแลเด็กได้ 20 วัน โดยแบ่งเป็นพ่อและแม่คนละ 10 วัน

- เงินสงเคราะห์บุตร (Child allowance)

ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย พ่อแม่ที่มีบุตรจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตร ซึ่งเป็นเงินอุดหนุนค่าเลี้ยงดูบุตรเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการมีลูก โดยเป็นเงินอุดหนุนให้แบบถ้วนหน้าและได้รับการยกเว้นภาษีแก่ทุกครอบครัวที่มีเด็ก โดยมีแหล่งเงินทุนจากภาษี แต่จำนวนเงินที่จะได้รับอุดหนุนนั้นขึ้นอยู่กับว่าเป็นครอบครัวครัวเลี้ยงเดี่ยวหรือเป็นครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ จำนวนเด็กที่มีในครอบครัว ตามที่แสดงในตารางที่ 4.6 นอกจากนี้ ยังอาจขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก (เช่น ในกรณีของประเทศเดนมาร์ก) โดยเงินอุดหนุนที่ได้รับจะลดลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

ตารางที่ 4.6 เงินสงเคราะห์บุตร

(หน่วย: ตามสกุลเงินของแต่ละประเทศ)

	Denmark <sup>1</sup>	Faroe Is-lands	Finland	Iceland <sup>2</sup>	Norway <sup>3</sup>	Sweden
<b>Single parent with:</b>						
1 child	24 543	22 996	1 732	301 450	23 280	12 600
2 children	43 550	45 992	3 584	605 291	34 920	27 000
3 children	62 557	68 988	5 787	909 132	46 560	45 048
<b>Couples with:</b>						
1 child	13 575	12 996	1 149	-	11 640	12 600
2 children	27 150	25 992	2 419	6 088	23 280	27 000
3 children	40 725	38 988	4 039	100 137	34 920	45 048
<b>Allowance in PPS<sup>4</sup></b>						
<b>Single parent with:</b>						
1 child	2 481	2 325	1 400	1 564	1 698	1 026
2 children	4 402	4 649	2 897	3 141	2 546	2 198
3 children	6 324	6 974	4 678	4 717	3 395	3 668
<b>Couples with:</b>						
1 child	1 372	1 314	929	-	849	1 026
2 children	2 745	2 627	1 955	32	1 698	2 198
3 children	4 117	3 941	3 265	520	2 546	3 668

Source: DK, the Ministry for Taxation and Ministry of Employment, Integration and Social Affairs; FO, Ministry of Social Affairs; FI, the Social Insurance Institution of Finland; IS, Statistics Iceland; NO, Directorate of Labour and Welfare; SV, the Swedish Social Insurance Agency

- 1 Calculations based on family allowance for 3-6-year-olds of DKK 14 148 per year to both single parents and couples. The allowance for 0-2-year-olds amounts to DKK 17 880 per year, and DKK 11 136 per year for 7-14-year-olds. The youth allowance for 15-17-year-olds amounts to DKK 11 136
- 2 The amount is determined both by the number of children in a family and by the family income. The maximum allowance to a couple with one child aged 1-18 years is ISK 199 839 and ISK 332 950 to single parents. For each additional child, a maximum of ISK 237 949 is payable to cohabiting couples and ISK 341 541 to single parents. In addition, a supplement of ISK 119 300 is payable for children up to six years old, where a couple's annual income (in 2014) exceeds ISK 4 800 000 (for a single parent, ISK 2 400 000), the allowance is reduced by 4 per cent of the earnings that exceed the maximum amount for one child, 6 per cent for two children and 8 per cent for three or more. The reduction of the allowance is 4 per cent for each child aged 1-6. All calculations in the table were made for one child under 7, based on the average annual income for couples with children and for single parents
- 3 Single providers with young children aged 0-3 are granted a supplement (Barnetrygd) of NOK 7 920, irrespective of the number of the children
- 4 See Chapter 1 and Appendix 1 for definition of PPS

ที่มา: อ้างอิงใน NOSOSCO (2017)



## - สถานรับเลี้ยงเด็กปฐมวัย (Childcare)

นโยบายการให้บริการทางการดูแลเด็ก อาทิ สถานรับเลี้ยงเด็กในวัยก่อนเข้าโรงเรียน ในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย นับว่ามีความแตกต่างกันบ้าง ในกรณีของประเทศเดนมาร์ก ได้ให้ความสำคัญกับการจัดสถานรับเลี้ยงเด็กตั้งแต่ช่วงก่อนอายุ 1 ปี โดยเด็กเล็กมีสิทธิที่จะเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กตั้งแต่อายุ 26 สัปดาห์ จนถึงวัยเข้าโรงเรียน โดยไม่ขึ้นกับสถานการณ์ทำงานของบิดาและมารดา ในปี 2010 เด็กที่เข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงก่อนอายุ 1 ปี มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 17 ของเด็กทั้งหมด ในช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี มีเด็กที่เข้าสถานรับเลี้ยงเด็กสูงถึงร้อยละ 90 (ตารางที่ 4.7)

ในขณะที่ประเทศนอร์เวย์ รัฐจะให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงอายุ 1 ปี (ก่อนเดือนสิงหาคม) ซึ่งในปี 2010 เด็กที่เข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี เข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กที่ร้อยละ 79 ของเด็กทั้งหมด ประเทศสวีเดนก็เช่นเดียวกัน ให้ความสำคัญกับการรับเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กภายหลังจากช่วงการลาไปทำหน้าที่บิดา-มารดา ของพ่อแม่ (Parental leave) หรือเด็กมีอายุประมาณ 18 เดือน ซึ่งในปี 2010 เด็กที่เข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี เข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กที่ร้อยละ 70 ของเด็กทั้งหมด

ไม่ว่าอย่างไรก็ดี ในทั้งสามประเทศสแกนดิเนเวีย บิดาและมารดาจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งในการส่งบุตรเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งรัฐจะเป็นผู้กำหนดราคาขั้นสูงไว้ เช่น ในกรณีของประเทศเดนมาร์ก กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด เป็นต้น ค่าธรรมเนียมในการส่งบุตรเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กขึ้นกับระดับรายได้ของครอบครัว (ในกรณีของครอบครัวที่ไม่รายได้น้อยอาจได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายในส่วนนี้) และจำนวนบุตรที่ส่งเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในช่วงเวลานั้น ดังแสดงในตารางที่ 4.8

### ตารางที่ 4.7 ช่วงเวลารับเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก

(หน่วย: ร้อยละ)

	Age group	1995	2000	2010
Denmark	<1 years	–	15	17
	1–2 years	48	77	90
	3–5 years	83	92	98
Norway	<1 years	–	2	4
	1–2 years	22	37	79
	3–5 years	61	78	96
Sweden	<1 years	–	0	0
	1–2 years	37	60	70
	3–5 years	74	86	97

Note: Includes both child-minders and nurseries.

ที่มา: อ้างอิงใน Rostgaard (2014)

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่กำหนดค่าธรรมเนียมในการส่งบุตรเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กในปี 2015

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland <sup>4</sup>	Norway	Sweden
Set centrally or locally?	Both <sup>1</sup>	Local authorities	Centrally	Local authorities	Centrally	Centrally
Means-tested?	No. Yes for a partly or wholly free place	No. Yes for a partly or wholly free place	Yes	.	No <sup>5</sup>	Yes
Discount for siblings?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Free places available?	Yes	Yes	Yes	.	Yes	No
User charges as % of total costs	22 <sup>2</sup>	30	14 <sup>3</sup>	15	14	7

Source: DK, Ministry of Children, Gender Equality, Integration and Social Affairs; FO, Ministry of Social Affairs; IS, Statistics Iceland; NO, Ministry of Children, Equality and Social Inclusion; SV, the Swedish National Agency for Education

- 1 Rules are set centrally on the maximum ratio of the parental payment. Local authorities set specific amounts for the parental payment on the basis of local costs
- 2 Includes day-care, nursery, kindergarten, age-integrated institutions, after-school club schemes and youth centres
- 3 Rate per month. Service offered 11 months per year. Rates vary between municipalities. The given rates are the lowest and highest charges for one child. Rates per child will be lower for more children. Excluding municipalities with less than 1 000 inhabitants
- 4 User charges as share of total expenditure in 2013
- 5 All local authorities must have in place schemes to reduce or allow exemptions from user charges for low-income families

ที่มา: อ้างอิงใน NOSOSCO (2017)

#### 4.4.2 นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กปฐมวัย ในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และภูมิภาคตะวันออกกลาง

เนื้อหาส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลที่พบจากรายงาน ผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และภูมิภาคตะวันออกกลาง (2555) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยจะนำเสนอด้านต่าง ๆ ที่น่าสนใจ ดังนี้

##### 1. ด้านการบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ในกลุ่มประเทศที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ประเทศแคนาดา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และภูมิภาคตะวันออก) การดูแลสุขภาพเด็กขั้นพื้นฐานเป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ยกเว้นในกรณีประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ระบบประกันสุขภาพ แต่ภายหลังจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการออกกฎหมาย The Affordable Care Act 2010 ทำให้ร้อยละ 95 ของประชากรเด็กสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านระบบประกันสุขภาพได้

ประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษามีการจัดบริการดูแลสุขภาพเด็กปกติที่คลินิกเด็กสุขภาพดี (Well child clinic) เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงเติบโตทางกายและสติปัญญาได้เต็มตามศักยภาพ ให้การป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ให้คำแนะนำการให้อาหารและโภชนาการการดูแลทั่วไปและการกระตุ้นพัฒนาการทุกด้าน รวมทั้งให้การประคับประคองทั้งครอบครัวให้เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกของครอบครัว

ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพเด็กปกติที่คลินิกเด็กสุขภาพดีของทุกประเทศมีองค์ประกอบของการให้บริการขั้นพื้นฐานที่คล้ายกัน รวมทั้งจำนวนการนัดและความถี่ใกล้เคียงกัน และใช้หน่วยบริการขั้นพื้นฐานคล้ายคลึงกัน อาทิ ประเทศแคนาดามีการจัดตั้งหน่วยงาน The Centres of Excellence for Children's Well-Being Program ในปี พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นแหล่งให้ข้อมูลความรู้เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของเด็กและวัยรุ่น โดยมีแผนงานที่น่าสนใจ ได้แก่ Encyclopedia on Early Childhood Development ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลเพื่อให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่และผู้ปกครอง นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำแผนงาน Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและความเข้มแข็งในระดับชุมชนเพื่อพัฒนาสาธารณสุขแก่หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดบุตร และทารก โดยให้ชุมชนเป็นผู้พัฒนาแผนงานในเชิงปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งเป้าหมายของศูนย์ CPNP คือ การเพิ่มอัตราการเลี้ยงดูลูกด้วยนมมารดา และลดอัตราการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยได้จัดทำโครงการจัดระบบคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2550 ในจังหวัดนำร่อง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ เชียงราย และนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวทางการดูแลสุขภาพที่พัฒนาร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยคำนึงถึงความจำเป็นของบริการที่เด็กแต่ละช่วงวัยพึงได้รับ ตามข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 3.9



ตารางที่ 4.9 แนวทางการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในแต่ละช่วงวัย ในโครงการจัดระบบคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพของกรมอนามัยแห่งประเทศไทย

กิจกรรม	อายุเด็ก											
	แรกเกิด	(high risk)	๒ เดือน	๔ เดือน	๖ เดือน	๘ เดือน	๑๒ เดือน	๑๖ เดือน	๑๘ เดือน	๒ ปี	๓ ปี	๔ ปี
๑. การซักประวัติ	/	/	/	/	/	/	/	๗	/	/	/	/
๒. การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ (น้ำหนัก/ ส่วนสูง)	/		/	/	/	/	/	๗	/	/	/	/
๓. เส้นรอบวงศีรษะ	/		/	/	/	/	/	๗	/	/	/	/
๔. การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ	/		/	/	/	/	*	๗	/	/	/	*
๕. ตรวจร่างกายทั่วไป	/	/	/	/	/	/	*	๗	/	/	/	/
๖. การตรวจช่องปาก และ ฟัน						/				/		/
๗. การตรวจการได้ยิน			/	/	/		/		/	/	/	*
๘. การตรวจการมองเห็น					/							*
๕. การตรวจพิเศษ												
๕.๑ ภาวะโลหิตจาง												
๕.๒ ออทิสติก												
๕.๓ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)												
๕.๔ ความดันโลหิต												/
๕.๕ การตรวจปัสสาวะ												O
๑๐. การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ	/	/	/	/	/	/		๗	/	/	/	/
๑๑. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค	/		/	/	/	/		๗	/	/	/	/
๑๒. การให้วัคซีนป้องกันโรค	/	**HBB1	/	/	/	/	JE1	JE2	/	JE3		/
๑๓. การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก (๑ ซ้อนชง ๕ ปีขึ้นไป)					/	/	/	/	/	/	/	
๑๔. การพบผู้เชี่ยวชาญ												
๑๔.๑ แพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพเด็ก							/					/
๑๔.๒ พยาบาล							/				/	
๑๕. การคัดกรองเพิ่มเติมในพื้นที่เสี่ยง เช่น สะเก็ด												

หมายเหตุ / - ควรทำ, ๗ - นานำ, \* - ตรวจวินิจฉัยโดยบุคลากรหรือเครื่องมือพิเศษ, O - Optional  
 \*\* ให้ HBB1 (วัคซีนป้องกันโรคคอตีบชนิด ๑) ในรายแม่เป็นพาหะไวรัสคอตีบชนิด ๑ หรือน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า ๒๐๐๐ กรัม พบภาวะผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง พบแพทย์ที่ได้รับการอบรม เฉพาะด้านการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

ที่มา: ลัดดา เหมาะสุวรรณ และนิพนธ์พร วรมงคล (2556)

ในด้านการประเมินพัฒนาการของเด็ก หลายประเทศที่ศึกษาใช้การประเมินพัฒนาการโดยผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ใช้เครื่องมือคัดกรองที่อิงตาม Denver Developmental Screening Test-II เมื่อสงสัยว่าเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้า จะส่งตรวจและรักษาต่อโดยผู้เชี่ยวชาญหรือกุมารแพทย์เฉพาะทาง สำหรับประเทศแคนาดา จะเน้นการใช้แบบประเมินตนเองที่ให้ผู้ปกครองใช้ติดตามพัฒนาการของเด็กเบื้องต้น ประเทศไต้หวัน มีการติดตามพัฒนาการของเด็ก โดยมีการนัดติดตามต่อเนื่องเป็นระยะในช่วงวัยทารกและก่อนเรียน ภายใต้บริการ Preventive Health Care Services คลอบคลุมเด็กอายุ 0-7 ปี จำนวน 9 ครั้ง และกำหนดว่า การประเมินพัฒนาการเด็กเป็นหนึ่งเรื่องที่ต้องให้บริการดูแลแก่เด็กที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี

สำหรับการให้วัคซีนแก่เด็ก ประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษา มีการให้วัคซีนป้องกันโรคหลักเหมือนกัน คือ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด และหัดเยอรมัน นอกนั้น จะขึ้นกับนโยบายของแต่ละประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การให้วัคซีนแก่เด็กของประเทศต่าง ๆ

วัคซีนป้องกันโรค	สหรัฐ อเมริกา	แคนาดา	ญี่ปุ่น	ไต้หวัน	อิตาลี	อิหร่าน	จอร์แดน	สหรัฐอาหรับ เอมิเรตส์	ไทย
BCG	-	-	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
คอตีบ/บาดทะยัก	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
โปลิโอ	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
H. influenzae type B	ข	ข	ข	-	-	ข	ข	ข	ข
Rota virus	ข	-	-	-	-	-	-	-	ข
Invasive Pneumococcal disease	ข	ข	ข	ข	-	-	-	ข	ข
หัด	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
คางทูม	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
หัดเยอรมัน	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข	ข
Japanese encephalitis	-	-	ข	-	-	-	-	-	ข
ไขหวัดใหญ่	ข	ข	ข	-	-	-	-	-	ข
สุกใส	ข	ข	ข	ข	-	-	-	-	ข
Meningococcal infection	ข	ข	-	-	-	-	ข	ข	ข
โบทูลินัส	-	-	-	-	-	-	-	ข	ข
คอตีบ/บาดทะยัก เอ	ข	-	ข	ข	-	-	-	-	ข
Human Papilloma Virus	-	ข	ข	-	-	-	-	-	ข

หมายเหตุ: ข - บริการฟรีแก่เด็กทุกคน, ฆ - บริการฟรีแก่เด็กกลุ่มเสี่ยง, ข - วัคซีนทางเลือก

ที่มา: ถัดดา เหมาะสุวรรณ และนิพรณพร วรมงคล (2556)

## 2. ด้านการดูแลสุขภาพมารดา

การให้บริการดูแลสุขภาพมารดาตั้งแต่การฝากครรภ์นับเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดี หากพบปัญหา ก็จะสามารถดูแลรักษาได้ทันเวลาที่ สำหรับการนัดหมายประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการบริการนัดตรวจหญิงตั้งครรภ์พื้นฐานประมาณ 5 ครั้ง ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักตามที่กำหนด ให้การรักษาภาวะเลือดจางและเสริมธาตุเหล็กกับโฟลิก และให้คำปรึกษาทั่วไป โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ในกรณีของประเทศญี่ปุ่น มีการให้บริการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพฟรีถึง 14 ครั้ง ได้แก่

- ทุก 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนอายุครรภ์ครบ 23 สัปดาห์
- ทุก 2 สัปดาห์ ในระหว่างอายุครรภ์ 24 ถึง 35 สัปดาห์
- ทุกสัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ครบ 36 สัปดาห์จนคลอดบุตร

นอกจากนี้ มาตรการระหว่างการทำงานสำหรับสตรีมีครรภ์ตามกฎหมายแรงงานมีการกำหนดให้นายจ้างจัดเวลาทำงานและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อหญิงมีครรภ์ และหญิงมีครรภ์สามารถลาพักเพื่อเตรียมตัวคลอดได้นานถึง 6 สัปดาห์ หรือสตรีหลังคลอดบุตร ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถลาพักเพื่อดูแลบุตรได้

ประเทศไต้หวันก็เช่นเดียวกัน ก็ให้บริการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพฟรี 10 ครั้ง และในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เป็นชาวต่างชาติที่ยังไม่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพ รัฐบาลจะช่วยค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์พื้นฐานเป็นจำนวน 5 ครั้ง ประเทศอียิปต์ นอกจากการให้บริการฝากครรภ์ตามปกติ ยังมีการไปเยี่ยมบ้าน 3 กรณี ได้แก่ ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มาตรวจติดตาม และหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในถิ่นห่างไกล หากพบความเสี่ยงสูงก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญ และประเทศแคนาดา นอกเหนือจากการให้บริการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพแล้ว ยังให้ความสำคัญกับปัญหาซึมเศร้าในมารดาขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือตรวจกรองภาวะซึมเศร้า

## 3. ด้านการคัดกรอง

### - การคัดกรองก่อนสมรส/ขณะตั้งครรภ์

การคัดกรองก่อนสมรสหรือขณะตั้งครรภ์นับเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยตรวจหาโรคเพื่อให้การรักษาหรือให้คำแนะนำยุติการตั้งครรภ์ และวางแผนดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ระบบการคัดกรองในแต่ละประเทศที่ศึกษาพบว่า มีความแตกต่างและหลากหลาย โดยในกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้อเมริกากำหนดให้ผู้ชายหญิงที่จะแต่งงานทุกคนต้องเข้ารับการตรวจร่างกายและรับคำปรึกษาก่อนสมรส รวมทั้งรับวัคซีนที่จำเป็น ประเทศอียิปต์เน้นในการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม และการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ทั้งในช่วงก่อนสมรสและในช่วงขณะตั้งครรภ์ สำหรับกรณีของประเทศแคนาดา ได้มีการจัดโครงการ Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) เพื่อลดการเกิดความพิการของทารกสืบเนื่องจากการได้รับแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ โดยมีการตรวจคัดกรองการดื่มสุราในหญิงมีครรภ์รวมทั้งการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาขณะตั้งครรภ์โดยใช้เครื่องมือ ALPHA tool และภาวะซึมเศร้าหลัง

คลอดโดยใช้เครื่องมือ Edinburgh Postnatal Depression Scale นอกจากนี้ ยังมีการตรวจคัดกรองภาวะ Down syndrome โดยตรวจเลือดมารดาในขณะตั้งครรภ์

**- การคัดกรองทารกแรกเกิด**

การคัดกรองทารกแรกเกิดในกลุ่มประเทศที่ศึกษาและในประเทศไทยมีความแตกต่างกันบ้างตามบริบทของแต่ละประเทศ โดยได้สรุปไว้ในตารางที่ 4.11

**ตารางที่ 4.11 การคัดกรองทารกแรกเกิดของประเทศต่าง ๆ**

ประเทศ	การคัดกรองทารกแรกเกิด
แคนาดา	ตรวจคัดกรองทั้งหมด 29 โรค ได้แก่ Hearing loss, Argininosuccinic Acidemia (ASA), Ketothiolase (BKT) deficiency, Biotinidase deficiency, Carnitine uptake defect, Citrullinemia, Congenital adrenal hyperplasia, Congenital hypothyroidism, Cystic fibrosis, Galactosemia, Glutaric acidemia Type I (GAI), Hemoglobinopathies : Sickle cell disease (HbSS, HbSC or HbS/β-thalassemia), HMG-CoA lyase deficiency, Homocystinuria, Isovaleric acidemia (IVA), LCHAD deficiency, Maple syrup urine disease (MSUD), MCAD deficiency, 3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase (3MCC) deficiency, Methylmalonic acidemia (MUT, Cbl), Multiple carboxylase deficiency (MCD), Phenylketonuria (PKU), Propionic acidemia (PA), Trifunctional protein (TFP), Tyrosinemia (Type I), VLCAD deficiency
สหรัฐอเมริกา	รัฐทุกรัฐได้ทำการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 26 โรคตามกฎหมายของรัฐ ได้แก่ Hearing loss, Congenital adrenal hyperplasia, Primary congenital hypothyroidism, Sickle cell anemia, S, beta-thalassemia, Sickel-C disease, Biotinidase deficiency, Cystic fibrosis, Classic galactosemia; Carnitine uptake defect/carnitine transport defect, Long-chain L-3 hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency, Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency, Trifunctional protein deficiency, Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency; Glutaric acidemia type I, 3-Hydroxy-3-methylglutaric aciduria, Isovaleric acidemia, 3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency, Methylmalonic acidemia, β-Ketothiolase deficiency, Propionic acidemia, Holocarboxylase synthase deficiency; Argininosuccinic aciduria, Citrullinemia type I, Homocystinuria, Maple syrup urine disease, Classic phenylketonuria, Tyrosinemia, type I
ญี่ปุ่น	ตรวจคัดกรอง 6 โรค ได้แก่ Phenylketonuria, Maple syrup urine disease, Homocystinuria, Galactosemia, Congenital hypothyroidism, Congenital adrenal hyperplasia
ไต้หวัน	ตรวจคัดกรองทั้งหมด 12 โรค ได้แก่ hearing loss, congenital hypothyroidism, phenylketonuria, homocystinuria, galactosemia, G6PD deficiency, congenital adrenal hyperplasia, maple syrup urine disease, medium chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency, glutaric acidemia type I, isovaleric acidemia, methylmalonic acidemia
ฮังการี	Congenital hypothyroidism
สหรัฐอเมริกาและ เม็กซิโก	ตรวจคัดกรอง 11 โรค ได้แก่ hearing loss, Phenylketoneuria, Congenital hypothyroidism, Congenital adrenal hyperplasia, Sickle cell disease, Thalassemia, Galactosemia, Biotinidase, Cystic Fibrosis, Glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency, Critical congenital heart disease
ไทย	ภาวะพร่องไทรอยด์แต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism), Phenylketoneuria, โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

หมายเหตุ: รวมเฉพาะการตรวจคัดกรองที่เป็นบริการมาตรฐานของรัฐ

ที่มา: ลัดดา เหมาะสุวรรณ และนิพนธ์พร วรมงคล (2556)



ในกรณีของประเทศแคนาดา ยังมีการให้บริการตรวจคัดกรองหลังคลอดในโรงพยาบาล (Universal Postpartum Screening Process) โดยใช้ Parkyn Tools และการโทรศัพท์สัมภาษณ์ที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันการตกหล่นของการตรวจคัดกรองจากโรงพยาบาล โดยครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับการเยี่ยมบ้าน 1-3 ครั้งจากพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยหลังคลอด หากครอบครัวที่มีการตรวจคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการตรวจประเมินระดับลึก และรับการให้คำปรึกษาเพื่อเข้าโครงการ HBHC Home Visiting Program ททที่จะดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบเต็มรูปแบบ

#### - การคัดกรองการได้ยินและการมองเห็น และการคัดกรองอนามัยช่องปากในเด็ก

สำหรับเด็กทารกแรกเกิด มีการจัดให้บริการตรวจคัดกรองการได้ยินในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ไต้หวัน และสหรัฐอเมริกาฮับเอมิเรตส์ โดยประเทศไต้หวันยังมีการจัดให้บริการตรวจคัดกรองการได้ยินแก่เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุมากกว่า 3 ปี อีกด้วย

สำหรับการให้บริการตรวจคัดกรองการมองเห็น ประเทศแคนาดามีการให้บริการตรวจตาของเด็กที่อายุ 6-12 เดือน ละในเด็กอายุ 3-5 ปี นอกจากเหนือจากการตรวจข้างต้นแล้ว ยังเพิ่มการตรวจวัดสายตาด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมกับอายุ เช่นเดียวกับ ประเทศไต้หวันที่มีการให้บริการตรวจคัดกรองการมองเห็นและวัดสายตาในเด็กอายุ 4-5 ปี

ประเทศแคนาดายังมีการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองอนามัยช่องปากในเด็ก โดยใช้ Pediatric Dental Screening Instrument ซึ่งเป็นคำถามคัดกรอง 7 ข้อ ตอบโดยผู้ปกครอง เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุในเด็กเล็ก และเฝ้าระวังสุขภาพในช่องปากของเด็กวัยต่าง ๆ ในโรงเรียนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการบริการเชิงป้องกันเพื่อให้เกิดสุขอนามัยในช่องปาก อาทิ การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน การขูดหินปูน ซึ่งรัฐจะให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในบริการเหล่านี้ โดยขึ้นกับฐานะของครอบครัวเป็นสำคัญ แต่ทั้งนี้ หลังจากการตรวจคัดกรองแล้วพบว่า เด็กสมควรได้รับการทางทันตกรรมป้องกัน ให้เขียนหนังสือถึงผู้ปกครอง โดยแนะนำและให้แนวทางเพื่อไปรับบริการดังกล่าว

#### 4. ด้านการทำทารุณกรรมในเด็ก

สภาวะแวดล้อมที่เด็กเติบโตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กที่เติบโตขึ้น การป้องกันการทารุณกรรมเด็ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โครงการที่เกี่ยวกับการทารุณกรรมเด็กมี 2 รูปแบบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าถึงประสิทธิภาพในการลดการทารุณกรรมเด็กได้ คือ **โครงการเยี่ยมบ้าน** (อาทิ โครงการ Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program) และ **โครงการสอนพ่อแม่** (อาทิ โครงการ Triple-P Positive Parenting Program) โดยมีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้าน เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและพัฒนาการเด็ก รวมทั้งทักษะต่าง ๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงเด็ก โดยให้ความสำคัญกับเด็กและครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ในลักษณะเช่นเดียวกัน ประเทศแคนาดามีการจัดโปรแกรม Triple P – Positive Parenting Program โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ปกครองในด้านการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ Ontario’s Child and Family Service Act ระบุ ทุกคน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ต้องรายงานมาที่ Children’s Aid Society โดยตรง หากสงสัยว่า มีการทำทารุณกรรมเด็กอายุ น้อยกว่า 16 ปี หากไม่รายงาน มีโทษปรับสูงสุด 1,000 เหรียญแคนาดา ซึ่งในกฎหมายฉบับนี้ ขอบเขตของ การทารุณกรรม นอกจากด้านร่างกายแล้ว ยังครอบคลุมถึงผลกระทบต่อด้านจิตใจ และการเพิกเฉยด้วย

งานศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การทารุณกรรมเด็กแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยในช่วงวัยทารกถึง สามขวบ มักเป็นการทารุณกรรมเด็กทางร่างกายหรือการทอดทิ้ง ส่วนในวัยสามขวบถึงวัยเข้าเรียน มักพบการ ทารุณทางจิตใจร่วมด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัญหาการทารุณกรรมเด็กมักเกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ปกครองไม่ได้รับความรักในวัยเด็ก 2) ผู้ปกครองประสบปัญหาภาวะตึงเครียด ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ชีวิตสมรส ปัญหาจากการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น 3) ผู้ปกครองถูกโดดเดี่ยวจากสังคมและขาดการช่วยเหลือจากร อบข้าง และ 4) เด็กไม่มีความผูกพันกับผู้ปกครอง เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดพลาด ถูกขัดขวางการสร้าง สายสัมพันธ์ หรือมีความยากลำบากในการเลี้ยงดู ดังนั้น นโยบายในการป้องกันเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ การช่วยเหลือให้ผู้ปกครองสามารถแก้ไขปัญหาปัจจัยข้างต้น จึงเน้นการช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อลดความ ยากลำบากในการดำรงชีวิต ช่วยพยุงและแก้ไขสถานการณ์ในกรณีที่เด็กมีปัญหาทางสุขภาพซึ่งต้องได้รับความ ช่วยเหลือในด้านการรักษา และการดูแลจากผู้ปกครองไม่ให้ได้รับผลกระทบรุนแรง ซึ่งเชื่อว่า หากได้รับการ ช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยลดการปัญหาทารุณกรรมเด็กได้

ตัวอย่างของมาตรการที่ดำเนินการในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่

มาตรการสำหรับการป้องกัน อาทิ 1) การส่งเสริมการเยี่ยมบ้านสำหรับทารกเป็นระยะเวลา 4 เดือน นับตั้งแต่แรกเกิด เพื่อความช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ในกลุ่มแม่และเด็กที่มีความเสี่ยงสูง 2) การ ส่งเสริมให้มีการประเมินความกังวลของแม่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและความสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็ก ใน ระหว่างการตรวจติดตามสุขภาพตามกำหนด

มาตรการสำหรับการตรวจพบในระยะเริ่มแรก ได้แก่ 1) การใช้กฎหมายป้องกันการทารุณเด็ก และ กำหนดให้มีการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้น 2) กฎหมายสวัสดิภาพเด็ก ได้กำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนให้กับหน่วยงาน ของเทศบาล และกำหนดให้มีการสนับสนุนจากศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก และจากผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ใน กรณีที่จำเป็น 3) การสร้างความเข้มแข็งของระบบศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก 4) การจัดตั้งระบบการให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

นอกจากนี้ ประเทศญี่ปุ่น ยังมีมาตรการสำหรับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อาทิ การส่งเสริมการให้ ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว เพื่อให้กลับมาสร้างความสัมพันธ์ หรือพัฒนาทักษะในการเลี้ยงดูบุตรของ ครอบครัว และมาตรการอื่น ๆ ด้วย

## 5. ด้านอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

### - การควบคุมคุณภาพสถานที่เลี้ยงเด็ก

เนื่องจากปัจจุบันมีเด็กปฐมวัยเป็นจำนวนมากที่ได้รับการเลี้ยงดูนอกบ้านของตน อาทิ สถานที่เลี้ยงเด็กของทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน ซึ่งสถานที่เลี้ยงเด็กเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานในระดับชาติ เกี่ยวกับสถานที่เลี้ยงเด็ก ที่เรียกว่า Caring for our children: National Health and Safety Performance Standards; Guideline for Early Care and Education Programs โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดูแลเด็กในสถานที่เลี้ยงเด็กเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น

การควบคุมคุณภาพของสถานที่เลี้ยงเด็กอาศัยกลไกหลัก 3 กลไก ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การออกใบอนุญาตโดยรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมในเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน
2. การรับรองโดยสมาคมที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งเป็นมาตรฐานขั้นสูงกว่ามาตรฐานภาครัฐ
3. การใช้ระบบการควบคุมคุณภาพ ซึ่งอาศัยตัวชี้วัดตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ไปจนถึงการมีมาตรฐานสูงสุด ซึ่งการประเมินจะให้สัญลักษณ์ เช่น ดาว ตั้งแต่ 1 ดวง คือ ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในขณะที่ ดาว 5 ดวง หมายถึง การมีคุณภาพสูงสุด

### - การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นนโยบายในระดับประเทศของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีนโยบายหลักที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ 1) U.S. Government Breastfeeding Policies ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาลกลาง 2) The 2011 Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding ซึ่งเป็นคณะกรรมการในกระทรวงสาธารณสุข และ 3) The CDC Guide to Breastfeeding Interventions ซึ่งเป็นมาตรการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ CDC โดยมีมาตรการหลัก 6 มาตรการ ได้แก่

1. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมด้วยการดูแลช่วงหลังคลอด
2. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานที่ทำงาน
3. การมีกลุ่มช่วยเหลือหรือเพื่อนช่วยเพื่อน หรือผู้หญิงที่มีประสบการณ์การให้นมบุตรมาก่อน
4. การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด
5. การช่วงเหลือมารดาหลังคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้นมบุตร

6. การใช้สื่อและหลักการตลาดเพื่อสังคม เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น โครงการ text4baby ซึ่งเป็นการส่งข้อมูลทางโทรศัพท์โดยไม่คิดค่าบริการให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดจนกระทั่งบุตรมีอายุครบ 1 ปี

นอกจากนั้น หน่วยงาน CDC ยังได้จัดทำแนวทางการติดตามและประเมินผล เช่น การจัดทำ Breastfeeding Report Card ซึ่งจะมีการสำรวจและรายงานผลทุกปี

#### - การช่วยเหลือในการรักษาภาวะมีบุตรยาก

ประเทศญี่ปุ่นมีการกำหนดให้ความช่วยเหลือในการรักษาภาวะมีบุตรยาก สำหรับการผสมตัวอ่อนภายนอก (External fertilization) และการฉีดเชื้อ (Intracytoplasmic sperm injection) ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังให้ความช่วยเหลือโดยการลดค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับการรักษาภาวะการเป็นหมันระหว่างคู่สมรส เพื่อสนับสนุนการเพิ่มขึ้นของประชากร นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายขอบเขตของการให้เงินช่วยเหลือโดยเพิ่มเป็นสูงสุดไม่เกิน 100,000 เยน ต่อการรักษาไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และการให้ความช่วยเหลือคู่สมรสที่มีรายได้รวมต่อปีไม่เกิน 7.3 ล้านเยน

ตามที่ได้กล่าวแล้วในส่วนต้นของบทนี้ การเรียนรู้หรือการทบทวนกรอบแนวคิดในการสนับสนุนหรือการลงทุนในเด็กปฐมวัยที่ถูกผลักดันในระดับสากล รวมทั้งตัวอย่างของการดำเนินนโยบายและมาตรการสวัสดิการภาครัฐสำหรับครอบครัวและสำหรับเด็กปฐมวัยที่ถูกใช้ในต่างประเทศ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์มากต่อการพัฒนานโยบายสวัสดิการภาครัฐสำหรับเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทยต่อไป ซึ่งในเนื้อหาในบทถัดไปจะเป็นการนำเสนอถึงมาตรการและสวัสดิการภาครัฐที่ถูกใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทยในปัจจุบัน



## บทที่ 5 สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

รายงานในบทนี้แบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นการนำเสนอรายงานสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยในแต่ละด้านตามกรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ถูกพัฒนาในต่างประเทศ ที่คณะผู้ศึกษาใช้การเชื่อมโยงระหว่างกรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (WHO *et al.*, 2018) กับโปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ 25 ด้านของธนาคารโลก (Denboba *et al.*, 2014) ตามที่นำเสนอในบทที่ 3 และส่วนที่เป็นสองเป็นการนำเสนอผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย เพื่อชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยยังมีปัญหาในด้านใดบ้าง ซึ่งภาครัฐควรพิจารณาแก้ไขปัญหาที่พบเหล่านี้ และจะเป็นแนวทางในการออกแบบสวัสดิการสำหรับเด็กปฐมวัยในบทถัดไป

### 5.1 สถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัย

สถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ ทั้ง 25 ด้าน งานศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์โดยอ้างอิงข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 และข้อมูลจากสัมภาษณ์บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยของคณะผู้ศึกษา โดยผลการวิเคราะห์ในแต่ละด้านเป็นดังนี้

#### โปรแกรมที่ 1: โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงเด็กอายุ 6 ปี

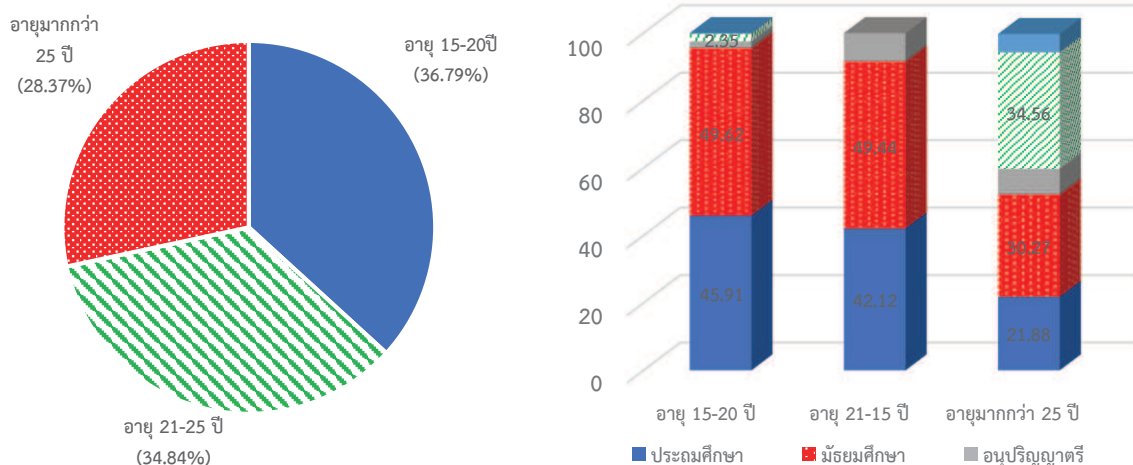
##### ด้านที่ 1 การศึกษาของผู้เป็นแม่

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกมีจำนวนสูงสุดถึงร้อยละ 36.79 ที่มีบุตรในช่วงอายุ 15 ถึง 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังไม่น่าจะมีความพร้อมทั้งทางฐานะทางเศรษฐกิจและวุฒิภาวะในการดูแลเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้และพัฒนาการ รวมทั้งโอกาสของเด็กที่ได้รับการดูแลปฐมวัยและได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น รองลงมาคือ มีบุตรคนแรกในช่วงอายุ 21 ถึง 25 ปี โดยมีจำนวนร้อยละ 34.84 สุดท้าย ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกในช่วงอายุมากกว่า 25 ปี ถึง 49 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.37 (ภาพที่ 5.1: ซ้าย)

หากพิจารณาระดับการศึกษาพบว่า หญิงที่มีบุตรแล้วที่มีช่วงอายุ 15 ถึง 20 ปี และช่วงอายุ 21 ถึง 25 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 49.62 และ 49.44) รองลงมาซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.91 และ 45.12) ทั้งนี้ สัดส่วนแม่ที่จบการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่ามัธยมศึกษาเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 95.53 และ 94.56 ตามลำดับ ในขณะที่แม่ที่มีช่วงอายุมากกว่า 25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 34.56 (ภาพที่ 5.1: ขวา) ดังนั้น การให้ความรู้ในเรื่องการ

เลี้ยงดูบุตรอย่างถูกต้องสำหรับแม่ที่การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาจึงสำคัญอย่างยิ่ง และภาครัฐควรให้การส่งเสริม

ภาพที่ 5.1 แสดงร้อยละช่วงอายุของการมีบุตรคนแรกและระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้ศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

## ด้านที่ 2 การวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัวเริ่มต้นได้ด้วยการคุมกำเนิด ผลการสำรวจพบว่า คู่สมรสร้อยละ 78.4 ได้คุมกำเนิด (ตารางที่ 5.1) ส่วนวิธีที่นิยมมากที่สุดคือ ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 32.8) ลำดับถัดไปคือการทำหมันฝ่ายหญิง (ร้อยละ 24.3) และการฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 14.0) เมื่อพิจารณาสัดส่วนคู่สมรสที่คุมกำเนิดในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการคุมกำเนิดสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ค่อนข้างมาก ทั้งนี้ มีคู่สมรสอีกร้อยละ 21.6 ไม่ได้คุมกำเนิด สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิดมาจากการขาดการเจริญพันธุ์ (มีบุตรยาก) และเหตุผลด้านวิธีการคุมกำเนิด โดยภูมิภาคที่มีสัดส่วนคู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิดสูงสุด คือ ภาคใต้ (ร้อยละ 28.8) และตามมาด้วย กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 26.7)

เป็นที่น่าสนใจว่า ผู้หญิงที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มการคุมกำเนิดต่ำกว่าผู้หญิงที่มีอายุมาก โดยพบว่าผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 มีสัดส่วนการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 69.2 ขณะที่ผู้หญิงที่มีอายุ 40-44 มีสัดส่วนการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 82.9 ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นช่วงอายุที่ไม่เหมาะสมต่อการให้กำเนิดบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่มีบุตร 2 คนจะมีการคุมกำเนิดสูงสุด (ร้อยละ 90) และจากผลการสำรวจระดับการศึกษาของผู้หญิงต่อการคุมกำเนิดพบว่า ร้อยละการคุมกำเนิดจะลดลงหลังจากระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่อัตราการคุมกำเนิดจะสูงสุดในกลุ่มหญิงที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน

นอกจากนี้ หากพิจารณาปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจคุมกำเนิดของเพศหญิงที่สมรสแล้ว (สมการ Probit model) พบว่า ค่อนข้างสอดคล้องกับค่าสถิติในตารางที่ 5.1 กล่าวคือ หญิงที่สมรสแล้วในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความน่าจะเป็นในการคุมกำเนิดสูงที่สุด หญิงในเขตชนบทมีความน่าจะเป็นในการคุมกำเนิดสูงกว่าหญิงในเขตเมืองเล็กน้อย และความน่าจะเป็นในการคุมกำเนิดจะลดลงหลังจากอายุมากกว่า 35 ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวย สุดท้ายความน่าจะเป็นในการคุมกำเนิดจะสูงขึ้นเมื่อมีจำนวนบุตรมากขึ้น

**สมการ Probit Model แสดงปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจคุมกำเนิดของเพศหญิงที่สมรสแล้ว**

$$\begin{aligned}
 \text{Contraception}_i = & 0.4926 + 0.0545* \text{central}_i + 0.0291* \text{north}_i + 0.0801* \text{esan}_i - 0.01452* \text{south}_i \\
 & - 0.0122* \text{urban}_i + 0.0187* \text{age24}_i + 0.0081* \text{age29}_i - 0.0302* \text{age34}_i \\
 & - 0.0244* \text{age39}_i - 0.0618* \text{age44}_i - 0.1677* \text{age49}_i + 0.0620* \text{childs}_i \\
 & + 0.0095* \text{secondary}_i - 0.0322* \text{higher\_secondary}_i + 0.0163* \text{windex2}_i \\
 & + 0.0534* \text{windex3}_i + 0.0620* \text{windex4}_i + 0.0556* \text{windex5}_i
 \end{aligned}$$

n =

17,558, log pseudo Likelihood=-8237.42, Pseudo R-squared = 0.6818

**หมายเหตุ:** ค่าอธิบายข้อตัวแปรปรากฏอยู่ในตารางที่ 5.1 และค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรคือค่า Marginal effects

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า โรงพยาบาลมีบริการโรงเรียนพ่อแม่ และบริการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตามพบว่า ในประเทศไทยมีผู้เข้ารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยมาก มีเพียงผู้ที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลที่เข้ามารับบริการส่วนนี้ เป็นการบ่งบอกว่ากระบวนการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยยังไม่ประสบผลสำเร็จ แม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลจะมีหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนการวางแผนครอบครัว โดยในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเตรียมความพร้อมการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ การวางแผนในระยะหลังคลอด และการดูแลบุตร บริการเหล่านี้เป็นบริการที่โรงพยาบาลมีการเตรียมการและให้บริการฟรี มีการจัดอบรมเป็นกลุ่มย่อย 3-4 คน บุคลากรของโรงพยาบาลจะได้รับการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และนำมาถ่ายทอดให้แก่ผู้เข้ารับบริการ

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประชาธิปไตยพบว่า โรงพยาบาลมีบริการโรงเรียนพ่อแม่ และบริการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว เมื่อมีการเข้ารับบริการจะมีการให้อาหารเสริม เช่น โพลิก 1 tap ต่อสัปดาห์ เพื่อบำรุงเลือด บำรุงร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่าที่โรงพยาบาลนี้มีผู้เข้ารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยมาก ผู้ที่สนใจเข้ารับคำแนะนำมีเพียงผู้ที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล ในส่วนของคนทั่วไปหากเป็นบุคคลมีรายได้ปานกลางถึงรายได้น้อย มักจะไม่เข้ามารับบริการให้คำปรึกษาเพื่อการวางแผนการมีบุตรก่อนมีบุตร ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้มีข้อสังเกตว่า

หากเป็นครอบครัวผู้ที่มีความพร้อมที่จะมีบุตร จะมีฐานะทางการเงินที่ดีมักจะเข้าขอรับการวางแผนผ่านการเข้าโปรแกรมเตรียมมีบุตรของโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลตั้งแต่การเตรียมการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

ในประเด็นนี้จะพบว่า พฤติกรรมการวางแผนครอบครัวของประชาชนมีความแตกต่างกันตามสถานะภาพทางสังคม ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลรัฐแม้จะมีการจัดให้มีบริการอยู่ แต่การใช้บริการเป็นเพียงกลุ่มคนในโรงพยาบาล ประชาชนทั่วไปยังไม่ตื่นตัวในการวางแผนครอบครัว ดังนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการวางแผนครอบครัว การชี้แจงให้ประชาชนทั่วไปเห็นประโยชน์การวางแผนครอบครัวก่อนมีบุตรจึงเป็นเรื่องที่ยังจำเป็นในสังคมไทย

ตารางที่ 5.1 การคุมกำเนิด (หน่วย: ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่คู่ชาย)

รายการ	ไม่ได้คุมกำเนิด	คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น	วิธีการคุมกำเนิด						จำนวนผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ที่สมรส		
			หมั้นหญิง	หมั้นชาย	ห่างอนามัย	ยาฉีด	ยาฝัง	ยาเม็ด		ถุงยางอนามัย	อื่นๆ
<b>ยอดรวม</b>	<b>21.6</b>	<b>78.4</b>	<b>24.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.4</b>	<b>14.0</b>	<b>1.1</b>	<b>32.8</b>	<b>2.5</b>	<b>2.9</b>	<b>16,756</b>
<b>ภาค</b>											
กรุงเทพมหานคร (อ้างอิง)	26.7	73.3	21.3	0.1	0.1	9.2	0.7	33.2	5.5	3.2	2,097
กลาง (central=1)	21.1	78.9	23.0	0.5	0.1	13.0	1.1	35.7	2.0	3.5	5,438
เหนือ (north=)	22.1	77.9	21.1	0.7	0.1	22.4	2.1	28.1	2.6	0.8	2,718
ตะวันออกเฉียงเหนือ (esana=1)	15.5	84.5	32.9	0.5	0.7	13.1	0.6	33.6	1.3	1.8	4,191
ใต้ (south=1)	28.8	71.2	18.4	0.2	1.0	12.1	1.3	29.7	2.9	5.6	2,311
<b>พื้นที่</b>											
ในเทศบาล (urban=1)	23.2	76.8	25.0	0.5	0.4	10.4	1.0	32.5	3.6	3.4	7,649
นอกเทศบาล (urban=0)	20.3	79.7	23.8	0.4	0.3	16.9	1.2	33.0	1.2	2.9	9,106
<b>อายุ</b>											
15-19 (อ้างอิง)	30.8	69.2	0.5	0.0	0.4	27.7	2.4	34.4	2.8	1.0	475
20-24 (Age24=1)	24.6	75.4	3.3	0.5	0.2	18.1	1.3	45.5	3.5	3.0	1,363
25-29 (Age29=1)	23.7	76.3	10.7	0.0	0.1	16.3	1.1	43.9	1.8	2.4	1,974
30-34 (Age34=1)	24.3	75.7	18.6	0.5	0.4	12.6	2.0	35.6	2.9	3.1	2,584
35-39 (Age39=1)	17.8	82.2	28.4	0.2	0.3	13.4	1.1	34.0	2.3	2.5	3,235
40-44 (Age44=1)	17.1	82.9	33.7	0.4	0.3	12.3	0.9	31.0	1.9	2.4	3,360
45-49 (Age49=1)	23.8	76.2	34.1	0.9	0.7	12.3	0.4	20.8	2.7	4.3	3,765
<b>จำนวนบุตร (Childs)</b>											
' 0	51.1	48.9	0.4	0.5	0.0	4.3	0.1	37.4	4.4	1.8	2,200
' 1	27.7	72.3	2.8	0.5	0.3	17.5	1.7	42.2	3.0	4.3	5,248
' 2	10.0	90.0	39.8	0.2	0.4	14.8	1.1	29.4	1.6	2.7	6,895
' 3	13.1	86.9	49.3	1.2	1.0	13.2	0.7	18.4	1.6	1.5	1,883
' 4 ขึ้นไป	21.5	78.5	45.6	0.2	0.1	11.1	0.4	14.9	2.5	3.7	531

รายการ	ไม่ได้ คุมกำเนิด	คุมกำเนิด ด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง	วิธีการคุมกำเนิด							จำนวนผู้หญิง อายุ 15-49 ปี ที่สมรส		
			หมัน หญิง	หมัน ชาย	ห่วง อนามัย	ยาฉีด อนามัย	ยาฝัง	ยาเม็ด	ถุงยาง อนามัย		อื่นๆ	
<b>การศึกษาของแม่</b>												
ต่ำกว่าประถมศึกษา (อ้างอิง)	27.5	72.5	15.2	0.9	1.0	17.4	3.4	31.0	1.5	2.1	616	
ประถมศึกษา (อ้างอิง)	17.2	82.8	29.4	0.4	0.5	16.4	1.0	31.6	1.6	1.9	6,081	
มัธยมศึกษา (secondary=1)	21.2	78.8	22.2	0.5	0.2	14.6	1.2	35.2	2.2	2.7	6,784	
สูงกว่ามัธยมศึกษา (higher_secondary=1)	29.6	70.4	21.0	0.5	0.3	7.4	0.7	30.4	4.8	5.3	3,268	
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ (อ้างอิง)	47.2	52.8	9.2	0.0	0.7	7.4	1.9	32.5	1.1	0.0	7	
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>												
ยากจนมาก (อ้างอิง)	17.7	82.3	25.4	0.4	0.7	19.8	1.4	33.2	0.7	0.7	2,737	
ยากจน (windex2=1)	21.8	78.2	23.3	0.4	0.2	18.1	1.2	31.9	1.1	2.0	3,293	
ปานกลาง (windex3=1)	19.9	80.1	23.5	0.5	0.5	14.3	1.4	34.5	2.1	3.3	3,663	
ร่ำรวย (windex4=1)	22.0	78.0	23.6	0.4	0.2	11.0	0.8	34.8	3.5	3.7	3,757	
ร่ำรวยมาก (windex5=1)	26.3	73.7	26.2	0.5	0.3	8.0	0.8	29.2	4.4	4.3	3,306	

ที่มา: ตารางที่ RH.5 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

### ด้านที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ

ภาวะพัฒนาการของเด็กเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีลำดับขั้นสามารถสังเกตได้ จากผลการคำนวณดัชนีพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการประเมินพัฒนาการเด็กใน 4 ด้าน (ตารางที่ 5.2) ได้แก่ 1) การอ่านออกและการรู้จักตัวเลข เช่น เด็กสามารถบอกหรือเรียกชื่ออักษรได้อย่างน้อย 10 ตัว 2) ภายนอก (เช่น เด็กสามารถสามารถหยิบของเล็ก ๆ จากพื้นได้ด้วย 2 นิ้ว) 3) สังคมและอารมณ์ (เช่น สามารถอยู่ร่วมหรือเล่นกับเด็กคนอื่น ๆ ได้ดี) และ 4) การเรียนรู้ (เช่น สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้อย่างถูกต้อง)

โดยจากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 91.1 ของเด็กไทยที่มีอายุ 36-59 เดือน มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 4 ด้าน โดยเพศหญิงจะสัดส่วนการพัฒนาตามเกณฑ์สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 92.1 และ ร้อยละ 90.2) และเด็กในภาคกลางจะมีสัดส่วนสูงกว่าเด็กในภูมิภาคอื่น ๆ เช่นเดียวกับเด็กที่เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัยจะมีสัดส่วนพัฒนาตามเกณฑ์สูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เข้าเรียนอย่างชัดเจน (ร้อยละ 93.4 และร้อยละ 78.6) ทั้งนี้ สัดส่วนเด็กที่พัฒนาตามเกณฑ์จะผันแปรตามระดับการศึกษาของมารดาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาจกล่าวได้ว่า สองปัจจัยหลังนี้จะส่งผลให้เพิ่มความเหลื่อมล้ำในอนาคตมากยิ่งขึ้น เนื่องจากแม่ที่มีการศึกษาสูงและมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีศักยภาพในการลงทุนเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการบุตรของตนสูงกว่าแม่ที่มีการศึกษาน้อยและมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน

หากพิจารณาดัชนีพัฒนาการแยกตามองค์ประกอบในแต่ละด้านพบว่า เด็กที่พัฒนาตามเกณฑ์ทางกายภาพมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 97.7) แต่ก็ใกล้เคียงกับสัดส่วนเด็กที่พัฒนาตามเกณฑ์ด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 97.6) ส่วนสัดส่วนการพัฒนาตามเกณฑ์ด้านสังคมและอารมณ์ การอ่านออกและรู้จักตัวเลขมีสัดส่วนลดลงตามลำดับ (ร้อยละ 79.4 และ 69.3) ทั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่า ความแตกต่างของสัดส่วนพัฒนาตามเกณฑ์ด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลขค่อนข้างสูงระหว่างเด็กที่เข้าเรียนหลักสูตรปฐมวัยและไม่ได้เข้าเรียนหลักสูตรปฐมวัย (ร้อยละ 74.1 และ 42.9) ซึ่งพัฒนาการอ่านออกและรู้จักตัวเลขเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของเด็กในอนาคต ดังนั้น การเพิ่มโอกาสให้เด็กได้เข้าเรียนในระดับปฐมวัย จึงเป็นสิ่งที่ภาครัฐควรสนับสนุน

คุณภาพการเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุ 3-4 ปี จะส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก จากผลการสำรวจ (ตารางที่ 5.3) พบว่า เด็กอายุ 36-59 เดือน ที่มีสมาชิกในครอบครัวร่วมทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับเด็กอย่างน้อย 4 กิจกรรมในรอบ 3 วันก่อนการสำรวจคิดเป็นร้อยละ 92.7 โดยจำนวนกิจกรรมที่ใหญ่ทำร่วมกับเด็กคิดเป็นค่าเฉลี่ย 5.3 กิจกรรม ทั้งนี้ ผลการสำรวจพบว่าแม่ร่วมทำกิจกรรมมากกว่าพ่อร่วมทำกิจกรรมสูงถึงเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 62.8 และ ร้อยละ 34.0) และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของพ่อและแม่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ค่อนข้างมาก การทำกิจกรรมร่วมกันของพ่อและแม่ค่อนข้างมีแนวโน้มผันแปรตามระดับการศึกษา เช่นเดียวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการสำรวจการมีอุปกรณ์ส่งเสริมการเรียนรู้ประเภทหนังสือสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ตารางที่ 5.4) พบว่า ร้อยละ 41.2 มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย 3 เล่ม ส่วนสัดส่วนของเด็กที่มีหนังสืออย่างน้อย 10 เล่ม ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 13.5 โดยเด็กในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการมีหนังสือสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ เด็กในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการมีหนังสือสูงกว่าเด็กในภูมิภาคอื่น ๆ ค่อนข้างมาก ขณะที่

เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการมีหนังสือน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการมีหนังสือของเด็กจะเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของมารดาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ เด็กในครอบครัวที่ร่ำรวยมากจะมีหนังสือสำหรับเด็กในสัดส่วนที่มากกว่าเด็กในครอบครัวที่ยากจนมากถึง 3 เท่า สำหรับการมีหนังสือ 3 เล่ม และเพิ่มขึ้นเป็น 15 เท่าสำหรับการมีหนังสือ 10 เล่ม

นอกจากนี้ ผลการสำรวจการมีอุปกรณ์ส่งเสริมการเรียนรู้ประเภทของเล่น พบว่า ร้อยละ 75.6 มีของเล่นอย่างน้อย 2 ประเภทจาก 3 ประเภท เด็กมีของเล่นจากร้านค้ามีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 90.9) ตามมาด้วยใช้สิ่งของในครัวเรือนทำเป็นของเล่น (ร้อยละ 72.8) และของเล่นที่ทำขึ้นเองภายในบ้าน (ร้อยละ 36.3) เป็นที่น่าแปลกใจว่ามีสัดส่วนเด็กในเขตกรุงเทพมหานครมีของเล่นอย่างน้อย 2 ชิ้นต่ำที่สุด (ร้อยละ 65.3) เทียบกับเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ที่มีสัดส่วนสูงที่สุด (เท่ากันร้อยละ 78.3) และเป็นที่น่าสนใจว่า สัดส่วนเด็กที่มีของเล่นอย่างน้อยสองชนิดไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับระดับการศึกษาของมารดา แต่มีแนวโน้มผกผันกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเด็กในครอบครัวที่ยากจนมากกลับมีสัดส่วนเด็กที่มีของเล่นอย่างน้อย 2 ชนิดสูงกว่าเด็กในครอบครัวที่ร่ำรวยมาก (ร้อยละ 81.3 และ ร้อยละ 67.3) ซึ่งเกิดจากเด็กที่เกิดในครอบครัวที่ร่ำรวยจะมีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

สำหรับของเล่นเด็กที่เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต) พบว่า ร้อยละ 50.9 มีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยพบว่า เด็กในภาคใต้และกรุงเทพมหานครเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กในภาคอื่น ๆ อย่างชัดเจน และเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลมีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 55.3 และ ร้อยละ 47.9) นอกจากนี้ พบว่าการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของแม่และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว



ตารางที่ 5.2 ดัชนีพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

รายการ	ร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือน ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ในแต่ละด้าน				ดัชนี พัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย	จำนวนเด็ก อายุ 36-59 เดือน
	การอ่านออก และรู้จักตัวเลข	กายภาพ	สังคม และอารมณ์	การเรียนรู้		
<b>ยอดรวม</b>	<b>69.3</b>	<b>97.7</b>	<b>79.4</b>	<b>97.6</b>	<b>91.1</b>	<b>5,079</b>
<b>เพศ</b>						
ชาย	67.9	97.8	76.3	97.5	90.2	2,580
หญิง	70.8	97.7	82.6	97.6	92.1	2,499
<b>ภาค</b>						
กรุงเทพมหานคร	76.0	97.6	79.4	97.8	89.5	500
กลาง	73.5	97.8	83.7	97.3	94.0	1,439
เหนือ	62.4	97.9	85.3	97.6	92.3	794
ตะวันออกเฉียงเหนือ	67.7	98.1	75.0	98.1	89.5	1,564
ใต้	67.7	96.6	74.4	96.8	89.0	781
<b>พื้นที่</b>						
ในเทศบาล	70.8	97.9	80.5	97.8	91.6	2,093
นอกเทศบาล	68.3	97.6	78.6	97.4	90.8	2,986
<b>อายุ (ปี)</b>						
36-47 เดือน	59.4	96.8	76.6	95.5	86.7	2,560
48-59 เดือน	79.5	98.7	82.2	99.6	95.6	2,519
<b>การเข้าเรียนหลักสูตรปฐมวัย</b>						
เข้าเรียน	74.1	99.0	80.5	99.0	93.4	4,299
ไม่ได้เข้าเรียน	42.9	90.4	73.1	89.6	78.6	780
<b>การศึกษาของแม่</b>						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	60.5	99.2	89.1	88.1	82.1	215
ประถมศึกษา	66.4	97.9	76.6	98.2	90.3	1,690
มัธยมศึกษา	69.0	98.2	77.7	97.9	90.6	2,122

รายการ	ร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือน ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ในแต่ละด้าน				ดัชนี พัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย	จำนวนเด็ก อายุ 36-59 เดือน
	การอ่านออก และรู้จักตัวเลข	กายภาพ	สังคม และอารมณ์	การเรียนรู้		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	76.6	96.2	85.4	97.8	95.4	1,050
กลุ่มต้นมีความมั่นคง	57.3	98.3	79.1	96.8	87.0	1,196
ยากจนมาก	66.9	98.6	77.2	98.0	90.6	1,030
ยากจน	74.3	97.0	81.6	96.6	93.4	919
ปานกลาง	71.9	97.5	76.0	97.6	90.4	1,086
ร่ำรวย	80.6	96.8	84.6	99.1	96.0	848

ที่มา: ตารางที่ CD.5 จากระายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.3 การเสริมสร้างการเรียนรู้ (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือน ที่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ร่วมทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับเด็ก)

รายการ	ร้อยละของผู้ใหญ่ร่วมทำกิจกรรมอย่างน้อย 4 กิจกรรม	จำนวนกิจกรรมเฉลี่ยที่ผู้ใหญ่ร่วมทำกับเด็ก	ร้อยละของเด็กที่พอยู่ให้กำเนิดร่วมทำกิจกรรมอย่างน้อย 4 กิจกรรม	ร้อยละของเด็กที่แม่ผู้ให้กำเนิดร่วมทำกิจกรรมอย่างน้อย 4 กิจกรรม	จำนวนเด็กอายุ 36-59 เดือน
<b>ยอดรวม</b>	92.7	5.3	34.0	62.8	5,079
<b>เพศ</b>					
ชาย	93.1	5.3	32.7	62.8	2,580
หญิง	92.2	5.4	35.3	62.7	2,499
<b>ภาค</b>					
กรุงเทพมหานคร	96.9	5.6	47.3	75.7	500
กลาง	95.8	5.4	33.9	70.7	1,439
เหนือ	84.8	5.0	32.9	53.9	794
ตะวันออกเฉียงเหนือ	92.0	5.3	26.7	50.8	1,564
ใต้	93.6	5.4	41.5	72.9	781
<b>พื้นที่</b>					
ในเทศบาล	96.0	5.5	37.1	72.1	2,093
นอกเทศบาล	90.4	5.2	31.8	56.3	2,986
<b>อายุ (ปี)</b>					
36-47 เดือน	91.3	5.3	37.1	60.2	2,093
48-59 เดือน	94.1	5.4	31.8	65.4	2,986
<b>การศึกษาของแม่</b>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	73.3	4.7	36.9	40.2	215
ประถมศึกษา	90.3	5.1	19.7	32.5	1,690
มัธยมศึกษา	94.7	5.4	35.2	76.4	2,122
สูงกว่ามัธยมศึกษา	96.4	5.6	54.0	88.8	1,050

รายการ	ร้อยละของเด็กที่ ผู้ใหญ่ร่วม ทำกิจกรรม อย่างน้อย 4 กิจกรรม	จำนวน กิจกรรมเฉลี่ย ที่ผู้ใหญ่ร่วม ทำกับเด็ก	ร้อยละของเด็ก ที่พ่อผู้ทำาเนิต ร่วมทำกิจกรรม อย่างน้อย 4 กิจกรรม	ร้อยละของเด็ก ที่แม่ผู้ทำาเนิต ร่วมทำกิจกรรม อย่างน้อย 4 กิจกรรม	จำนวนเด็กอายุ 36-59 เดือน
<b>การศึกษาของพ่อ</b>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	78.8	4.9	42.8	52.7	96
ประถมศึกษา	93.7	5.4	49.3	77.3	885
มัธยมศึกษา	94.8	5.4	52.7	79.8	1,517
สูงกว่ามัธยมศึกษา	96.9	5.6	67.7	87.2	663
พ่อไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือน	89.7	5.2	0.0	34.7	1,916
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>					
ยากจนมาก	86.6	5.1	24.7	45.6	1,196
ยากจน	91.5	5.2	25.7	51.9	1,030
ปานกลาง	92.2	5.3	35.8	68.7	919
ร่ำรวย	96.3	5.5	36.6	68.2	1,086
ร่ำรวยมาก	98.4	5.7	51.9	87.1	848

ที่มา: ตารางที่ CD.2 จากระายงานการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.4 อุปการณ์เพื่อการเรียนรู้ (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี)

รายการ	ร้อยละของเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มี		ร้อยละของเด็กที่มีข้อเล่นเป็น					จำนวนเด็ก เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี
	หนึ่งสื่อเด็ก อย่างน้อย 3 สื่อ	หนึ่งสื่อเด็ก อย่างน้อย 10 สื่อ	ทำขึ้นเอง ภายในบ้าน	จากร้านค้า	สิ่งของ ในครัวเรือน	มีข้อเล่น อย่างน้อย 2 ชนิด	อุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์	
<b>ยอดรวม</b>	<b>41.2</b>	<b>13.5</b>	<b>36.3</b>	<b>90.9</b>	<b>72.8</b>	<b>75.6</b>	<b>50.9</b>	<b>12,250</b>
<b>เพศ</b>								
ชาย	40.2	13.1	37.5	91.4	72.8	75.4	48.9	6,392
หญิง	42.3	13.9	34.9	90.5	72.8	75.8	53.1	5,858
<b>ภาค</b>								
กรุงเทพมหานคร	59.7	33.6	34.2	87.2	61.4	65.3	56.0	1,146
กลาง	47.0	15.2	31.2	92.1	72.0	74.2	47.4	3,546
เหนือ	37.0	12.3	26.4	89.6	76.0	76.5	45.9	2,084
ตะวันออกเฉียงเหนือ	33.8	7.4	41.7	92.3	75.1	78.3	52.6	3,545
ใต้	37.8	11.1	47.5	89.9	73.5	78.3	56.7	1,929
<b>พื้นที่</b>								
ในเทศบาล	47.8	19.6	34.6	91.5	68.4	71.9	55.3	4,988
นอกเทศบาล	36.7	9.4	37.4	90.5	75.9	78.2	47.9	7,262
<b>อายุ (ปี)</b>								
0-23 เดือน	18.7	5.3	22.1	78.1	50.0	52.9	24.2	4,622
24-59 เดือน	54.9	18.5	44.9	98.7	86.7	89.4	67.1	7,628
<b>การศึกษาของแม่</b>								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	15.4	1.7	32.3	82.9	64.9	65.3	23.9	587
ประถมศึกษา	28.7	5.5	37.8	92.7	77.7	80.0	44.6	3,557
มัธยมศึกษา	41.8	12.3	37.2	90.9	74.1	76.9	53.3	5,562
สูงกว่ามัธยมศึกษา	63.4	30.0	33.0	90.5	65.0	69.0	60.8	2,537
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	(12.6)	(5.0)	(10.3)	(68.9)	(63.7)	(52.5)	(25.7)	6

รายการ	ร้อยละของเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มี		ร้อยละของเด็กที่มี खेल เป็น					จำนวนเด็ก เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี
	หนังสือเด็ก อย่างน้อย 3 เล่ม	หนังสือเด็ก อย่างน้อย 10 เล่ม	ทำขึ้นเอง ภายในบ้าน	จากร้านค้า	สิ่งของ ในครัวเรือน	มีของเล่น อย่างน้อย 2 ชนิด	อุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์	
กลุ่มดัชนีความมั่นคง								
ยากจนมาก	22.9	2.8	39.9	92.6	79.3	81.3	40.1	2,565
ยากจน	29.9	5.1	36.2	89.8	73.4	75.5	43.9	2,675
ปานกลาง	40.2	8.9	42.8	91.0	74.9	78.7	51.5	2,366
ร่ำรวย	48.5	16.1	31.2	90.4	71.7	73.6	54.8	2,727
ร่ำรวยมาก	72.6	41.8	30.6	91.0	62.5	67.3	68.8	1,917

ที่มา: ตารางที่ CD.3 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขในวงเล็บคำนวณจากขนาดตัวอย่างที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนักน้อยกว่า 25 ค่าสังเกต

ตารางที่ 5.5 การดูแลที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังหรือถูกปล่อย  
ให้เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ดูแลเกินกว่า 1 ชั่วโมง)

รายการ	ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี			จำนวนเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี
	ที่ถูกปล่อย ให้อยู่ตามลำพัง ในช่วง สัปดาห์ที่แล้ว	ที่ถูกปล่อยให้เด็ก อายุต่ำกว่า 10 ปี ดูแลในช่วง สัปดาห์ที่แล้ว	ที่ถูกปล่อยทิ้งไว้ โดยได้รับการดูแล ที่ไม่เพียงพอ ในสัปดาห์ที่แล้ว	
<b>ยอดรวม</b>	<b>2.2</b>	<b>5.0</b>	<b>6.1</b>	<b>12,250</b>
<b>เพศ</b>				
ชาย	2.1	4.5	5.9	6,392
หญิง	2.2	5.5	6.3	5,858
<b>ภาค</b>				
กรุงเทพมหานคร	1.7	2.5	4.2	1,146
กลาง	1.3	3.8	4.9	3,546
เหนือ	2.5	3.6	4.8	2,084
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.9	6.9	7.8	3,545
ใต้	2.2	6.7	7.7	1,929
<b>พื้นที่</b>				
ในเทศบาล	1.4	4.3	5.1	4,988
นอกเทศบาล	2.7	5.5	6.8	7,262
<b>อายุ (เดือน)</b>				
0-23 เดือน	1.3	2.2	3.2	4,622
24-59 เดือน	2.7	6.7	7.9	7,628
<b>การศึกษาของแม่</b>				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.2	2.6	5.1	587
ประถมศึกษา	3.0	7.1	8.2	3,557
มัธยมศึกษา	2.2	4.6	6.1	5,562
สูงกว่ามัธยมศึกษา	0.7	3.3	3.6	2,537
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	(1.9)	(2.6)	(2.6)	6
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>				
ยากจนมาก	2.8	6.2	7.6	2,565
ยากจน	2.4	6.6	7.7	2,675
ปานกลาง	2.6	5.0	5.9	2,366
ร่ำรวย	2.3	4.0	5.7	2,727
ร่ำรวยมาก	0.4	2.5	2.7	1,917

ที่มา: ตารางที่ CD.4 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขในวงเล็บคำนวณจากขนาดตัวอย่างที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนักน้อยกว่า 25 ค่าสังเกต

#### ด้านที่ 4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) พบว่า กรมกิจการเด็กและเยาวชนมีหน้าที่ดูแลเด็กกำพร้าและเด็กถูกทอดทิ้งครอบคลุม 0-6 ปี โดยมีสถานรับเลี้ยงเด็กฯ ที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประมาณ 1,600 แห่ง (ข้อมูล ณ 22 มีนาคม 2562) และอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานอื่น ๆ อีกประมาณ 51,732 แห่ง (รวมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เช่น กระทรวงมหาดไทย 20,644 แห่ง กระทรวงศึกษาธิการ 30,298 แห่ง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีสถานรองรับเด็กอ่อน 8 แห่ง ที่เน้นส่งเสริมพัฒนาการและกระตุ้นเด็กแรกเกิดให้มีสุขอนามัยและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย และมีสถานแรกรับอีก 4 ประเภท เพื่อเป็นสถานที่ให้บริการปัจจัยสี่แก่เด็กและเยาวชนเบื้องต้น ก่อนส่งไปยังสถานที่ที่เหมาะสมแก่เด็กต่อไป โดยสถานแรกรับทั้ง 4 ประเภท ประกอบไปด้วย

1. สถานแรกรับเด็กชายปากเกร็ด
2. สถานสงเคราะห์สถานที่ต่าง ๆ
3. สถานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กกระยองและขอนแก่น
4. สถานพัฒนาและฟื้นฟูเด็กจังหวัดต่าง ๆ

สาเหตุที่เด็กเข้ามาส่วนใหญ่ เนื่องจากได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ถูกปล่อยปะละเลย ครอบครัวยแตกแยก ผู้ปกครองลงโทษรุนแรง ครอบครัวยากจนและเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม เด็กถูกทอดทิ้งตามโรงพยาบาลและสถานที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ กรมกิจการเด็กและเยาวชนยังหาครอบครัวทดแทนให้เด็กที่ถูกทอดทิ้ง โดยรัฐบาลให้เงินอุดหนุนกับครอบครัวอุปถัมภ์เดือนละ 2,000 โดยปัจจุบันมีครอบครัวอุปถัมภ์ 300 รายต่อปี

#### ด้านที่ 5 การป้องกันและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมของพ่อแม่

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำการประเมินสุขภาพจิตของแม่ทั้งระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยประเมินจากระดับความเครียด (ST-5) ภาวะซึมเศร้า (2Q) หากพบว่า มีระดับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าสูงจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือ โดยภาวะซึมเศร้าจะทำการประเมิน 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยหากพบว่า มีภาวะซึมเศร้าจะทำการช่วยเหลือ บำบัด ให้คำแนะนำและติดตามเมื่อกลับมาตรวจครั้งถัดไป อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะความเครียดมีเพียงในคุณแม่ในช่วงตั้งครรภ์และหลังตั้งครรภ์แต่ของคุณพ่อไม่มีการประเมิน



## ด้านที่ 6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่กำหนดสิทธิให้ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอดได้ โดยกฎหมายฉบับล่าสุดที่เพิ่งมีการประกาศบังคับใช้เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 กำหนดให้สามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 98 วัน ซึ่งรวมถึงวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตร อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานนี้ยังคงมีอยู่ในระดับจำกัด เฉพาะในส่วนของการทำงานที่เป็นทางการ และการจ้างงานในส่วนของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเพียงเท่านั้น ทั้งนี้ สิทธิลาคลอดของลูกจ้างกลุ่มต่าง ๆ ยังมีลักษณะที่มีความแตกต่างกันในระดับหนึ่ง

ในส่วนของแม่ตั้งครรภ์ที่อยู่ในระบบสวัสดิการประกันสังคม สามารถลาคลอดได้สูงสุด 98 วัน โดยจะได้รับค่าจ้างจากนายจ้างเต็มจำนวนเป็นเวลา 45 วัน และได้รับเงินชดเชยลาคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคม เป็นเวลา 90 วัน แต่จะได้รับค่าจ้างเพียงร้อยละ 50 ของฐานเงินเดือนที่ส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคม (โดยกำหนดฐานเงินเดือนสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน) ส่วนพ่อที่อยู่ในระบบสวัสดิการประกันสังคมไม่มีสิทธิลาเพื่อไปช่วยเหลือภรรยาคลอดได้ ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าการปฏิบัติตามข้อกำหนดในกฎหมายนี้ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละนายจ้าง โดยนายจ้างจำนวนหนึ่งมิได้จ่ายค่าจ้างในช่วงลาคลอดให้แก่ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์แต่อย่างใด โดยลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์จะได้รับเพียงเงินชดเชยลาคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคมเพียงเท่านั้น

แม่ตั้งครรภ์ที่อยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถลาคลอดได้ 90 วัน โดยไม่จำเป็นต้องมีใบรับรองแพทย์ และยังคงได้รับเงินเดือนตามปกติ ในส่วนของพ่อที่อยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถลาไปช่วยเหลือภรรยาคลอดได้ 15 วัน นอกจากนั้น พ่อและแม่ที่ทำงานราชการยังสามารถลากิจส่วนตัวเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน 150 วันทำการ แต่จะไม่ได้รับเงินเดือน

ในส่วนของแม่ตั้งครรภ์ในกลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสิทธิลาคลอดได้ 60 วัน โดยได้รับเงินเดือนตามปกติ และสามารถลาไปเลี้ยงดูบุตรได้ไม่เกิน 30 วันทำการ แต่จะไม่ได้รับเงินเดือน ทั้งนี้ ในส่วนของพนักงานรัฐวิสาหกิจที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคมยังสามารถขอรับเงินชดเชยลาคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคม เป็นเวลา 90 วันได้ โดยได้รับค่าจ้างร้อยละ 50 ของฐานเงินเดือนที่ส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคม (โดยกำหนดฐานเงินเดือนสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน)

ในส่วนของแม่ตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกระบบ ทำงานอิสระ หรือไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการประกันสังคม อาจมิได้รับสิทธิลาคลอดหรือเงินชดเชยในช่วงลาคลอดแต่ประการใด

## ด้านที่ 7 การคุ้มครองเด็ก

จากผลการสำรวจวิธีการอบรมเด็กในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของครัวเรือน ภายใต้การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า เด็กที่อายุ 1-14 ปี ร้อยละ 75.2 เคยถูกสมาชิกในครัวเรือนทำร้ายจิตใจ หรือทำร้ายร่างกาย (ตารางที่ 5.6) โดยเป็นการลงโทษด้วยการทำร้ายจิตใจถึงร้อยละ 61.5 (เช่น ต่ำเด็กว่าโง่หรือขี้เกียจ) และลงโทษด้วยการทำร้ายร่างกายถึง ร้อยละ 55.9 สำหรับการลงโทษรุนแรงพบว่ามีสัดส่วนถึง ร้อยละ 4.2 (เช่น การตีเด็กที่ศีรษะ หู หรือหน้า)

นอกจากนี้ เด็กผู้ชายจะถูกใช้ความรุนแรงมากกว่าผู้หญิง และการลงโทษด้วยการใช้ความรุนแรงมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยสัดส่วนสูงสุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 80.8) และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 68.5) ประเด็นที่น่าสนใจ คือ เด็กในกลุ่มอายุ 3-4 ปี จะถูกลงโทษโดยใช้ความรุนแรง (ร้อยละ 80.5) มากกว่าเด็กในกลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้ พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาและสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับการลงโทษ สำหรับการลงโทษทางร่างกายพบว่า เด็กที่อยู่ครัวเรือนมีฐานะยากจนมากและเด็กที่มีอายุ 3-4 ปี จะถูกลงโทษด้วยการทำร้ายร่างกายสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 72.2 ตามลำดับ

ในส่วนของการดำเนินการของภาครัฐ พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2562 จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2562 นี้ โดยกฎหมายฉบับนี้มีสาระสำคัญกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ และหน่วยงานรับผิดชอบในการส่งเสริมและคุ้มครองครอบครัว มีขั้นตอนและวิธีการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวที่ชัดเจนและรวดเร็ว กำหนดให้การกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวเป็นความผิดทางอาญา พร้อมกับดำเนินมาตรการคุ้มครองสวัสดิภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้กระทำ ความรุนแรงเกิดความเกรงกลัวและยับยั้งไม่กระทำผิดซ้ำด้วย ซึ่งสามารถปิดช่องว่างของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำ ความรุนแรง พ.ศ. 2550 ได้ในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ที่ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของกฎหมายฉบับใหม่นี้ โดยเฉพาะในประเด็นของการไม่มุ่งเน้นให้ความคุ้มครองแก่ผู้ถูกระทำ ความรุนแรง แต่มุ่งเน้นการคุ้มครองสถาบันครอบครัวเป็นสำคัญ นอกจากนี้ กฎหมายฉบับใหม่ยังลดทอนบทบาทการอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ตำรวจ อัยการ และศาล โดยเพิ่มบทบาทให้กับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และพนักงานที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้แต่งตั้ง ซึ่งอาจลดทอนประสิทธิภาพของกลไกการอำนวยความสะดวกให้ผู้ถูกระทำ ความรุนแรงลงไปได้

ตารางที่ 5.6 พฤติกรรมในการอบรมเด็ก

รายการ	ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปีที่ได้รับการอบรมด้วยการ					จำนวน อายุ 1-14ปี
	ไม่ได้ใช้ ความรุนแรง	ใช้ความรุนแรง อย่างไร อย่างหนึ่ง	ใช้ความรุนแรง			
			ทำร้าย จิตใจ	ทำร้ายร่างกาย ทั้งสิ้น	รุนแรง	
<b>ยอดรวม</b>	<b>21.0</b>	<b>75.2</b>	<b>61.5</b>	<b>55.9</b>	<b>4.2</b>	<b>28,237</b>
<b>เพศ</b>						
ชาย	19.3	77.1	63.7	58.3	4.7	14,407
หญิง	22.7	73.2	59.2	53.4	3.7	13,830
<b>ภาค</b>						
กรุงเทพมหานคร	29.2	68.5	52.3	57.5	6.1	2,652
กลาง	21.8	70.0	52.9	53.5	3.1	7,706
เหนือ	17.3	80.8	72.7	54.1	3.2	4,507
ตะวันออกเฉียงเหนือ	19.3	78.9	65.6	57.8	4.6	8,872
ใต้	21.5	75.2	62.3	57.2	5.4	4,500
<b>พื้นที่</b>						
ในเทศบาล	22.3	74.4	59.5	56.3	4.2	11,486
นอกเทศบาล	20.0	75.8	62.9	55.7	4.3	16,751
<b>อายุ (ปี)</b>						
1-2	21.7	73.1	52.0	65.1	2.0	3,866
3-4	16.5	80.5	57.6	72.7	4.3	3,735
5-9	18.5	79.1	65.5	62.8	5.2	9,873
10-14	24.5	70.6	62.6	40.5	4.1	10,763
<b>การศึกษาของแม่</b>						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	19.0	75.6	63.0	54.3	3.8	1,602
ประถมศึกษา	18.8	77.9	64.4	57.4	4.3	17,110
มัธยมศึกษา	22.1	72.8	58.6	55.3	5.2	6,500
สูงกว่ามัธยมศึกษา	31.9	65.3	50.7	50.1	1.6	2,998
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	31.4	67.5	58.7	48.8	12.1	27
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>						
ยากจนมาก	15.7	82.5	70.8	61.1	5.3	6,005
ยากจน	17.4	78.8	67.1	57.0	3.9	5,927
ปานกลาง	20.0	65.5	63.2	57.6	4.3	5,910
ร่ำรวย	21.8	73.5	58.6	54.2	4.0	5,411
ร่ำรวยมาก	31.7	62.5	44.8	48.4	3.6	4,982

ที่มา: ตารางที่ CP.2 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

## ด้านที่ 8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กรณีตามสิทธิ ดังต่อไปนี้

### 1. สิทธิการพื้นฐานตามสิทธิบัตรทอง

สปสช.ได้จัดสิทธิประโยชน์บัตรทอง ปี 2560 สำหรับดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถฝากครรภ์ฟรี ต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ครอบคลุมค่าใช้จ่าย 1,200 ต่อคน และครั้งที่ 2 – 4 จำนวน 400 บาท ต่อครั้งต่อคน โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับความคุ้มครองดังรายการต่อไปนี้

- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่ คู่สมรส รวมทั้งบริการคุมกำเนิด การตรวจ และดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพคุณแม่ตั้งครรภ์ ทารก แรกเกิด ภาวะโภชนาการ และพัฒนาการเด็ก บริการวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงาน การให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะความเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เมตาบอลิซึม ภาวะซีมเครั่ว ตรวจมะเร็งปากมดลูก และมะเร็ง เต้านม การให้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก การตรวจสุขภาพ ประจำปี การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้ฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี
- การคลอดบุตร ใช้สิทธิได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

### 2. สิทธิสำหรับมารดาที่มีสิทธิประกันสังคม

หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถได้รับความคุ้มครองบริการรักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ โดยสามารถเข้ารับ บริการได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล โดยการคุ้มครองมีรายละเอียดครอบคลุมดังต่อไปนี้

- หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาของภาครัฐและเอกชนได้รวมถึง เครือข่ายสถานพยาบาลต่าง ๆ และมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาทรายคนราย ครั้ง โดยหากสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรรวมกัน ไม่จำกัด จำนวนบุตร/ครั้ง

### 3. สิทธิข้าราชการ

○ ครอบคลุมทุกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร นอกจากนี้ จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านการศึกษาที่มีคุณภาพของเด็กอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทยยังมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าตามสิทธิเด็กทุกคนได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของการเข้าถึงนั้นขึ้นอยู่กับบริบทสังคมและพื้นที่ในการดำรงชีวิตอยู่ของเด็ก กล่าวคือเด็กที่เติบโตในเมืองใหญ่หรือเขตเทศบาล ย่อมได้รับสิทธิใช้บริการสถานศึกษาและสถานพยาบาลที่บริหารจัดการ โดยเทศบาลซึ่งคุณภาพบุคลากร คุณภาพสถานบริการย่อมดีกว่าโดยเปรียบเทียบ ตามปริมาณงบประมาณที่มี

สำหรับการบริการจัดการสวัสดิการให้แก่ประชาชน ในขณะเดียวกัน เด็กที่ดำรงชีวิตในชนบทหรือนอกเขตเทศบาล เช่นเด็กที่ใช้สิทธิบริการทางการศึกษาและบริการสาธารณสุขภายใต้การบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนตำบลจะได้รับสวัสดิการภายใต้มาตรฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งต้องยอมรับว่ามีข้อจำกัดในด้านงบประมาณที่น้อยกว่าระดับเทศบาล ทำให้คุณภาพของบุคลากร สถานบริการในสถานศึกษา และสถานบริการสาธารณสุขนั้น อาจด้อยลงไป ถึงแม้จะมีความพยายามให้คุณภาพของสถานบริการเป็นไปตามมาตรฐานที่ถูกกำหนดขึ้น

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับเทศบาลและระดับตำบลมีความแตกต่างกันมากโดยเฉพาะจำนวนเด็กและจำนวนบุคลากร ยกตัวอย่างเช่นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับเทศบาลมีเด็กห้องละ 30 คน จำนวน 7 ห้อง แยกตามอายุ 2.6 -3 ขวบ แยกกับ 3 ขวบขึ้นไป เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย บุคลากรเป็นทั้งครูซึ่งจบหลักสูตรปฐมวัย และผู้ช่วยเลี้ยงเด็กที่รับเข้าเพิ่มเติม รวมถึงมีแม่ครัวประกอบอาหารประจำศูนย์ ด้วยจำนวนเด็กที่มากทำให้การจัดอาหารตามมาตรฐาน school lunch สามารถทำได้ เนื่องจากมีความคุ้มทุน ในทางตรงกันข้ามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับตำบลที่ห่างไกลออกไป ในศูนย์มีเด็กจำนวนไม่ถึง 30 คน มีครูเพียง 1 คนและผู้ช่วย 1 คน ด้วยจำนวนเด็กทำให้ครูต้องจัดการบริหารต้นทุนทุกอย่าง การจัดอาหารให้เด็ก 30 คนเรียนร่วมกันทุกช่วงอายุตั้งแต่ 2.6 ปี ถึง 4 ปี ด้วยงบ 20 บาทต่อหัว ให้ตรงตามมาตรฐาน School lunch เป็นไปไม่ได้เลย เนื่องจากเมื่อคิดเป็นงบรวมจะได้เพียง 600 บาท จัดจ้างแม่ครัวไม่ได้หรือแม้จะดำเนินการจ้างเอกชนประกอบอาหารยังมีความยากลำบาก ส่วนนี้เป็นเพียงตัวอย่างในด้านคุณภาพอาหาร หากพิจารณาถึงคุณภาพด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กนั้น เปรียบเทียบโรงเรียนในเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลย่อมมีความแตกต่างกันเช่นกัน ในโรงเรียนเทศบาลห้องเรียนแยกกันตามช่วงอายุ ทำให้คุณครูสามารถจัดการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกันในระดับตำบลขนาดเล็กเด็ก 2.6 - 4 ขวบอยู่รวมกันในศูนย์เด็กเล็ก มีคุณครูเพียง 1 คน และผู้ช่วยอีก 1 คน ย่อมเป็นไปได้ยากที่จะเกิดการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนนี้เป็นเพียงคุณภาพด้านอาหารและการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ไม่รวมไปถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอื่นๆในระดับเทศบาล และระดับตำบลก็มีความแตกต่างกันตามข้อจำกัดด้านงบประมาณ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการคุณภาพนั้นเด็กมีสิทธิเข้าถึงจริงแต่การเข้าถึงในระดับคุณภาพที่แตกต่างกันตามบริบทสังคมและพื้นที่ในการดำรงชีวิตอยู่ของเด็ก

## ด้านที่ 9 สารอาหารเสริมรองและการเติมสารอาหาร

การได้รับอาหารเสริมในปริมาณที่เพียงพอจะส่งผลดีต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและสมองของเด็ก จากผลการสำรวจการบริโภคเกลือไอโอดีนของครัวเรือนไทย (ตารางที่ 5.7) พบว่า ร้อยละ 79.8 บริโภคเกลือที่มีไอโอดีนในปริมาณที่เพียงพอ (มีไอโอดีน 15 PMM ขึ้นไป) ทั้งนี้ มีครัวเรือนอีกร้อยละ 20.1 บริโภคเกลือที่ไม่มีไอโอดีนหรือมีไอโอดีนในปริมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 40.9) อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนในภูมิภาคอื่น ๆ จะบริโภคเกลือไอโอดีนในระดับที่เพียงพอในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ขณะที่ ร้อยละของครัวเรือนในเขตเทศบาลที่บริโภคเกลือไอโอดีนในระดับที่เพียงพอสูงกว่าครัวเรือนนอกเทศบาลที่บริโภคเกลือไอโอดีนในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 85.2 และ ร้อยละ 75.4) ส่วนการบริโภคเกลือที่มีไอโอดีนมีความสัมพันธ์ที่แปรผันตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยครัวเรือนที่ยากจนที่สุดบริโภคเกลือไอโอดีนในระดับที่เพียงพอเพียงแค่อ้อยละ 61.2 เท่านั้น

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่าหลังจากเด็กคลอดออกจากครรภ์มารดาแล้ว จะมีการนัดตรวจสุขภาพหลังคลอด หากพบว่าแม่และเด็กมีภาวะขาดสารอาหารจะมีการให้คำแนะนำอาหารเสริมตามแต่ละกรณี คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเสริมรองและอาหารทดแทนแก่แม่และเด็กทั้งปริมาณและรายการอาหารซึ่งรายละเอียดปริมาณและรายการอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมือจะเขียนไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งนี้ ไม่มีการจัดอาหารให้ เป็นเพียงการให้ความรู้เท่านั้น

นอกจากนี้ เมื่อเด็กเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณครูจะเป็นผู้เฝ้าสังเกตภาวะขาดสารอาหาร หากพบเด็กขาดสารอาหารคุณครูจะทำการเขียนรายงานและของบเพื่อจัดอาหารเสริมให้เด็กรายบุคคล โดยอาหารเสริมจะเป็นการเพิ่มไข่ไก่ และนมให้เมื่อพบเด็กขาดสารอาหารหรือผอมเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งมีงบประมาณส่วนนี้เพื่อสนับสนุนแต่ครูต้องทำการสำรวจและรายงานเพื่อของบประมาณในส่วนนี้เพิ่มเติม จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์พบว่าแม่และเด็กในประเทศไทยไม่มีปัญหาขาดสาร ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบคือหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินมาตรฐานแต่ทารกในครรภ์น้ำหนักน้อย ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมบริโภคและการนอนที่ไม่เพียงพอของแม่ เนื่องจากแม่ต้องทำงานดึก รับประทานอาหารช่วงดึก และเมื่อเด็กคลอดพบว่าเด็กมีพฤติกรรมบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของพ่อและแม่ โดยมักบริโภคอาหารที่ซื้อหาได้ง่ายและสามารถทำการบริโภคได้สะดวกจากตลาด เช่น ข้าวมันไก่ ไก่ทอด ขนมขบเคี้ยว ฯลฯ นอกจากนี้พบว่าสังคมไทยมีความเชื่อว่าเด็กอ้วนคือเด็กน่ารัก ส่งผลให้ปัจจุบันประเทศไทยมีปัญหาเด็กมีโภชนาการเกิน (เด็กอ้วน) มากกว่าเด็กขาดสารอาหาร ซึ่งการจัดการแก้ไขปัญหาคือเป็นไปได้ยากลำบาก โดยถึงแม้เด็กจะเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยแล้วและคุณครูซึ่งมีความรู้ในด้านโภชนาการจะทำการจำกัดอาหารได้เพียง 1 มื้อ แต่เด็กยังคงรับประทานอาหารที่บ้านถึง 2 มื้อ จึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้มากนัก

ตารางที่ 5.7 การบริโภคเกลือไอโอดีน

รายการ	ร้อยละของครัวเรือนที่ได้รับการทดสอบ			จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการทดสอบ
	ไม่มีไอโอดีน	น้อยกว่า 15 PPM	15 PPM ขึ้นไป	
<b>ยอดรวม</b>	<b>7.7</b>	<b>12.4</b>	<b>79.8</b>	<b>25,945</b>
<b>ภาค</b>				
กรุงเทพมหานคร	1.6	9.7	88.6	2,930
กลาง	3.7	6.1	90.1	7,757
เหนือ	8.7	8.6	82.6	4,872
ตะวันออกเฉียงเหนือ	16.7	21.1	59.1	6,829
ใต้	2.9	11.1	86.0	3,557
<b>พื้นที่</b>				
ในเทศบาล	5.4	9.4	85.2	11,700
นอกเทศบาล	9.7	14.9	75.4	14,244
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>				
ยากจนมาก	16.9	21.8	61.2	5,900
ยากจน	8.7	12.8	78.5	5,398
ปานกลาง	5.9	10.8	83.3	5,145
ร่ำรวย	3.3	8.1	88.6	4,911
ร่ำรวยมาก	1.7	6.4	92.0	4,590

ที่มา: ตารางที่ NU.S2 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559



## ด้านที่ 10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย

การดื่มน้ำที่สะอาดเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กมีสุขภาพที่ดี จากตารางแสดงผลการใช้น้ำดื่มจากแหล่งที่สะอาด พบว่ามีสมาชิกในครัวเรือนดื่มน้ำจากแหล่งที่สะอาดถึงร้อยละ 98.0 (ตารางที่ 5.8) เป็นที่น่าสนใจว่าสมาชิกในครัวเรือนภาคใต้มีสัดส่วนการดื่มน้ำจากแหล่งที่สะอาดต่ำกว่าสมาชิกในครัวเรือนของภูมิภาคอื่น ๆ ทั้งนี้ แหล่งน้ำดื่มที่สะอาดของแต่ละภาคมีลักษณะที่แตกต่างกัน สมาชิกครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครจะดื่มน้ำสะอาดจากน้ำประปา (ร้อยละ 70.3) ในทางตรงกันข้าม ครัวเรือนในภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดื่มน้ำจากน้ำดื่มบรรจุขวด (ร้อยละ 59.7 56.0 51.3 และ 50.5 ตามลำดับ) ขณะที่ครัวเรือนในภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มน้ำจากประปาเพียงร้อยละ 16.8 และ 11.9 เท่านั้น นอกจากนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้แหล่งสะอาดจากน้ำฝนสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ส่วนครัวเรือนที่ใช้แหล่งน้ำที่ไม่สะอาดส่วนใหญ่หัวหน้าครัวเรือนจะมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และมีฐานะยากจนมาก

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้คอยสอดส่องและให้คำแนะนำในส่วนนี้ อย่างไรก็ตามในส่วนของการบริการนำดื่มสะอาดไม่มีในสวัสดิการจากรัฐ การให้บริการเป็นเพียงการให้คำแนะนำ ในกรณีที่พบการบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำที่ไม่ปลอดภัย

นอกจากนี้ ในปัจจุบันครัวเรือนส่วนใหญ่ของประเทศไทย สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดปลอดภัย แม้ว่าในอดีตครัวเรือนไทยยังดื่มน้ำฝน หรือน้ำบาดาล แต่ในปัจจุบันครัวเรือนไทยทั้งในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่ชนบทสามารถเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัยที่มีการจำหน่ายและบริการส่งถึงบ้านทำให้ในประเด็นการเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัยในปัจจุบันไม่ปัญหาสำหรับประเทศไทย อย่างไรก็ตาม กรณีที่เด็ก 0-3 ปี อยู่ในครอบครัวที่ทำอาชีพเกษตรกรรม อาจมีโอกาสดื่มน้ำฝนที่รองไว้ตามโรงเรือนในไร่นาได้ แต่ถือว่ามีโอกาสน้อย เนื่องจาก หากครอบครัวมีเด็กอายุ 0-3 ปี จะมีการเตรียมน้ำดื่มปลอดภัยไปจากบ้าน กรณีฉุกเฉินเท่านั้นที่จะมีการใช้น้ำฝนที่รองไว้ให้แก่เด็กรับประทาน

## ด้านที่ 11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ

การกำจัดสิ่งขับถ่ายที่ถูกสุขอนามัย คือ การแยกของเสียของมนุษย์ออกจากการสัมผัสของมนุษย์ได้อย่างถูกสุขลักษณะ ผลการสำรวจพบว่า สมาชิกในครัวเรือนใช้ส้วมที่ถูกสุขอนามัยคิดเป็นร้อยละ 99.6 (ตารางที่ 5.9) ส่วนครัวเรือนที่ไม่มีส้วมนั้นพบว่ามีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.2 ซึ่งเท่ากับครัวเรือนที่มีส้วมแต่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขณะที่ ครัวเรือนที่ไม่มีส้วมมีสัดส่วนสูงที่สุดในครัวเรือนภาคใต้ (ร้อยละ 0.4) หัวหน้าครัวเรือนมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 0.7) และเป็นครัวเรือนที่ยากจน (ร้อยละ 1.0) ซึ่งมีลักษณะภูมิหลังคล้ายกับครัวเรือนที่ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ

วิธีการที่ปลอดภัยในการกำจัดอุจจาระของเด็ก คือ การให้เด็กถ่ายอุจจาระในห้องส้วม หรือทิ้ง/ชะล้างอุจจาระลงสู่ส้วมชักโครก ผลการสำรวจการกำจัดอุจจาระเด็กอายุ 0-2 ปี (ตารางที่ 5.10) พบว่า ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระด้วยวิธีการกำจัดอย่างไม่ปลอดภัยมากที่สุด (ร้อยละ 58.9) ซึ่งส่วนใหญ่ถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้ง

ในขณะ<sup>6</sup> (ร้อยละ 42.7) ตามมาด้วยการฝัง (ร้อยละ 5.5) และทิ้งในที่โล่ง (ร้อยละ 2.4) เป็นที่น่าสังเกตว่า การถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในถังขยะมีสัดส่วนที่สูงมาก โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 61.8) ส่วนการถ่ายอุจจาระที่เหมาะสมพบว่าส่วนใหญ่ใช้ห้องส้วม (ร้อยละ 24.6) และทิ้งในห้องส้วม (ร้อยละ 17.4)

## ด้านที่ 12 การล้างมือ

การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ (หรือผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอื่น ๆ) เป็นการป้องกันและลดการเกิดโรคท้องร่วงและปอดบวมในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ประหยัดที่สุด ผลการสำรวจพบว่าครัวเรือนในประเทศไทยร้อยละ 81.2 มีสถานที่เฉพาะสำหรับล้างมือซึ่งมีน้ำพร้อมสบู่หรือผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอื่น (ตารางที่ 5.11) ขณะที่ร้อยละ 10.9 ไม่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดอย่างพร้อมเพียง ส่วนร้อยละ 7.9 ไม่มีสถานที่เฉพาะสำหรับล้างมือในบ้านหรือบริเวณบ้าน เมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า ภาคกลางมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีสถานที่เฉพาะสำหรับล้างมือซึ่งมีทั้งน้ำและสบู่สูงที่สุด (ร้อยละ 85.7) เปรียบเทียบกับภาคใต้ซึ่งต่ำที่สุด (ร้อยละ 73.7) และพบว่าการล้างมือมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

---

<sup>6</sup> นิยามปัจจุบันกำหนดว่าการถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปจัดว่าเป็นวิธีที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม กำลังมีการปรับปรุงคำนิยามด้วยการกำหนดว่าการถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในถังขยะเป็นวิธีที่ปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลสำรวจเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน

ตารางที่ 5.8 การใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่สะอาดของสมาชิกในครัวเรือน

รายการ	แหล่งน้ำดื่มที่สะอาด					แหล่งน้ำดื่มที่ไม่สะอาด					จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
	น้ำประปา	น้ำบาดาล	น้ำบ่อแต่มี การป้องกัน	น้ำพุแต่มี การป้องกัน	น้ำดื่มบรรจุขวด	รวม	น้ำบ่อแต่ไม่มี การป้องกัน	รถบรรทุกน้ำ	น้ำผิวดิน	น้ำดื่มบรรจุขวด		อื่น	รวม
<b>ยอดรวม</b>	<b>28.4</b>	<b>1.1</b>	<b>2.5</b>	<b>0.0</b>	<b>15.3</b>	<b>98.0</b>	<b>0.6</b>	<b>0.3</b>	<b>0.3</b>	<b>0.8</b>	<b>0.1</b>	<b>2.0</b>	<b>92,073</b>
ภาค													
กรุงเทพมหานคร	70.3	0.0	0.0	0.0	0.2	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12,517
กลาง	27.2	0.3	2.8	0.0	12.2	98.5	0.4	0.2	0.7	0.0	0.0	1.5	27,739
เหนือ	31.6	0.8	3.7	0.0	11.4	98.8	0.1	0.2	0.6	0.1	0.1	1.2	15,301
ตะวันออกเฉียงเหนือ	11.9	1.4	0.6	0.0	33.3	97.7	0.5	0.7	0.2	0.1	0.1	2.2	24,242
ใต้	16.8	3.9	6.5	0.0	7.5	94.4	2.4	0.0	0.1	3.1	0.0	5.6	12,273
<b>การศึกษาของแม่</b>													
ต่ำกว่าประถมศึกษา	31.6	1.6	4.2	0.0	12.3	95.2	2.0	0.4	1.1	1.2	0.0	4.7	5,667
ประถมศึกษา	25.2	1.2	2.7	0.0	20.0	97.9	0.6	0.3	0.3	0.8	0.0	2.0	55,202
มัธยมศึกษา	29.9	1.0	2.2	0.0	8.7	98.1	0.5	0.3	0.1	1.0	0.1	2.0	19,728
สูงกว่ามัธยมศึกษา	43.6	0.4	1.2	0.0	2.1	99.8	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.3	11,414
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	20.2	0.0	0.7	0.0	7.6	85.6	1.3	9.3	0.0	3.8	0.0	14.4	62
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>													
ยากจนมาก	17.6	1.7	3.3	0.0	40.0	95.7	1.3	0.9	1.1	0.8	0.1	4.2	18,415
ยากจน	20.7	1.3	3.1	0.0	19.9	97.9	0.7	0.3	0.1	0.9	0.1	2.1	18,415
ปานกลาง	21.6	1.3	3.8	0.0	10.1	98.0	0.6	0.1	0.0	1.2	0.0	1.9	18,416
ร่ำรวย	29.6	1.0	1.8	0.0	5.9	98.6	0.3	0.1	0.0	1.0	0.0	1.4	18,412
ร่ำรวยมาก	52.7	0.2	0.5	0.0	0.7	99.9	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	18,415

ที่มา: ตารางที่ WS.1 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.9 ประเภทของการใช้ส้วมในครัวเรือน

รายการ	ประเภทของส้วมที่ใช้						จำนวนสมาชิก ในครัวเรือน
	ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ (ชักโครก/ส้วมซึม)				ส้วม ไม่ถูก สุขอนามัย	ไม่มีส้วม	
	มีระบบ บำบัด	ถึงส้วม	หลุม	ไม่ทราบ ที่ลง			
<b>ยอดรวม</b>	<b>7.8</b>	<b>88.2</b>	<b>3.5</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>92,073</b>
<b>ภาค</b>							
กรุงเทพมหานคร	21.3	78.2	0.5	0.0	0.0	0.0	15,517
กลาง	8.5	87.4	3.2	0.1	0.5	0.3	27,739
เหนือ	1.7	89.3	8.0	0.7	0.2	0.2	15,301
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.7	92.9	1.2	0.0	0.0	0.2	24,242
ใต้	4.1	89.5	5.8	0.0	0.1	0.4	12,273
<b>พื้นที่</b>							
ในเทศบาล	10.8	86.6	2.1	0.1	0.3	0.1	42,713
นอกเทศบาล	5.2	89.6	4.6	0.2	0.1	0.4	49,360
<b>การศึกษาของแม่</b>							
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6.7	86.2	5.0	1.0	0.5	0.7	5,667
ประถมศึกษา	5.5	90.2	3.8	0.1	0.2	0.3	55,202
มัธยมศึกษา	9.1	87.8	2.7	0.2	0.1	0.1	19,728
สูงกว่ามัธยมศึกษา	17.5	80.3	2.2	0.0	0.0	0.0	11,414
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	2.4	75.5	9.1	12.8	0.0	0.0	62
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>							
ยากจนมาก	3.7	90.7	4.1	0.4	1.0	1.0	18,415
ยากจน	4.4	91.9	3.3	0.2	0.2	0.1	18,415
ปานกลาง	4.7	90.9	4.2	0.0	0.1	0.0	18,416
ร่ำรวย	7.6	88.3	3.6	0.0	0.4	0.0	18,412
ร่ำรวยมาก	18.6	79.2	2.1	0.0	0.1	0.0	18,415

ที่มา: ตารางที่ WS.5 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.10 การกำจัดอุจจาระของเด็ก (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปี)

รายการ	วิธีการปลอดภัย		วิธีการไม่ปลอดภัย					จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี
	ภายในห้องส้วม	ทิ้งในหลุมส้วม	ฝัง	ทิ้งในที่โล่ง	ถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูป	ทิ้งในถังขยะ	อื่นๆ	
<b>ยอดรวม</b>	<b>24.6</b>	<b>17.4</b>	<b>5.5</b>	<b>2.4</b>	<b>42.7</b>	<b>5.3</b>	<b>1.0</b>	<b>7,235</b>
<b>ภาค</b>								
กรุงเทพมหานคร	13.2	21.2	0.1	0.0	61.8	2.2	0.1	656
กลาง	20.2	20.3	1.6	2.0	47.5	7.2	0.0	2,113
เหนือ	31.0	20.2	3.8	4.7	32.4	5.2	0.0	1,305
ตะวันออกเฉียงเหนือ	29.8	16.0	13.9	2.3	31.2	4.8	0.1	2,005
ใต้	23.1	9.0	2.8	1.8	54.6	4.9	0.0	1,157
<b>พื้นที่</b>								
ในเทศบาล	22.9	16.1	2.1	1.0	51.1	5.5	0.0	2,914
นอกเทศบาล	25.8	18.2	7.7	3.3	37.0	5.3	0.0	4,321
<b>การศึกษาของแม่</b>								
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20.0	20.4	2.6	6.9	40.9	1.6	0.1	373
ประถมศึกษา	26.3	17.7	7.8	3.0	38.1	4.7	0.2	1,890
มัธยมศึกษา	25.0	19.1	5.6	2.4	40.2	6.4	0.0	3,462
สูงกว่ามัธยมศึกษา	23.0	12.3	2.9	0.5	54.6	4.7	0.0	1,506
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>								
ยากจนมาก	27.5	20.4	12.6	7.5	25.1	4.5	0.2	1,403
ยากจน	26.3	17.8	7.3	1.6	41.6	2.9	0.0	1,654
ปานกลาง	25.6	20.4	3.7	2.0	38.0	8.0	0.0	1,425
ร่ำรวย	20.6	13.7	1.9	0.5	53.4	7.9	0.0	1,641
ร่ำรวยมาก	23.4	14.6	1.2	0.2	56.8	2.9	0.0	1,112

ที่มา: ตารางที่ WS.8 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.11 การมีน้ำและสุขุณ สถานที่สำหรับล้างมือ (หน่วย: ร้อยละของครัวเรือนที่ได้ดูสถานที่สำหรับล้างมือหรือไม่มีสถานที่ล้างมือ)

รายการ	มีน้ำ และ		ไม่มีน้ำ และ		ไม่มีสถานที่สำหรับล้างมือ	จำนวนครัวเรือนที่ได้ดูสถานที่สำหรับล้างมือหรือไม่มีสถานที่ล้างมือ
	มีสุขุณ	ไม่มีสุขุณ	มีสุขุณ	ไม่มีสุขุณ		
<b>ยอดรวม</b>	<b>81.2</b>	<b>6.7</b>	<b>2.1</b>	<b>2.1</b>	<b>7.9</b>	<b>25,865</b>
<b>ภาค</b>						
กรุงเทพมหานคร	76.9	2.6	1.5	0.9	18.1	2,449
กลาง	85.7	5.6	1.5	0.8	6.5	7,927
เหนือ	85.1	8.4	1.1	1.5	3.9	5,015
ตะวันออกเฉียงเหนือ	78.6	8.4	3.2	2.7	7.1	7,054
ใต้	73.7	5.8	3.6	5.7	11.3	3,420
<b>พื้นที่</b>						
ในเทศบาล	82.4	4.7	1.8	1.8	9.4	11,451
นอกเทศบาล	80.3	8.2	2.4	2.4	6.7	14,414
<b>การศึกษาของแม่</b>						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	72.3	10.7	3.1	3.1	10.7	1,560
ประถมศึกษา	80.2	7.6	2.6	2.6	7.2	15,613
มัธยมศึกษา	83.8	5.4	1.3	1.3	7.9	5,489
สูงกว่ามัธยมศึกษา	86.4	2.1	1.0	1.0	9.7	3,188
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	47.8	29.4	8.3	8.3	2.9	14
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>						
ยากจนมาก	69.1	12.7	3.9	5.0	9.3	6,310
ยากจน	80.9	7.3	1.9	1.9	7.9	5,569
ปานกลาง	83.7	5.8	2.3	1.5	6.7	5,238
ร่ำรวย	87.3	3.2	1.3	0.8	7.3	4,842
ร่ำรวยมาก	90.4	1.3	0.4	0.1	7.8	3,906

ที่มา: ตารางที่ WS.9 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

## โปรแกรมที่ 2: โปรแกรมการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงการคลอด

### ด้านที่ 13 การฝากครรภ์

องค์รอนามัยโรคแนะนำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ควรฝากครรภ์และได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ตารางที่ 5.12 พบว่า มีผู้หญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 98.2 ที่ฝากครรภ์ โดยผู้หญิงที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่ฝากกับแพทย์ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ ฝากกับพยาบาลร้อยละ 10.1 และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยร้อยละ 8.9 ทั้งนี้ มีผู้หญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 1.19 ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ โดยภาคเหนือมีสัดส่วนไม่ได้ฝากครรภ์สูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 3.6) ในทำนองเดียวกับ ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและผู้หญิงที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนมีสัดส่วนการไม่ได้ฝากครรภ์สูงสุด (ร้อยละ 14.4 และ ร้อยละ 4.5) นอกจากนี้ ผู้หญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง แต่ผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งในสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การฝากครรภ์ต้องฝาก ณ สถานีนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตนมีสิทธิตามทะเบียนบ้าน หากฝากครรภ์ ณ สถานีนามัยที่ไม่มีสิทธิตามทะเบียนบ้าน เจ้าหน้าที่จะพิจารณารับฝากครรภ์เป็นกรณีไป เนื่องจากบางรายมีความเสี่ยง จะมีผลต่อการรักษาอื่น ๆ ที่ตามมาเช่นการคลอด การรับบริการอื่น ๆ ที่ต้องเสียค่าบริการเพิ่มเติมเนื่องจากไม่ครอบคลุมตามสิทธิ ดังนั้น หากเป็นกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ไปฝากครรภ์ ณ สถานีนามัยตามสิทธิเพื่อป้องกันปัญหาอื่นที่จะตามมา แต่หากเป็นกรณีทั่วไป เจ้าหน้าที่จะอนุโลมให้ฝากครรภ์ได้แล้วแต่กรณี เมื่อเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์แล้ว หญิงตั้งครรภ์จะได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและการนัดตรวจครรภ์ตามโปรแกรมการฝากครรภ์มาตรฐานจำนวน 5 ครั้ง แต่หากเป็นกลุ่มเสี่ยงจะมีการนัดหมายเพิ่มเติมโดยโปรแกรมฝากครรภ์ของโรงพยาบาลรัฐ จะมีการนัดฝากครรภ์ฟรี 5 ครั้ง ตามอายุครรภ์ดังนี้

- ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 5-12 สัปดาห์
- ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13-18 สัปดาห์
- ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 19-26 สัปดาห์
- ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 27-32 สัปดาห์
- ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 33-38 สัปดาห์

โดยผู้ที่ทำการฝากครรภ์จะได้รับการดูแลผ่านการตรวจด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ช่วงเวลาตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจหมู่เลือด การตรวจความเข้มข้นของเลือด การคัดกรองเบาหวาน การตรวจปัสสาวะเพื่อหาความผิดปกติ รวมถึงการตรวจเชื้อที่อาจถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก เช่น HIV ไวรัสตับอักเสบบี ซิฟิลิส ธารสีซิเมีย ไวรัสซิกา

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจช่องปากและฟัน การตรวจครรภ์ การฟังเสียงหัวใจทารก



3. การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ได้แก่ การประเมินอายุครรภ์ การวินิจฉัยครรภ์แฝด หรือหาความผิดปกติของทารก

4. การประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจคัดกรองภาวะซีดและภาวะความเครียด การตรวจคัดกรองการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด

5. การให้ยาเสริมที่สำคัญแก่หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ โฟลิก ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และแคลเซียม

6. การฉีดวัคซีนที่จำเป็นแก่มารดา ได้แก่ วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก วัคซีนไข้วัดใหญ่

7. การให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับพ่อแม่ ได้แก่ การใช้ยา การดูแลช่องปากและฟัน การดูแลสุขภาพแม่และลูก การดูแลเรื่องโภชนาการ

จากการสัมภาษณ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมจะมีบุตรส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ตามนัดหมาย อย่างไรก็ตาม จะพบปัญหาการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามแผนการฝากครรภ์หรือตามนัดหมายในกลุ่มคุณแม่วัยใสและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องอพยพย้ายถิ่นตามสถานที่ทำงาน ซึ่งในกลุ่มคุณแม่วัยใสทางอนามัยจะมีการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามให้มาดำเนินการฝากครรภ์ตามนัดหมาย ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อคิดเห็นอีกด้วยว่า กลุ่มคุณแม่วัยใสนี้มักเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำแนวทางการปฏิบัติในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จะให้ความร่วมมือเมื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด และกลุ่มที่มีความพร้อมมักจะเข้ารับการอบรมในโรงเรียนพ่อแม่หลังการคลอดมากกว่ากลุ่มคุณแม่วัยใส ซึ่งพฤติกรรมของพ่อแม่นี้ย่อมมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในช่วงที่อยู่ในครรภ์และหลังคลอดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ตารางที่ 5.12 ความครอบคลุมของการฝากครรภ์

(หน่วย: ร้อยละของผู้หญิง 15-49 ปี ที่ให้กำเนิดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา)

รายการ	บุคคลที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์			ไม่ได้ฝากครรภ์	จำนวนหญิงที่คลอดบุตร
	แพทย์	พยาบาล	เจ้าหน้าที่อนามัย		
<b>ยอดรวม</b>	<b>79.2</b>	<b>10.1</b>	<b>8.9</b>	<b>1.9</b>	<b>2,092</b>
<b>ภาค</b>					
กรุงเทพมหานคร (อ้างอิง)	99.3	0.4	0.2	0.2	231
กลาง (central=1)	80.5	10.9	6.3	2.3	713
เหนือ (north=1)	76.9	10.5	9.0	3.6	354
ตะวันออกเฉียงเหนือ (esan=1)	71.7	13.1	14.3	0.9	437
ใต้ (south=1)	74.9	10.6	12.9	1.7	359
<b>พื้นที่</b>					
ในเทศบาล (urban=1)	86.7	4.9	6.1	2.3	932
นอกเทศบาล (urban=0)	73.2	14.2	11.1	1.5	1,160
<b>การศึกษาของแม่</b>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา (อ้างอิง)	49.9	30.8	4.9	14.4	103
ประถมศึกษา (อ้างอิง)	65.7	16.0	15.7	2.6	300
มัธยมศึกษา (secondary)	79.5	8.8	10.4	1.3	1,173
สูงกว่ามัธยมศึกษา (higher_secondary)	92.3	5.3	2.0	0.3	514
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>					
ยากจนมาก (อ้างอิง)	60.3	16.1	21.1	2.5	305
ยากจน (windex2)	66.0	17.3	12.2	4.5	491
ปานกลาง (windex3)	76.6	13.4	8.2	1.8	425
ร่ำรวย (windex4)	92.9	2.6	4.2	0.3	540
ร่ำรวยมาก (windex5)	97.1	1.8	1.1	0.0	331

ที่มา: ตารางที่ RH.7 จากรายงานการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559,

#### ด้านที่ 14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครรภ์

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การให้บริการอาหารเสริมในประเทศไทยสำหรับหญิงที่วางแผนจะมีบุตรสามารถเข้าไปรับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวมีบุตร ซึ่งในส่วนนี้เจ้าหน้าที่จะจัดให้โฟลิก 1 แทบ ต่อสัปดาห์เพื่อบำรุงเลือดและกระตุ้นการสร้างพันธุกรรม RNA และ DNA ให้ผู้เข้ารับคำปรึกษาพร้อมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ ในส่วนนี้เป็นการให้อาหารเสริมในช่วงก่อนตั้งครรภ์

เมื่อเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์โรงพยาบาลจะมีการให้อาหารเสริม ได้แก่ โฟลิกเพื่อบำรุงเลือด ธาตุเหล็ก ไอโอดีน โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการฝากครรภ์ทุกคนจะได้รับยาเม็ดรวม ที่ประกอบไปด้วยธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม, ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม โฟลิก 400 ไมโครกรัม ให้กลับไปรับประทานทุกวันตลอดช่วงเวลาการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคขาดสารไอโอดีน และป้องกันความพิการแต่กำเนิดในเด็กทารกแรกเกิด (โรคหลอดประสาทไม่ปิด) หากแม่ขาดสารไอโอดีน จะส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก การเติบโตของสมองไม่สมบูรณ์ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะผิดปกติ (พิการ) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพิ่มเติมอีกทุกวัน วันละ 1 เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดตลอดการให้นมบุตร 6 เดือน

เนื่องจากในประเทศไทยมีปัญหาการเข้ารับคำปรึกษาด้านการวางแผนการตั้งครรภ์น้อย ทำให้ในช่วงก่อนตั้งครรภ์การให้โฟลิกจึงไม่ค่อยมีการได้รับบริการมากนัก มักจะเป็นการให้ในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด อย่างไรก็ตาม โฟลิกมีราคาไม่สูงนัก ผู้ที่มีการวางแผนมีบุตรโดยไม่ได้เข้ารับปรึกษาที่โรงพยาบาลสามารถซื้อหาเองได้ จึงไม่พบปัญหาในประเด็นดังกล่าวนี้

#### ด้านที่ 15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบมาตรฐานแก่สตรีมีครรภ์

น้ำหนักแรกคลอดเป็นดัชนีชี้วัดเบื้องต้นที่แสดงถึงภาวะโภชนาการของแม่ และเป็นตัวชี้วัดแสดงการเจริญเติบโตของทารกแรกเกิด จากผลการสำรวจเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ในตารางที่ 5.13 แสดงให้เห็นว่ามีเด็กแรกเกิดเพียงร้อยละ 9.4 เท่านั้น ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) โดยแม่ที่มีช่วงอายุ 35-49 ปี จะมีลูกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสูงสุด (ร้อยละ 11.9) รองลงมาคือแม่ที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 10.4) ขณะที่ แม่ที่มีอายุ 20-34 ปี จะมีลูกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานต่ำที่สุด (ร้อยละ 8.7) อย่างไรก็ตาม น้ำหนักแรกคลอดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจะมีแนวโน้มความสัมพันธ์ที่แปรผันตามลำดับที่บุตรของมารดา

สัดส่วนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่อยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 11.3) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 10.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 9.9) และภาคกลาง (ร้อยละ 8.6) โดยกรุงเทพมหานครเป็นภูมิภาคที่มีเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานต่ำที่สุด (ร้อยละ 6.8) ทั้งนี้ ร้อยละของเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลกับเขตนอกเทศบาล (ร้อยละ 10.1 และ 8.5) ส่วนความสัมพันธ์ของน้ำหนักแรกเกิดกับระดับการศึกษาของมารดาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่า เด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีการศึกษาสูงจะมีร้อยละของเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานน้อยกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า เช่นเดียวกับฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรก

เกิดต่ำกว่ามาตรฐานส่วนใหญ่จะเป็นเด็กแรกเกิดในครอบครัวที่ยากจนและยากจนมาก (ร้อยละ 10.4 และ ร้อยละ 10.1)

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า หน่วยงานสาธารณสุขมีการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์หลักๆ 2 ทาง คือ การให้ความรู้และคำแนะนำผ่านกระบวนการฝากครรภ์ โดยจะมีการตรวจวัดซั่งน้ำหนักและให้คำแนะนำโดยแพทย์ และรายละเอียดอาหารที่ควรรับประทานในช่วงตั้งครรภ์ไปจนกระทั่งหลังคลอด ได้รวมอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่กรมอนามัยจัดทำขึ้น ในสมุดดังกล่าวจะมีข้อมูลรายละเอียดปริมาณอาหารและอาหารทดแทนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละช่วงเวลาและช่วงอายุของมารดา โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์จะได้รับสมุดเล่มนี้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีการให้คำแนะนำผ่านโรงเรียนพ่อแม่ซึ่งในส่วนนี้หญิงตั้งครรภ์และคุณพ่อ สามารถเข้าร่วมได้ฟรีตามความสมัครใจ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพและพัฒนาการของทั้งแม่และเด็กทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด อย่างไรก็ตามผลของการให้คำปรึกษาจะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝากครรภ์

จากการสัมภาษณ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง เช่น มีการบริโภคในช่วงมื้อดึก เนื่องจากนอนดึก รับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความเข้าใจที่ว่าการอ้วนเป็นเรื่องปกติของหญิงตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารมากมีผลดีต่อเด็ก ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากความเชื่อและพฤติกรรมความเคยชินของประชาชนที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของลูกเนื่องจากเมื่อลูกคลอดออกมา เด็กจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของมารดาเนื่องจากมารดาเป็นผู้ดูแลให้อาหารแก่เด็ก แม้ว่าจะมีการให้คำแนะนำในทุกครั้งของการตรวจสุขภาพหลังคลอดและมีคู่มืออาหารที่เหมาะสมหลังคลอดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แต่สังคมไทยยังเชื่อว่าการที่เด็กอ้วนเป็นเด็กน่ารัก ทำให้ยากที่จะควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมารดาและเด็กหลังคลอดได้

ตารางที่ 5.13 ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

(หน่วย: ร้อยละของเด็กที่เกิดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม)

รายการ	น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	จำนวนทารก ที่เกิดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
<b>ยอดรวม</b>	<b>9.4</b>	<b>2,092</b>
<b>อายุของแม่</b>		
น้อยกว่า 20 ปี	10.4	319
20-34 ปี	8.7	1,464
35-49 ปี	11.9	309
<b>ลำดับที่ของบุตร</b>		
'1	8.9	1,000
2-3	9.9	1,013
4-5	10.3	71
6+	7.2	8
<b>ภาค</b>		
กรุงเทพมหานคร	6.8	231
กลาง	8.6	713
เหนือ	10.3	354
ตะวันออกเฉียงเหนือ	9.9	437
ใต้	11.3	359
<b>พื้นที่</b>		
ในเทศบาล	8.5	932
นอกเทศบาล	10.1	1,160
<b>การศึกษาของแม่</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10.3	103
ประถมศึกษา	9.5	300
มัธยมศึกษา	9.4	1,173
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9.2	514
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>		
ยากจนมาก	10.1	305
ยากจน	10.4	491
ปานกลาง	9.3	425
ร่ำรวย	7.6	540
ร่ำรวยมาก	10.5	331

ที่มา: ตารางที่ NU.1 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

### โปรแกรมที่ 3: โปรแกรมคลอด ตั้งแต่การคลอดบุตรจนถึงเด็กอายุ 6 เดือน

#### ด้านที่ 16 การคลอดภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ

การคลอดบุตรในสถานพยาบาลภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของทั้งมารดาและทารก จากผลการสำรวจพบว่า ผู้หญิงได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 98.6 (ตารางที่ 5.14) โดยคลอดในสถานพยาบาลของรัฐเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 88.7) นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์จะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 21.8 ที่คลอดบุตรที่บ้าน เช่นเดียวกับมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาที่มีสัดส่วนการคลอดบุตรที่บ้านสูงถึงร้อยละ 9.2 ขณะที่ ร้อยละ การคลอดบุตรในสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาของมารดาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

นอกจากนี้ ผลการสำรวจการตรวจสุขภาพหลังคลอดของมารดา (ตารางที่ 5.15) พบว่า แม่ได้รับการตรวจหลังคลอดอย่างน้อย 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 78.1 อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพหลังคลอดมีลักษณะแตกต่างกันออกไปในแต่ละภูมิภาค กรุงเทพมหานครเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนแม่ได้รับการตรวจสูงที่สุด (ร้อยละ 86.0) ขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนแม่ได้รับการตรวจน้อยที่สุด แต่ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 74.5) ขณะที่ ร้อยละ 18.2 แม่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอดเลย โดยเป็นแม่ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 25.5) และมีฐานะทางครอบครัวยากจน (ร้อยละ 22)

#### ด้านที่ 17 การแจ้งเกิด

เด็กทุกคนควรมีสิทธิ์ที่จะได้รับการตั้งชื่อและมีสัญชาติเพื่อได้รับสิทธิสวัสดิการในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข การศึกษา การช่วยเหลือทางสังคม ตลอดจนการคุ้มครองจากการละเมิดสิทธิมนุษยชน จากตารางที่ 5.16 พบว่า เด็กไทยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 99.6 ได้จดทะเบียนเกิด และไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนในการจดทะเบียนเกิดเมื่อพิจารณาตามเพศ อายุ หรือสถานะความมั่งคั่งของครัวเรือน แต่พบว่า เด็กที่แม่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีสัดส่วนการจดทะเบียนเกิดต่ำกว่าแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่า

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การบันทึกแจ้งเกิดการแจ้งเกิดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสุขบันทึก ณ วันที่คลอด หลังจากนั้นผู้ปกครองต้องนำเอกสารไปแจ้งที่อำเภอเพื่อขึ้นทะเบียนราษฎรไทย รายละเอียดในการบันทึกนี้มีรายละเอียดความผิดปกติที่เจ้าหน้าที่ต้องคัดกรอง ได้แก่ การตรวจภาวะไทรอยด์ฮอร์โมน, การตรวจ KPU , การคัดกรองการได้ยินด้วยเครื่องมือพิเศษ (OAE หรือ Automed-ABR), การวัดสายตาโดยใช้เครื่องมือ ซึ่งส่วนนี้มีการคัดกรองหลังคลอดเท่านั้น ในปัจจุบันไม่สามารถคัดกรองก่อนคลอดได้

ตารางที่ 5.14 สถานที่คลอดบุตร (หน่วย: ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ที่คลอดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา)

รายการ	สถานที่คลอดบุตร					จำนวนหญิงที่คลอดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
	สถานพยาบาล		บ้าน	อื่นๆ	ไม่ทราบ	
	รัฐบาล	เอกชน				
<b>ยอดรวม</b>	<b>88.7</b>	<b>9.9</b>	<b>0.9</b>	<b>0.1</b>	<b>0.4</b>	<b>2,092</b>
<b>ภาค</b>						
กรุงเทพมหานคร	68.7	30.2	1.1	0.0	0.0	231
กลาง	88.0	10.8	0.3	0.0	0.9	713
เหนือ	90.7	6.4	3.0	0.0	0.0	354
ตะวันออกเฉียงเหนือ	95.7	3.7	0.2	0.0	0.4	437
ใต้	92.6	6.1	0.6	0.3	0.4	359
<b>พื้นที่</b>						
ในเทศบาล	81.4	16.2	1.4	0.1	0.9	932
นอกเทศบาล	94.6	4.8	0.4	0.0	0.1	1,160
<b>อายุของผู้หญิงที่คลอดบุตร</b>						
น้อยกว่า 20	95.0	4.3	4.3	0.6	0.0	319
20-34	88.7	9.6	9.6	1.1	0.1	1,464
35-39	82.5	17.1	17.1	0.2	0.1	309
<b>จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์</b>						
ไม่ได้ฝากครรภ์	54.3	0.1	21.8	0.0	23.8	39
1-3 ครั้ง	92.0	2.7	4.9	0.3	0.0	75
4 ครั้งขึ้นไป	89.3	10.3	0.3	0.1	0.0	1,901
ไม่ทราบ	89.2	10.7	0.1	0.0	0.0	78
<b>การศึกษาของแม่</b>						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	84.5	0.2	9.2	0.0	6.2	103
ประถมศึกษา	95.2	3.9	0.5	0.4	0.1	300
มัธยมศึกษา	90.9	8.5	0.5	0.0	0.1	1,173
สูงกว่ามัธยมศึกษา	81.0	18.5	0.3	0.0	0.3	514
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>						
ยากจนมาก	95.8	1.2	2.0	0.4	0.6	305
ยากจน	93.5	3.7	1.5	0.0	1.3	491
ปานกลาง	95.6	4.1	0.2	0.0	0.0	425
ร่ำรวย	86.7	12.6	0.5	0.0	0.2	540
ร่ำรวยมาก	69.4	30.1	0.4	0.0	0.0	331

ที่มา: ตารางที่ RH.11 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559



ตารางที่ 5.15 การตรวจสอบสุขภาพแม่หลังคลอด

รายการ	ไม่ได้รับการตรวจ	ได้รับการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 45 วัน	ได้รับการตรวจอย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 2 วัน	จำนวนผู้หญิงที่คลอดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
<b>ยอดรวม</b>	<b>18.2</b>	<b>78.1</b>	<b>3.0</b>	<b>2,092</b>
<b>ภาค</b>				
กรุงเทพมหานคร	12.9	86.0	8.1	231
กลาง	13.0	79.5	1.6	713
เหนือ	25.2	74.5	2.8	354
ตะวันออกเฉียงเหนือ	19.9	77.0	3.5	437
ใต้	23.4	75.1	2.2	359
<b>พื้นที่</b>				
ในเทศบาล	14.8	79.6	3.6	932
นอกเทศบาล	21.0	76.9	2.5	1,160
<b>อายุของผู้หญิงที่คลอดบุตร</b>				
น้อยกว่า 20	18.0	80.1	2.6	319
20-34	18.5	77.0	3.1	1,464
35-39	17.2	81.3	2.8	309
<b>สถานที่คลอดบุตร</b>				
บ้าน	(82.1)	(17.9)	(2.3)	18
สถานพยาบาล	17.6	79.0	3.0	2,063
รัฐบาล	18.1	78.9	2.5	1,856
เอกชน	13.2	79.8	7.3	207
<b>ลักษณะการคลอด</b>				
ธรรมชาติ	17.7	78.7	3.2	1,393
ผ่าตัดคลอด	19.4	76.9	2.6	699
<b>การศึกษาของแม่</b>				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	23.4	70.2	4.0	103
ประถมศึกษา	25.5	69.3	3.2	300
มัธยมศึกษา	18.0	79.2	3.0	1,173
สูงกว่ามัธยมศึกษา	13.3	82.5	2.6	514
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>				
ยากจนมาก	20.3	78.0	2.7	305
ยากจน	22.0	74.8	4.5	491
ปานกลาง	19.8	77.2	2.4	425
ร่ำรวย	18.1	77.1	1.6	540
ร่ำรวยมาก	9.0	85.9	4.1	331

ที่มา: ตารางที่ RH.53 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขในวงเล็บไม่สามารถนำเสนอได้ เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนักน้อยกว่า 25 คำสังเกต

ตารางที่ 5.16 การจดทะเบียนเกิด (หน่วย: ร้อยละของเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีสูติบัตร)

รายการ	มีสูติบัตร			ไม่มีสูติบัตร	จำนวนเด็ก
	ได้เห็นสูติบัตร	ไม่ได้เห็นสูติบัตร	รวม		
<b>ยอดรวม</b>	72.8	26.8	99.6	0.4	12,250
<b>เพศ</b>					
ชาย	72.5	27.0	99.5	0.5	6,392
หญิง	73.1	26.4	99.5	0.5	5,858
<b>ภาค</b>					
กรุงเทพมหานคร	56.5	43.4	99.9	0.0	1,146
กลาง	64.0	35.0	99.0	1.1	3,546
เหนือ	77.7	21.5	99.2	0.8	2,084
ตะวันออกเฉียงเหนือ	76.9	23.1	100	0.0	3,545
ใต้	85.7	14.2	99.9	0.1	1,929
<b>พื้นที่</b>					
ในเทศบาล	65.9	33.1	99.0	1.0	4,988
นอกเทศบาล	77.5	22.4	99.9	0.1	7,262
<b>อายุ (เดือน)</b>					
0-11	75.7	23.6	99.3	0.7	2,111
12-23	71.8	27.7	99.5	0.5	2,510
24-35	71.6	27.8	99.4	0.6	2,550
36-47	73.1	26.4	99.5	0.4	2,560
48-59	72.2	27.7	99.9	0.1	2,519
<b>การศึกษาของแม่</b>					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	62.2	30.1	92.3	7.7	587
ประถมศึกษา	73.8	25.9	99.7	0.3	3,557
มัธยมศึกษา	74.6	25.4	100	0.0	5,562
สูงกว่ามัธยมศึกษา	69.8	30.2	100	0.0	2,537
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	(70.5)	(-29.5)	(100)	(0.0)	7
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>					
ยากจนมาก	78.0	21.8	99.8	0.2	2,565
ยากจน	74.6	23.5	98.1	1.9	2,675
ปานกลาง	76.1	23.8	99.9	0.1	2,366
ร่ำรวย	71.3	28.8	100	0.0	2,727
ร่ำรวยมาก	61.2	38.8	100	0.1	1,917

ที่มา: ตารางที่ CP.1 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขที่คำนวณมาจากค่าสังเกตที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก 25-49 ค่าสังเกต

## ด้านที่ 18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หากพิจารณาการให้นมแม่ที่เหมาะสมโดยมีหลักในการพิจารณาคือ ทารกอายุ 0-5 เดือน หากกินนมแม่เพียงอย่างเดียวถือว่าได้รับอาหารที่เหมาะสมกับช่วงอายุ ขณะที่เด็กอายุ 6- 23 เดือน หากกินนมแม่ร่วมกับอาหารแข็ง อาหารเหลว ถือว่าได้รับอาหารที่เหมาะสม จากผลการสำรวจพบว่า เด็กที่อายุ 0-5 เดือน กินนมแม่เพียงอย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 23.1 (ตารางที่ 5.17) โดยเด็กในภาคเหนือมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 36.7) แตกต่างจากกรุงเทพมหานครที่มีร้อยละต่ำที่สุด (ร้อยละ 6.4) ทั้งนี้เป็นที่น่าสนใจว่า แม่ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 28.6) แต่สิ่งที่น่ากังวลคือ แม่ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ครอบครัวที่มีฐานะร่ำรวยมากจะมีสัดส่วนเลี้ยงลูกด้วยนมในช่วง 0-5 เดือนสูงที่สุด ส่วนเด็กที่มีอายุ 6-23 เดือน พบว่าร้อยละ 29.6 ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่พร้อมกับอาหารแข็งและอาหารเหลวอย่างเหมาะสม โดยมีสัดส่วนสูงที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 36.1) หากพิจารณาร่วมกับระดับการศึกษาของแม่และฐานะทางครอบครัว ผลการสำรวจกลับพบว่าแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและมีฐานะยากจนที่มีร้อยละการให้อาหารลูกอย่างเหมาะสมสูงที่สุด (ร้อยละ 54.5 และ ร้อยละ 37.2)

ตารางที่ 5.18 แสดงระยะเวลาโดยเฉลี่ย (มัธยฐาน) ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำแนกตามภูมิภาค พบว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี พบว่า เด็กกินนมแม่เพียงอย่างเดียวเพียง 0.6 เดือน โดยเด็กในภาคเหนือกินนมแม่เพียงอย่างเดียวสูงที่สุด (1 เดือน) ขณะที่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ฐานะร่ำรวยจะมีระยะเวลากินนมแม่สูงที่สุดคือ 1.2 เดือน ส่วนระยะเวลาที่เด็กกินนมแม่เป็นอาหารหลักเพิ่มสูงขึ้น เป็น 1.8 เดือน ทั้งนี้ ระยะเวลาการกินนมแม่เป็นอาหารหลักมีความแตกต่างระหว่างภาค โดยพบสูงสุดในภาคเหนือ 2.8 เดือน และต่ำสุดในกรุงเทพมหานคร 0.5 เดือน

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า เมื่อคุณแม่กลับมาตรวจหลังคลอดประมาณ 1-1.5 เดือนส่วนใหญ่ จะไม่ให้นมแม่แล้วและจะเริ่มให้นมผงแก่บุตร โดยพบว่าคุณแม่วัยใสจะให้นมผงบุตรเร็วกว่าคุณแม่ที่อายุ 19 ปี ขึ้นไป ด้วยสาเหตุที่แจ้งว่าน้ำนมไม่ไหล ไม่มีน้ำนม บางรายให้เหตุผลว่าต้องกลับไปทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้ไม่สามารถให้นมบุตรได้จนถึง 6 เดือนได้ อย่างไรก็ตามในกลุ่มคุณแม่ที่มีความพร้อมจะมีการให้นมบุตรยาวนานกว่าบางรายให้นมบุตรจนกระทั่งเข้าโรงเรียนอนุบาล โดยทางเทศบาลนครรังสิตมีโครงการให้ยืมเครื่องปั๊มนมจำนวน 20 เครื่อง เป็นการส่งเสริมให้เกิดการให้นมบุตรสำหรับแม่ที่น้ำนมไหลยาก

จากสาเหตุที่มารดาต้องกลับไปทำงานเพื่อหารายได้ทำให้ไม่สามารถให้นมบุตรไปจนถึง 6 เดือนได้ ซึ่งส่วนนี้เป็นปัญหาที่ยังคงเกิดขึ้นกับครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้น้อย รวมทั้งครอบครัวเหล่านี้ไม่มีศักยภาพในการจัดหาอุปกรณ์ในการกักเก็บน้ำนมไว้ให้ลูกดื่มในช่วงเวลาที่แม่ไปทำงาน ในทางกลับกันในครอบครัวที่มีรายได้สูงมักจะมีศักยภาพทางการเงินเพียงพอที่จะจัดหาอุปกรณ์เก็บรักษาน้ำนมให้แก่ทารกได้แม้มารดาต้องกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานแต่ยังสามารถมีน้ำนมให้ลูกที่อยู่ที่บ้านดื่มได้อย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน

ตารางที่ 5.17 การให้นมแม่ที่เหมาะสมกับอายุเด็ก

(หน่วย: ร้อยละของเด็ก 0-23 เดือน ที่ได้รับนมแม่อย่างเหมาะสม)

รายการ	เด็กอายุ 0-5 เดือน		เด็กอายุ 6-23 เดือน		เด็กอายุ 0-23 เดือน	
	กินนมแม่ อย่างเดียว	จำนวนเด็ก	กินนมแม่ และได้รับอาหาร อื่น	จำนวน เด็ก	ได้รับนมแม่ อย่างเหมาะสม	จำนวน เด็ก
<b>ยอดรวม</b>	<b>23.1</b>	<b>1,138</b>	<b>29.6</b>	<b>3,484</b>	<b>28.0</b>	<b>4,622</b>
<b>เพศ</b>						
ชาย	20.7	605	28.0	1,944	26.2	2,548
หญิง	25.9	533	31.7	1,540	30.2	2,073
<b>ภาค</b>						
กรุงเทพมหานคร	(6.4)	133	27.2	292	20.6	425
กลาง	27.4	321	32.3	1,062	31.2	1,382
เหนือ	36.7	205	24.7	650	27.6	855
ตะวันออกเฉียงเหนือ	17.5	300	26.8	917	24.5	1,217
ใต้	21.6	179	36.1	563	32.6	742
<b>พื้นที่</b>						
ในเทศบาล	18.8	476	28.2	1,413	25.8	1,889
นอกเทศบาล	26.3	662	30.6	2,070	29.5	2,732
<b>การศึกษาของแม่</b>						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	(0.2)	54	54.5	194	42.7	248
ประถมศึกษา	16.9	229	23.3	942	22.1	1,172
มัธยมศึกษา	28.6	585	30.6	1,657	30.0	2,242
สูงกว่ามัธยมศึกษา	21.0	269	29.0	688	26.7	957
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>						
ยากจนมาก	24.0	170	37.2	656	34.5	826
ยากจน	18.2	270	31.7	852	28.4	1,122
ปานกลาง	24.7	240	30.2	687	28.8	926
ร่ำรวย	18.5	293	24.2	824	22.7	1,117
ร่ำรวยมาก	36.4	165	24.0	465	27.3	631

ที่มา: ตารางที่ NU.6 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขที่คำนวณมาจากค่าสังเกตที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก 25-49 ค่าสังเกต

ตารางที่ 5.18 ระยะเวลาที่กินนมแม่

รายการ	ระยะเวลาเฉลี่ย (เดือน)			จำนวนเด็ก อายุ 0-35 เดือน
	กินนมแม่ อย่างเดียว	กินนมแม่ เป็นหลัก	กินนมแม่ แบบใดแบบหนึ่ง	
<b>ยอดรวม</b>	<b>0.6</b>	<b>1.8</b>	<b>7.9</b>	<b>7,171</b>
<b>เพศ</b>				
ชาย (boy=1)	0.6	2.1	6.5	3,813
หญิง (boy=0)	0.5	0.7	9.7	3,358
<b>ภาค</b>				
กรุงเทพมหานคร (อ้างอิง)	0.4	0.5	6.1	646
กลาง (central=1)	0.4	2.7	11.1	2,107
เหนือ (north=1)	1.0	2.8	7.6	1,291
ตะวันออกเฉียงเหนือ (eca1)	0.6	0.8	7.1	1,980
ใต้ (south=1)	0.7	2.1	10.1	1,147
<b>พื้นที่</b>				
ในเทศบาล (urban=1)	0.6	1.1	7.3	2,895
นอกเทศบาล (urban=0)	0.6	2.1	8.5	4,276
<b>การศึกษาของแม่</b>				
ไม่มีการศึกษา (อ้างอิง)	0.4	4.1	16.2	372
ประถมศึกษา (อ้างอิง)	0.5	0.7	3.3	1,867
มัธยมศึกษา (secondary=1)	0.7	2.2	9.4	3,441
สูงกว่ามัธยมศึกษา (higher_secondary=1)	0.6	0.7	8.2	1,487
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>				
ยากจนมาก (อ้างอิง)	0.7	1.2	10.1	1,369
ยากจน (windex2=1)	0.7	2.2	9.0	1,644
ปานกลาง (windex3=1)	0.5	2.5	9.2	1,447
ร่ำรวย (windex4=1)	0.5	0.6	4.4	1,642
ร่ำรวยมาก (windex5=1)	1.2	4.5	9.4	1,069

ที่มา: ตารางที่ NU.5 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

## โปรแกรมที่ 4: โปรแกรมสุขภาพและพัฒนาการเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงเด็กอายุ 5-6 ปี

### ด้านที่ 19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แนะนำให้เด็กทุกคนควรได้รับวัคซีนก่อนอายุครบ 1 ปี เพื่อป้องกันโรคดังต่อไปนี้ 1) วัณโรค 2) คอตีบ 3) ไอกรน 4) บาดทะยัก 5) โปлио 6) หัด 7) ตั๊กแตนไขษชนิดบี 8) โรคติดเชื้อฮิบ 9) ปอดบวม/เยื่อหุ้มสมองอักเสบ 10) ไวรัสโรตา และ 11) หัดเยอรมัน ในส่วนของประเทศไทยการรับวัคซีนส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ยกเว้นวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อฮิบ ปอดบวม และไวรัสโรตา เป็นวัคซีนทางเลือกที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง

จากผลการสำรวจการได้รับวัคซีนของเด็กไทยช่วงอายุหนึ่งปีแรกพบว่า (ตารางที่ 5.19) ร้อยละ 79.1 เด็กไทยได้รับวัคซีนครบก่อนอายุครบ 12 เดือน แต่มีเด็กไทยอีกร้อยละ 3.3 ได้รับวัคซีนไม่ครบ ทั้งนี้ ร้อยละของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแตกต่างกันออกไป เด็กได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.4 ตามมาด้วยวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ตั๊กแตนไขษชนิดบี และคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ได้รับวัคซีนร้อยละ 95.8 ร้อยละ 94.2 และร้อยละ 94.2 ตามลำดับ ส่วน หัด คางทูม หัดเยอรมันได้รับน้อยที่สุดร้อยละ 92.9 ทั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่าวัคซีนที่ต้องได้รับมากกว่า 1 เข็ม เข็มต่อไปจะมีสัดส่วนเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนน้อยลง หากพิจารณาการรับวัคซีนร่วมกับภูมิหลังของเด็กและครอบครัว พบว่า เด็กในภาคเหนือได้รับวัคซีนครบมากที่สุด ร้อยละ 86.1 ขณะที่ภูมิภาคอื่นๆ ก็มีร้อยละที่ใกล้เคียงกัน แต่ที่น่ากังวลคือภาคกลางมีเด็กที่ได้รับวัคซีนครบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 66.5 สำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบส่วนใหญ่มารดาจบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 17.5)

นอกจาก การได้รับวัคซีนข้างต้นแล้ว MICS ยังได้สำรวจการได้รับวัคซีนการป้องกันบาดทะยักของมารดาซึ่งจะมีส่วนช่วยป้องกันบาดทะยักในทารกแรกเกิด จากรายงานการสำรวจการได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักอย่างน้อย 2 ครั้งระหว่างตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด (ตารางที่ 5.20) พบว่า มีเพียงร้อยละ 51.6 เท่านั้นที่แม่ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครที่สุด (ร้อยละ 60.3) โดยภาคเหนือได้รับวัคซีนน้อยที่สุด (ร้อยละ 41.4) เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษากลับได้รับวัคซีนสูงกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงกว่า ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแปรผันกับการได้รับวัคซีน อย่างไรก็ตาม การป้องกันโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดสามารถป้องกันได้ หากมารดาได้รับวัคซีนก่อนการตั้งครรภ์ตามจำนวนเข็มที่กำหนดในแต่ละช่วงเวลา รายงานผลการสำรวจยังพบอีกว่า ผู้หญิงได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักร้อยละ 73.9 โดยยังคงอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 77.3) ส่วนภาคเหนือได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักในสัดส่วนที่น้อยกว่าภูมิภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 67.1) ทั้งนี้ ผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักน้อยที่สุด (ร้อยละ 70.8) ขณะที่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแปรผันตามกับการได้รับวัคซีน

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การสร้างภูมิคุ้มกันโรคเด็กทุกคนมีสิทธิรับบริการฉีดวัคซีนฟรีตามสิทธิบัตรทอง โดยมีการให้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขสุข หรือสถานอนามัย ผู้ปกครองสามารถนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีนได้ตามศูนย์บริการหรืออนามัยที่ใกล้บ้าน เด็กที่อยู่นอกเขตบริการหรือไม่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่บริการของอนามัยรวมถึงเด็กต่างด้าวก็สามารถใช้บริการในส่วนนี้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

แต่หากเป็นวัคซีนที่นอกเหนือรายการวัคซีนตามสิทธิ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

- วัคซีนที่เด็กสามารถใช้สิทธิรับบริการซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้ฟรีในปัจจุบัน ได้แก่
  1. วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ฉีดในช่วงอายุ แรกเกิด
  2. วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ฉีดในช่วงอายุแรกเกิด หรือ 1 เดือนหลังคลอด (ฉีดเฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)
  3. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ในช่วงอายุ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน
  4. วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี- ฉีดในช่วงอายุ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน
  5. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (IPV) ฉีดในช่วงอายุ 4 เดือน
  6. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ฉีดในช่วงอายุ 9 เดือน หรือ 2 ปี 6 เดือน
  7. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบบี เจอี ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) ฉีดในช่วงอายุ 1 ปี หรือ 2 ปี 6 เดือน
  8. กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ในช่วงอายุ 1 ปี 6 เดือน
  9. ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DPT) ฉีดในช่วงอายุ 4 ปี
  10. ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) 12 ปี
  11. ไขหวัดใหญ่ในเด็ก (Influenza) ฉีดในช่วงอายุ 6 เดือน ให้สองเข็มห่างกัน 6 เดือน
- รายชื่อวัคซีนที่ต้องเสียค่าบริการ และสามารถฉีดได้เฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน
  1. ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโรต้า ผู้รับวัคซีนมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1000 (ขึ้นอยู่กับราคาของแต่ละโรงพยาบาล)
  2. ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อนิวโมคอคคัส ผู้รับวัคซีนมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1000 (ขึ้นอยู่กับราคาของแต่ละโรงพยาบาล)

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ พบว่าเด็กที่มารดาผ่านกระบวนการฝากครรภ์จะถูกนัดให้เข้ารับวัคซีนตามกำหนดเวลา และเมื่อเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กนี้จะเป็นเอกสารสำคัญที่จะใช้ให้ข้อมูลกับคุณครูเพื่อคอยช่วยเหลือและให้ข้อมูลเพื่อแนะนำให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานไปรับวัคซีนตามสถานบริการใกล้บ้าน

ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งจากสถานีอนามัยและศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยให้ข้อมูลตรงกันว่า เด็กที่มีโอกาสไม่ได้รับวัคซีนเป็นเด็กในกลุ่มที่พ่อแม่ยากจน หาเช้ากินค่ำ ไม่มีเวลา รวมถึงเด็กที่ต้องอพยพย้ายที่อยู่อาศัยตามสถานที่ทำงานของพ่อแม่ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มพ่อแม่วัยใสและเด็กในครอบครัวแหวกกล่าวคืออยู่กับตายายเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีทัศนคติและต้องส่งข้อมูลให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้เข้าไปติดตามที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วน



สาเหตุของการผัดขังมักเกิดจากพ่อแม่ต้องไปทำงาน ปู่ย่าอายุมากแล้วเกิดการหลงลืมหรือไม่สามารถพาบุตรหลานมาที่อนามัยได้ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีความพร้อมมักจะได้รับความร่วมมืออย่างดีเมื่อนัดหมายฉีดวัคซีนหรือ และหากเป็นเด็กในครอบครัวที่มีรายได้สูงผู้ปกครองมักจะใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งจะได้รับวัคซีนอื่น ๆ ที่ไม่ได้ครอบคลุมในวัคซีนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโรต้าและฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อนิวโมคอคคัส โดยผู้ขอรับวัคซีนจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1,000 บาทต่อโดส (ขึ้นอยู่กับราคาของแต่ละโรงพยาบาล) ซึ่งส่วนนี้หากผู้ปกครองที่รับบริการที่สถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐมีความต้องการเพิ่มเติมทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออนามัยจะแนะนำให้ไปตามโรงพยาบาลเอกชนที่มีการให้บริการฉีดวัคซีนดังกล่าวเนื่องจากในปัจจุบันตามสถานอนามัยระดับตำบลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลจะไม่มีบริการวัคซีนเหล่านี้ จากการสอบถามสาเหตุที่ไม่สามารถให้บริการในส่วนนี้เกิดจากสถานอนามัยหรือศูนย์สาธารณสุขไม่สามารถจัดซื้อวัคซีนเองได้ ศูนย์เหล่านี้เป็นเพียงผู้ให้บริการ ดังนั้น หากเป็นวัคซีนนอกเหนือจากที่กำหนดจากกรมอนามัยประชาชนต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีการสร้างภูมิคุ้มกันเด็กค่อนข้างสะดวกและเข้าถึงได้ง่ายไม่จำเป็นต้องใช้สิทธิตามทะเบียนบ้าน มีระบบการติดตามทั้งในระดับอนามัย โรงเรียน และระดับหมู่บ้านโดยผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้ในส่วนของบริการตามสิทธินี้ อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างของการเข้าถึงวัคซีนบางรายการระหว่างเด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อยและครอบครัวที่มีรายได้สูงอยู่ รวมถึงยังมีรายการวัคซีนบางตัวที่มีเพียงในโรงเอกชนเท่านั้นซึ่งในประเด็นนี้ทำให้เมื่อการให้บริการเพียงในโรงพยาบาลเอกชน การตั้งราคาของการใช้บริการย่อมเป็นไปตามมาตรฐานการตั้งราคาของเอกชนซึ่งมักเป็นราคาที่ประชาชนทั่วไปอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ โรงพยาบาลรัฐควรมีบริการส่วนนี้ที่จัดไว้เป็นตัวเลือกแก่ประชาชนด้วยราคาที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนมีตัวเลือกการใช้บริการในราคาที่สามารเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้มากขึ้น

ตารางที่ 5.19 การได้รับวัคซีนของไทย (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 23-23 เดือนที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค)

รายการ	ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีน												จำนวน			
	วัคซีนโรค	โปลิโอ			คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก			ตับอักเสบชนิด บี			หัด คางทูม หัดเยอรมัน	ได้ วัคซีน ครบ		ไม่ได้ วัคซีน ครบ		
		ครั้ง 1	ครั้ง 2	ครั้ง 3	ครั้ง 1	ครั้ง 2	ครั้ง 3	ครั้งแรก เกิด	ครั้ง 1	ครั้ง 2					ครั้ง 3	
<b>ยอดรวม</b>	96.4	95.8	94.9	86.9	94.2	92.0	89.0	94.2	94.1	92.9	92.9	92.9	79.1	3.3	2,510	
<b>เพศ</b>																
ชาย	96.3	95.6	94.7	87.8	95.1	92.0	90.2	94.5	93.2	92.2	86.2	86.2	80.3	3.6	1,383	
หญิง	96.6	96.1	95	85.8	93.0	92.0	87.5	93.8	95.3	93.7	87.2	87.2	77.7	3.0	1,127	
<b>ภาค</b>																
กรุงเทพมหานคร	99.6	99.1	97.2	90.6	97.8	95.3	92.7	96.6	97.1	94.1	90.5	90.5	83.1	0.4	178	
กลาง	94.5	93.8	92.9	82.2	90.2	85.3	84.8	90.6	88.9	87.2	79.3	79.3	66.5	5.5	743	
เหนือ	96.1	96.2	95.9	91.1	96.7	96.5	94.1	95.3	96.5	96.1	90.8	90.8	86.1	3.3	485	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	98.9	97.9	97.5	88.7	96.5	95.6	90.4	97.3	97.5	97.3	90.6	90.6	85.5	1.1	708	
ใต้	94.6	93.9	91.5	86	92.7	91.0	86.3	93.2	93.7	91.1	86.3	86.3	81.8	4.6	398	
<b>พื้นที่</b>																
ในเทศบาล	94.2	93.9	92.6	88	93.3	92.1	90.3	91.1	90.6	89.0	85.3	85.3	78.1	5.6	977	
นอกเทศบาล	97.8	97.1	96.3	86.2	94.7	91.9	88.1	96.2	96.4	95.4	87.5	87.5	79.8	1.8	1,533	
<b>การศึกษาของแม่</b>																
ต่ำกว่าประถมศึกษา	82.2	82.5	81.9	77.7	81.1	80.3	80.0	81.3	82.3	81.6	80.2	80.2	71.5	17.5	146	
ประถมศึกษา	97	97.5	94.9	88.4	91.1	90.4	85.8	95.7	95.4	95.0	89.9	89.9	80.7	2.6	719	
มัธยมศึกษา	99.2	98.7	97.6	88.2	98.4	95.5	92.6	97.1	98.8	94.4	86.3	86.3	79.3	0.6	1,199	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	92.8	92.7	91.8	84.1	92.0	88.9	87.4	88.4	91.6	89.1	84.3	84.3	78.8	7.1	445	
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>																
ยากจนมาก	97.0	96.6	94.9	90.3	95.5	91.0	89.5	95.8	96.2	94.5	92.1	92.1	81.5	2.4	513	
ยากจน	96.0	94.6	93.6	86.4	93.3	91.7	86.7	94.3	95.0	93.1	87.1	87.1	53.1	4.0	654	
ปานกลาง	97.2	97.1	96.6	86.4	91.7	91.5	87.5	95.7	95.6	95.2	86.9	86.9	77.2	2.5	492	
ร่ำรวย	98.9	98.4	98.0	91.1	98.5	95.6	93.9	94.5	97.5	97.3	91.3	91.3	82.9	0.7	543	

รายการ	ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีน										จำนวน				
	วัยโรค	โปลิโอ		คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก		ตับอักเสบชนิด บี		หัด คางทูม หัดเยอรมัน	ได้ วัคซีน ครบ	ไม่ได้ วัคซีน ครบ					
		ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้งแรก	ครั้ง					ครั้ง			
ร่วรวมมาก	90.7	90.5	89.3	75.9	90.2	88.9	86.5	88.7	80.8	78.4	68.0	89.2	63.4	9.3	308

ที่มา: ตารางที่ CH.2 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขที่คำนวณมาจากค่าสังเกตที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก 25-49 ค่าสังเกต

ตารางที่ 5.20 การป้องกันบาดทะยักในทารกแรกเกิด

(หน่วย: ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ที่คลอดบุตรในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา)

รายการ	ได้รับอย่างน้อย อย่างน้อย 2 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์	ไม่ได้วัคซีนอย่างน้อย 2 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์ แต่เคยได้รับ				ได้รับ วัคซีน ป้องกัน บาดทะยัก	จำนวน
		2 ครั้ง /3 ปี	3 ครั้ง /5 ปี	4 ครั้ง /10 ปี	5 ครั้ง ตลอดชีวิต		
<b>ยอดรวม</b>	<b>51.6</b>	<b>19.2</b>	<b>2.5</b>	<b>0.7</b>	<b>0.0</b>	<b>73.9</b>	<b>2,092</b>
<b>ภาค</b>							
กรุงเทพมหานคร	60.3	17.0	0.1	0.0	0.0	77.3	231
กลาง	58.6	13.2	4.1	0.8	0.0	76.7	713
เหนือ	41.4	23.3	0.6	1.8	0.0	67.1	354
ตะวันออกเฉียงเหนือ	45.6	24.0	1.5	0.1	0.0	71.2	437
ใต้	49.4	22.6	3.8	0.5	0.0	76.2	359
<b>พื้นที่</b>							
ในเทศบาล	53.1	17.5	3.7	0.3	0.0	74.6	932
นอกเทศบาล	50.4	20.5	1.5	0.9	0.0	73.4	1,160
<b>การศึกษาของแม่</b>							
ต่ำกว่าประถมศึกษา	63	4.7	2.5	0.0	0.0	70.3	103
ประถมศึกษา	59.9	16.7	1.3	0.8	0.0	78.7	300
มัธยมศึกษา	47.3	20.2	2.9	1.0	0.0	71.4	1,173
สูงกว่ามัธยมศึกษา	54.2	21.1	2.3	0.0	0.0	77.6	514
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>							
ยากจนมาก	36.5	22.8	1.3	0.2	0.0	63.8	305
ยากจน	46.4	17.0	1.4	2.6	0.0	67.3	491
ปานกลาง	56.2	22.0	2.1	0.2	0.0	80.5	425
ร่ำรวย	56.4	15.8	5.2	0.0	0.0	77.5	540
ร่ำรวยมาก	56.7	21.1	1.1	0.0	0.0	78.9	331

ที่มา: ตารางที่ CH.3 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

## ด้านที่ 20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ

ภายหลังการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก เด็กควรได้รับอาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับช่วงอายุ เมื่อพิจารณาถึงการได้รับอาหารของเด็กอายุ 6-23 เดือน พบว่า เด็กร้อยละ 84.6 ได้รับอาหารตามจำนวนมื้ออาหารขั้นต่ำที่ควรได้รับ (ตารางที่ 5.21) ส่วนร้อยละของเด็กที่ได้รับอาหารที่มีความหลากหลายหรือมีอาหารอย่างน้อย 4 กลุ่ม มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อยเหลือเพียงร้อยละ 75 ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพอาหารและสารอาหารที่ได้รับสำหรับกลุ่มที่เปราะบาง นอกจากนี้ ผลการสำรวจยังพบว่า เด็กที่มีอายุ 18-23 เดือน มีร้อยละการได้รับอาหารที่หลากหลายร้อยละ 86 ซึ่งสูงกว่าเด็กอายุ 6-8 เดือน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 33.4

นอกจากนี้ หากพิจารณาตัวชี้วัดการได้รับอาหารขั้นต่ำที่ยอมรับได้พบว่า ร้อยละ 55.6 ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหาร ส่วนเด็กที่มีอายุ 6-8 เดือนได้รับอาหารขั้นต่ำที่ยอมรับได้ร้อยละ 22.7 ซึ่งต่ำกว่าเด็กอายุ 18-23 เดือน (ร้อยละ 67.8) ประมาณ 3 เท่า ในทำนองเดียวกัน ร้อยละ 26.9 ของเด็กเล็กที่แม่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาได้รับอาหารอย่างพอเพียงตามขั้นต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 58.8 ของเด็กที่แม่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า หลังการคลอดมีการตรวจสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ในช่วง 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 42, 48, 60, 72 เดือน และมีคำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เมื่อเข้าเด็กถึงวัยเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและพบว่าขาดสารอาหารโรงเรียนจะเติมไข่ ธาตุเหล็ก ให้เป็นรายบุคคล

ประเด็นด้านอาหารปลอดภัย เป็นประเด็นที่ยากต่อการควบคุม เนื่องจากขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกการบริโภคของพ่อแม่รวมถึงสถานะทางสังคม ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้คอยให้คำแนะนำและสำรวจสภาพความเป็นอยู่ของเด็กก่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อรายงานต่อสถานีนอนามัย ในกรณีที่พบว่ามีปัญหาจะทำการเข้าช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

เมื่อเด็กอายุถึงเกณฑ์ที่จะเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย และเข้ารับบริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย คุณครูจะเป็นผู้คอยดูแล ทั้งในด้านการแนะนำผู้ปกครองในการจำกัดอาหารเมื่อเด็กเริ่มน้ำหนักเกิน และแนะนำให้สร้างแรงจูงใจให้เด็กรับประทานอาหารเมื่อน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ คุณครูยังเป็นผู้ส่งข้อมูลเกี่ยวกับร้านอาหารที่จำหน่ายบริเวณโรงเรียนให้แก่หน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามาทำการตรวจสอบหากพบว่าเด็กรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์หรืออาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพจากร้านค้าภายนอก อย่างไรก็ตามปัจจุบันการดำเนินการให้บริการของทั้งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และคุณครูยังเป็นไปในเชิงให้ความรู้ ไม่สามารถบังคับหรือควบคุมพฤติกรรมกการบริโภคของแต่ละบุคคลได้

## ด้านที่ 21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญโรคหนึ่งของการเสียชีวิตของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการสำรวจพบว่า (ตารางที่ 5.22) ความชุกตามช่วงเวลาของโรคเท่ากับร้อยละ 4.9 โดยภาคเหนือมีความชุกมากที่สุดร้อยละ 6.6 ขณะที่ภาคกลางมีความชุกต่ำที่สุดร้อยละ 3.5 ช่วงอายุของเด็กที่พบบ่อยที่สุดคือ อายุ 12-23 เดือน (ร้อยละ 7.5) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เด็กเลิกกินนมจากมารดาพอดี ผลการสำรวจยังพบอีกว่าร้อยละ 70.7 ของเด็กที่ท้องร่วงจะเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล โดยส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 43.5) โดยเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวยมากได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลเอกชนสูงสุด (ร้อยละ 79.7) ทั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่ามีเด็กอีกจำนวนร้อยละ 25.4 ไม่ได้รับคำแนะนำหรือการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นโรคท้องร่วง โดยสูงที่สุดจะอยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 39.9) และภาคกลาง (ร้อยละ 32.4) ส่วนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับการรักษาพยาบาลสูงสุด (ร้อยละ 78.5 และ ร้อยละ 77.5) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นพบว่าได้รับคำแนะนำหรือการรักษาอาการท้องร่วงมากขึ้น

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า ไม่มีการเสริมสังกะสีอยากเป็นระบบ จะให้เมื่อพบว่ามีเด็กอุจจาระร่วง ซึ่งมักเป็นการให้ในโรงเรียนและสถานีนอนมัย ต่างจากการให้ยาเป็นระบบเหมือนธาตุเหล็ก ไอโอดีนและโพลีค ที่จัดให้ทุกคนเมื่อเข้าสู่ระบบฝากครรภ์

ตารางที่ 5.21 การได้รับอาหารของเด็กเล็ก (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 6-23 เดือน)

รายการ	ร้อยละของเด็กที่ได้รับ			จำนวน เด็กอายุ 6-23 เดือน
	ความหลากหลาย ของอาหารชนิดต่างที่ต่อได้รับ	จำนวนมื้ออาหาร ขั้นต่ำที่ได้รับ	การได้รับอาหาร ขั้นต่ำที่ยอมรับได้	
<b>ยอดรวม</b>	<b>75.0</b>	<b>84.6</b>	<b>55.6</b>	<b>3,484</b>
<b>เพศ</b>				
ชาย	73.7	84.1	53.7	1,944
หญิง	76.5	85.1	57.9	1,540
<b>อายุของเด็ก (เดือน)</b>				
'6-8	33.4	76.7	22.7	588
'9-11	79.8	79.7	54.5	385
'12-17	82.3	83.6	60.1	1,356
'18-23	86.0	91.2	67.8	1,154
<b>ภาค</b>				
กรุงเทพมหานคร	81.2	91.2	64.1	292
กลาง	69.1	82.1	53.1	1,062
เหนือ	73.5	90.1	54.3	650
ตะวันออกเฉียงเหนือ	80.4	82.8	57.2	917
ใต้	75.6	82.1	55.0	563
<b>พื้นที่</b>				
ในเทศบาล	76.6	85.5	59.1	1,413
นอกเทศบาล	73.8	83.9	83.2	2,070
<b>การศึกษาของแม่</b>				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	66.8	64.6	26.9	194
ประถมศึกษา	77.4	88.5	58.8	942
มัธยมศึกษา	75.8	83.8	56.0	1,657
สูงกว่ามัธยมศึกษา	72.0	87.0	59.0	688



รายการ	ร้อยละของเด็กที่ได้รับ			จำนวน เด็กอายุ 6-23 เดือน
	ความหลากหลาย ของอาหารชนิดที่ต่อมได้รับ	จำนวนมื้ออาหาร ขั้นต่ำที่ได้รับ	การได้รับอาหาร ขั้นต่ำที่ยอมรับได้	
ยากจนมาก	86.5	81.5	53.9	656
ยากจน	76.2	82.6	51.5	852
ปานกลาง	85.0	89.5	64.1	687
ร่ำรวย	69.9	84.7	54.1	824
ร่ำรวยมาก	64.8	85.1	56.3	465

ที่มา: ตารางที่ NU.8 จากระายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

ตารางที่ 5.22 การรักษาก่อนการท้องร่วง (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 0-59 เดือน)

รายการ	มีอาการท้องร่วง			ได้รับคำแนะนำหรือการรักษาจาก					
	ท้องร่วง	จำนวนเด็กอายุ 0 -59 เดือน	ร้อยละ	เอกชน	ผู้ใช้บริการในชุมชน	แหล่งอื่น	รวมทุกสถานพยาบาล	ไม่ได้รับการรักษา	จำนวนเด็กที่ท้องร่วง
<b>ยอดรวม</b>	<b>4.9</b>	<b>12,250</b>	<b>43.5</b>	<b>36.9</b>	<b>0.8</b>	<b>1.6</b>	<b>70.7</b>	<b>25.4</b>	<b>598</b>
<b>เพศ</b>									
ชาย	4.9	6,392	39.7	42.4	0.7	2.0	73.8	22.9	315
หญิง	4.8	5,858	47.7	30.9	0.8	1.3	67.1	28.2	283
<b>ภาค</b>									
กรุงเทพมหานคร	3.8	1,146	-	-	-	-	-	-	44
กลาง	3.5	3,546	44.9	33.5	0.0	2.3	63.6	32.4	122
เหนือ	6.6	2,084	48.4	36.3	0.8	0.3	78.5	15.9	137
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.3	3,545	52.7	39.2	1.3	2.2	77.5	18.8	187
ใต้	5.6	1,929	33.4	27.6	1.1	2.3	56.3	39.9	109
<b>พื้นที่</b>									
ในเทศบาล	4	4,988	32.8	41.7	0.4	0.7	64.8	32.7	200
นอกเทศบาล	5.5	7,262	48.9	34.5	0.9	2.1	73.6	21.8	398
<b>อายุ (เดือน)</b>									
'0-11	4.2	2,111	38.6	42.9	0.0	0.4	80.0	18.8	89
'12-23	7.5	2,510	46.7	36.3	0.2	3.0	73.4	23.3	188
'24-35	6.4	2,550	43.1	38.3	1.3	1.7	65.0	27.8	164
'36-47	4.3	2,560	35.3	34.3	1.7	1.0	65.4	33.8	110
'48-59	1.9	2,519	60.3	29.9	0.4	0.2	73.8	18.3	47
<b>การศึกษาของแม่</b>									
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.6	587	-	-	-	-	-	-	21
ประถมศึกษา	6.2	3,557	55.3	27.3	0.9	2.8	74.3	21.9	222
มัธยมศึกษา	4.5	3,562	40.6	36.7	0.2	1.0	70.4	27.9	251
สูงกว่ามัธยมศึกษา	4.4	2,537	25.3	57.8	2.0	1.0	62.7	27.0	104

รายการ	มีอาหารท้องร่วง		ได้รับคำแนะนำหรือการรักษาจาก						
	ท้องร่วง	จำนวนเด็ก อายุ 0 -59 เดือน	ร้อยละ	เอกชน	ผู้ให้บริการ ในชุมชน	แหล่งอื่น	รวมทุก สถานพยาบาล	ไม่ได้รับ การรักษา	จำนวนเด็ก ที่ท้องร่วง
กลุ่มดัชนีความมั่นคง									
ยากจนมาก	6.2	2,565	47.9	30.9	0.7	3.5	75.3	20.6	154
ยากจน	6.2	2,675	50.0	26.2	0.4	0.3	70.2	28.9	165
ปานกลาง	3.9	2,366	54.2	30.9	3.2	3.2	64.3	31.0	93
ร่ำรวย	4.2	2,727	30.5	38.4	0.0	0.7	66.2	31.7	114
ร่ำรวยมาก	3.8	1,917	26.1	79.7	0.0	0.1	76.9	10.6	72

ที่มา: ตารางที่ CH.5 จากระายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขที่คำนวณจากค่าสังเกตที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนัก 25-49 ค่าสังเกต

## ด้านที่ 22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน

เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ควรได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ หากสารอาหารที่ได้รับมีปริมาณน้อยเกินไปจนเกิดภาวะขาดโภชนาการ เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้ ผลการสำรวจภาวะโภชนาการและการเจริญเจริญเติบโตของเด็กสามารถวัดได้ด้วยคุณลักษณะของเด็ก 3 ประการคือน้ำหนักเทียบอายุ (วัดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน) ส่วนสูงเทียบอายุ (ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง) และน้ำหนักเทียบส่วนสูง (วัดภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันและภาวะอ้วน) จากตารางที่ 5.23 แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนร้อยละ 6.7 และร้อยละ 1.5 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลางและมาตรฐานรุนแรงตามลำดับ โดยเด็กผู้ชายจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลางสูงกว่าเด็กผู้หญิง แต่เด็กผู้หญิงจะมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับรุนแรงสูงกว่าเด็กผู้ชาย ขณะที่เด็กในภาคใต้มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลางสูงกว่าเด็กในภูมิภาคอื่น ๆ แต่เด็กในภาคกลางมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับรุนแรงสูงกว่าเด็กในภูมิภาคอื่น ๆ ทั้งนี้ เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลางและรุนแรงจะอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล

เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการของเด็กตามช่วงอายุจะพบว่าเด็กแรกเกิดในช่วงอายุ 0-5 เดือนจะประสบปัญหา น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ระดับปานกลางและรุนแรงสูงสุด สำหรับความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของมารดา ผลการสำรวจไม่พบรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่ชัด แต่พบว่าเด็กที่มารดาที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานทั้งระดับปานกลางและระดับรุนแรงสูงกว่าเด็กที่มารดาจบการศึกษาระดับอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ภาวะโภชนาการของเด็กจะมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการสำรวจการเจริญเติบโตของเด็ก (ตารางที่ 5.23) พบว่า เด็กร้อยละ 10.5 และร้อยละ 2.6 มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังระดับปานกลางและระดับรุนแรงหรือมีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ โดยเพศชายจะประสบปัญหา มากกว่าเพศหญิงทั้งสองระดับ และเด็กในภาคใต้จะประสบปัญหาภาวะเฉียบพลันกว่าภูมิภาคอื่น ๆ เช่นเดียวกับเด็กนอกเขตเทศบาล หากพิจารณาตามช่วงอายุของเด็กจะพบว่า เด็กที่มีอายุ 1 ถึง 3 ขวบจะประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังในสัดส่วนที่สูง ขณะที่เด็กที่มีช่วงอายุ 0-5 เดือนจะประสบปัญหาทุพโภชนาการรุนแรงสูงสุด โดยเด็กที่มารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนจะประสบปัญหาทุพโภชนาการระดับปานกลางสูงสุด

เมื่อพิจารณาภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันพบว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบร้อยละ 5.4 ประสบปัญหาภาวะโภชนาการเฉียบพลัน โดยเด็กเพศชายและเด็กเพศหญิงมีจำนวนพอๆกัน โดยจะเป็นเด็กที่อยู่ในภาคใต้ และอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล โดยเด็กช่วงอายุ 0-5 เดือนจะประสบปัญหาในสัดส่วนมากที่สุด เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับการศึกษาของมารดาและฐานะของครัวครัวพบว่าส่วนใหญ่สัดส่วนจะสูงในมารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและมีฐานะยากจน

สุดท้ายเมื่อพิจารณาภาวะอ้วน พบว่ามีเด็กร้อยละ 8.2 ประสบปัญหาภาวะอ้วน โดยเด็กเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และเป็นเด็กที่อยู่ในกรุงเทพมหานครสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ เช่นเดียวกับเด็กในเขตเทศบาลสูง

กว่าเด็กนอกเขตเทศบาล โดยช่วยอายุที่เด็กจะประสบปัญหาโรคอ้วนจะเกิดในช่วงอายุ 24-35 เดือน และมารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา แต่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะร่ำรวยและร่ำรวยมากที่สุด

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า ในประเทศไทยปัญหาเด็กขาดสารอาหารไม่พบบมากนัก ส่วนใหญ่พบเป็นเด็กอ้วน การแก้ไขทำได้เพียงแนะนำและให้ความรู้ผู้ปกครองเมื่อมาตรวจสุขภาพ หรือเมื่อเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยคุณครูจะทำการเพิ่มสารอาหารให้ในกรณีขาดสารอาหาร แต่หากอ้วน คุณครูจะให้ทานผัก

### ด้านที่ 23 การถ่ายพยาธิ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า ในประเทศไทยไม่มีบริการในส่วนนี้ ปัจจุบันเป็นการพิจารณาแนะนำรายบุคคลโดยแพทย์จะให้คำแนะนำเมื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพ การให้ยาถ่ายพยาธิ จะให้เป็นรายกรณีที่แพทย์พบว่าเข้าข่ายผอมเกินไป จะแนะนำให้ผู้ปกครองถ่ายพยาธิให้กับบุตรหลาน ยังไม่มีบริการถ่ายพยาธิให้กับเด็กทุกคน

ตารางที่ 5.23 ภาวะโภชนาการของเด็ก (หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำแนกตามตัวชี้วัดโภชนาการ)

รายการ	น้ำหนักเทียบอายุ			ความสูงเทียบอายุ			น้ำหนักเทียบความสูง			
	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน		จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง		จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน		ภาวะอ้วนรุนแรง	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
	ปานกลาง	รุนแรง		ปานกลาง	รุนแรง		ปานกลาง	รุนแรง		
<b>ยอดรวม</b>	6.7	1.5	11,189	10.5	2.6	11,008	5.4	1.4	8.2	10,942
<b>เพศ</b>										
ชาย	7.6	1.3	5,870	11.5	3.1	5,764	5.5	1.3	8.8	5,714
หญิง	5.6	1.7	5,319	9.4	2.1	5,243	5.2	1.6	7.5	5,228
<b>ภาค</b>										
กรุงเทพมหานคร	4.4	0.9	806	7.9	1.8	756	3.6	0.7	9.1	746
กลาง	6.8	2.3	3,219	11.8	3.2	3,165	5.2	1.8	8.8	3,162
เหนือ	6.9	1.4	2,001	9.8	2.2	1,975	5.2	1.1	8.2	1,971
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.6	0.7	3,369	8.7	1.6	3,352	4.8	1.0	7.9	3,312
ใต้	9.1	1.9	1,795	13.6	4.0	1,760	7.8	2.2	7.3	1,751
<b>พื้นที่</b>										
ในเทศบาล	4.9	1.2	4,403	9.8	1.9	4,292	4.4	1.4	8.5	4,278
นอกเทศบาล	7.8	1.7	6,786	11.0	3.0	6,716	6.0	1.5	8.0	6,664
<b>อายุของเด็ก (เดือน)</b>										
0-5	11.6	5.4	980	11.4	5.6	919	12.4	2.5	3.7	916
6-11	4.5	1.3	920	8.7	1.9	894	3.9	1.3	2.8	894
12-17	6.2	0.9	1,236	11.5	1.7	1,199	4.4	1.2	3.8	1,198
18-23	5.4	1.1	1,072	12.2	3.1	1,041	5.1	2.0	9.3	1,040
24-35	7.1	1.0	2,342	12.7	4.2	2,322	5.4	1.4	10.9	2,286
36-47	5.6	1.5	2,349	9.5	1.5	2,338	4.0	1.4	9.3	2,323
48-59	6.8	0.9	2,291	8.4	1.3	2,294	5.2	1.0	10.2	2,285

รายการ	น้ำหนักเทียบอายุ			ความสูงเทียบอายุ			น้ำหนักเทียบความสูง			
	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน		จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง		จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน		ภาวะอ้วน	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
	ปานกลาง	รุนแรง	ปานกลาง	รุนแรง	ปานกลาง	รุนแรง	ปานกลาง	รุนแรง		
<b>การศึกษารายแม่</b>										
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5.5	0.7	503	16.6	2.0	483	8.6	1.8	10.2	487
ประถมศึกษา	6.9	1.6	3,318	9.9	2.2	3,273	5.2	1.4	7.2	3,269
มัธยมศึกษา	7.2	1.9	5,113	10.9	2.4	5,032	5.3	1.6	8.5	4,989
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5.2	0.7	2,249	9.2	3.6	2,215	5.0	1.0	8.6	2,191
ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	(12.2)	(5.1)	6	(23.8)	(20.1)	6	(7.4)	(2.6)	(16.8)	6
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>										
ยากจนมาก	9.9	2.3	2,464	13.1	2.1	2,433	6.1	2.2	7.5	2,431
ยากจน	6.6	1.2	2,511	10.6	2.8	2,471	5.9	2.5	7.5	2,459
ปานกลาง	5.8	1.3	2,156	9.3	1.6	2,126	6.6	0.8	8.2	2,098
ร่ำรวย	5.1	1.6	2,410	8.0	2.7	2,352	3.8	0.7	9.8	2,337
ร่ำรวยมาก	5.3	0.8	1,648	11.8	4.2	1,626	4.1	0.5	8.0	1,617

ที่มา: ตารางที่ NU.2 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559



## โปรแกรมที่ 5: โปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียน ตั้งแต่เด็กอายุ 3 ถึง 6 ปี

### ด้านที่ 24 การศึกษาก่อนระดับประถมศึกษา

การเข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษาเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนามนุษย์ จากผลการสำรวจ (ตารางที่ 5.24) พบว่า เด็กอายุ 36-59 เดือน (3-5 ขวบ) จำนวนร้อยละ 84.7 ได้เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย เป็นที่น่าแปลกใจว่า เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 92.8) ขณะที่ กรุงเทพมหานครกลับมีสัดส่วนต่ำที่สุด (ร้อยละ 63.4) และเด็กนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนเด็กได้เข้าเรียน หลักสูตรปฐมวัยสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 86.8 และร้อยละ 81.6) อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีอายุ 3-4 ขวบจะมีสัดส่วนการเข้าเรียนต่ำกว่าเด็กที่มีอายุ 4-5 ขวบ (ร้อยละ 75.4 และร้อยละ 94.1) เช่นเดียวกับระดับ การศึกษาของมารดาที่เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการเข้าเรียนในระดับปฐมวัยของบุตร อย่างไรก็ตามพบความ แตกต่างเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบตามฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (อัตราการเข้าเรียนคิดเป็นร้อยละ 81.5 ถึงร้อยละ 87.2)

จากการเข้าสัมภาษณ์ การให้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่าง ๆ จะให้บริการฟรี แต่จำกัดอยู่ที่เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป ทั้งนี้ เงื่อนไขใน การให้บริการยังขึ้นอยู่กับศักยภาพและข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเหล่านั้นด้วย โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองมักจำกัดการให้บริการแก่ประชาชนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต พื้นที่เท่านั้น เนื่องจากมีผู้ย้ายถิ่นมาอาศัยและทำงานอยู่ในเขตพื้นที่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่ ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กไม่มีศักยภาพในการให้บริการแก่เด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่ได้ ในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งอยู่ในเขต พื้นที่ชนบท มักสามารถให้บริการกับเด็กเล็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ได้ทั้งหมด โดยจำนวนเด็กเล็กที่เข้ารับบริการมี ระดับลดลงเรื่อย ๆ ในช่วงที่ผ่านมา ส่งผลให้เด็กเล็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ย้ายถิ่นมาทำงานในเขตพื้นที่เมืองจะมี ปัญหาไม่สามารถเข้ารับบริการของศูนย์เด็กเล็ก มากกว่าเด็กเล็กที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท

การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยภายใต้ อปท. ในปัจจุบัน ยังประสบปัญหาเพิ่มเติม อาทิ การ ขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองและผู้บริหาร อปท. เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาด้านสติปัญญาที่เหมาะสม กับวัย ส่งผลให้มีการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นให้ความรู้ด้านวิชาการมากเกินไป หรืออาจใช้สื่อเทคโนโลยีในการ เลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมกับวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมักได้รับการจัดสรรงบประมาณในส่วนของบุคลากรไม่ เพียงพอ โดยเฉพาะการที่ อปท. ต้องทำตามเงื่อนไขในมาตรา 35 ของพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงาน บุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าตอบแทนบุคลากรต้องมีสัดส่วนไม่เกินร้อย ละ 40 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ อปท. ในขณะที่ บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งยังมี จำนวนและคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานที่มีการกำหนดขึ้นจากส่วนกลาง การต่อหรือขอใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพครูของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังคงมีปัญหา เนื่องจากครุสภาไม่ให้การรับรองตำแหน่งครูผู้ดูแลเด็กของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นอกจากนี้ ภาระงานของครูผู้ดูแลและเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีเพิ่มเติมมากกว่าการ จัดการเรียนการสอน อาทิ งานธุรการ การจัดซื้อจัดจ้าง การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของทาง อปท. เป็นต้น

นอกจากปัญหาข้างต้นแล้ว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้สังกัด อปท. ในปัจจุบันยังไม่ให้บริการแก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ส่งผลให้พ่อแม่ที่ทำงานอยู่กับหน่วยงานต่าง ๆ ประสบปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กในช่วง 3 เดือนถึง 2

ปี เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วแม่สามารถใช้สิทธิลาคลอดได้ไม่เกิน 3 เดือนเท่านั้น โดยข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของบุคลากรในศูนย์เด็กเล็กในเขตเมืองหลายแห่งพบว่าแม่เด็กส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในด้านค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในช่วงลาคลอด เนื่องจากมักได้รับเงินชดเชยจากสำนักงานประกันสังคมเพียงด้านเดียว ไม่ได้รับเงินเดือนจากทางนายจ้างแต่อย่างใด ในช่วงลาคลอด ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องกลับไปทำงานเร็วกว่าสิทธิลาคลอด 3 เดือน โดยภายหลังจากที่แม่เด็กกลับไปทำงานดังกล่าว เด็กเล็กมักอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้การดูแลแก่เด็กเล็กทั้งทางด้านกายภาพและด้านความรู้ความเข้าใจ หรือเด็กเล็กอาจถูกส่งไปอยู่กับศูนย์ดูแลเด็กเล็กเอกชน ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายด้านคุณภาพในปัจจุบัน โดยศูนย์ดูแลเด็กเอกชนคุณภาพดีจะมีค่าใช้จ่ายในระดับสูง ในขณะที่ ศูนย์ดูแลเด็กเอกชนที่ราคาไม่แพงมักจะมีคุณภาพไม่ดีหรืออาจไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลจากหน่วยงานของรัฐอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

### ด้านที่ 25 การศึกษาต่อระดับปฐมศึกษา

เด็กในช่วงอายุ 6 ปี นับเป็นช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญจากระดับการศึกษาก่อนปฐมศึกษาไปยังระดับปฐมศึกษา ตารางที่ 5.25 แสดงสัดส่วนของเด็กที่กำลังเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า ร้อยละ 98.7 ได้เข้าเรียนระดับอนุบาลมาก่อน ซึ่งสัดส่วนของเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงไม่แตกต่างกันมากนัก ขณะที่เด็กที่กำลังเรียนในระดับ ป.1 ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เข้าเรียนในระดับอนุบาลครบทุกคน นอกจากนี้ พบความแตกต่างเพียงเล็กน้อยระหว่างเด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 97.1 และร้อยละ 99.9) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างระดับการศึกษาของมารดาและสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับสัดส่วนการเข้าเรียนในระดับปฐมศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาระดับปฐมศึกษาเป็นการศึกษาภาคบังคับและไม่เสียค่าเทอมหากเข้าเรียนในโรงเรียนของรัฐ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การศึกษาต่อระดับปฐมศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการส่งต่อจากศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์พบว่าเด็กในวัย 0-3 ปี หากเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฐมวัย จะไม่มีปัญหาในการเข้าศึกษาต่อในระดับปฐมศึกษาเนื่องจาก คุณครูจากโรงเรียนปฐมศึกษาจะเข้ามาให้ข้อมูลการศึกษาต่อที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย โดยจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ทำให้เกิดการส่งต่อเด็กปฐมวัยจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปสู่โรงเรียนได้อย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า เด็กที่ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฐมวัย จะมีโอกาสเข้าสู่โรงเรียนที่ดีเนื่องจากเด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์และมีความพร้อมในการเรียนรู้ในระดับต่อไป เมื่อต้องเข้ารับการประเมินในระดับโรงเรียนปฐมศึกษาจึงมักจะได้รับคัดเลือกให้เข้าสู่โรงเรียนง่ายกว่าเด็กที่ไม่ได้ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการเข้าศึกษาต่อระดับปฐมของเด็ เป็นปัญหาที่พบกับเด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่เป็นตายายมีความคิดเห็นว่าเด็กอายุ 0-3 ปี ยังเด็กเกินไปที่จะเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมไปถึงเด็กที่ต้องอพยพย้ายที่อยู่อาศัยตามสถานที่ทำงานของพ่อแม่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยได้ตามเกณฑ์ที่อยู่อาศัย การขาดโอกาสเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพตามช่วงวัยนี้ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้เมื่อสู่โรงเรียนปฐมศึกษา มักมีพัฒนาการด้านสังคมและความพร้อมในการเรียนรู้ที่ช้ากว่าเด็กที่ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

เป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กที่ขาดโอกาสเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยนี้ เป็นเด็กในครอบครัวที่ยากจนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพเด็กในแต่ละช่วงวัย รวมถึงกลุ่มเด็กที่ต้องอพยพย้ายถิ่นอาศัยไปเรื่อย ๆ ก็เป็นผลมาจากสถานภาพทางสังคมของพ่อแม่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี แต่ยังมีผลต่อช่วงอายุอื่นของชีวิตที่ต้องขาดโอกาสในด้านอื่น ๆ อันเป็นผลมาจากความยากจนและการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง

ตารางที่ 5.24 การเข้าเรียนในระดับปฐมวัย

(หน่วย: ร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือนที่กำลังเรียนในหลักสูตรปฐมวัย)

รายการ	ร้อยละของเด็กอายุ 36 -59 เดือน ที่กำลังเรียนในหลักสูตรปฐมวัย	จำนวนเด็ก เด็กอายุ 36-59 เดือน
<b>ยอดรวม</b>	<b>84.7</b>	<b>5,079</b>
<b>เพศ</b>		
ชาย	84.2	2,580
หญิง	85.1	2,499
<b>ภาค</b>		
กรุงเทพมหานคร	63.4	500
กลาง	82.4	1,439
เหนือ	89.2	794
ตะวันออกเฉียงเหนือ	92.8	1,564
ใต้	81.5	781
<b>พื้นที่</b>		
ในเทศบาล	81.6	2,093
นอกเทศบาล	86.8	2,986
<b>อายุ (ปี)</b>		
36-47 เดือน	75.4	2,560
48-59 เดือน	94.1	2,519
<b>การศึกษาของแม่</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	64.1	215
ประถมศึกษา	85.8	1,690
มัธยมศึกษา	85.1	2,122
สูงกว่ามัธยมศึกษา	86.2	1,050
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>		
ยากจนมาก	86.3	1,196
ยากจน	87.2	1,030
ปานกลาง	84.4	919
ร่ำรวย	81.5	1,086
ร่ำรวยมาก	83.5	848

ที่มา: ตารางที่ CD.1 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขในวงเล็บไม่สามารถนำเสนอได้ เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนักน้อยกว่า 25 ค่าสังเกต

ตารางที่ 5.25 ความพร้อมในการเข้าโรงเรียน

(หน่วย: ร้อยละของเด็กที่กำลังเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และได้เข้าเรียนในระดับอนุบาลปีที่แล้ว)

รายการ	ร้อยละของเด็กที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และได้เข้าเรียนในระดับอนุบาลในปีที่ผ่านมา	จำนวนเด็กที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
<b>ยอดรวม</b>	98.7	1,155
<b>เพศ</b>		
ชาย	99.2	585
หญิง	98.3	570
<b>ภาค</b>		
กรุงเทพมหานคร	96.7	119
กลาง	96.6	306
เหนือ	100.0	175
ตะวันออกเฉียงเหนือ	100.0	356
ใต้	99.8	200
<b>พื้นที่</b>		
ในเทศบาล	97.1	488
นอกเทศบาล	99.9	667
<b>การศึกษาของแม่</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	44
ประถมศึกษา	99.2	479
มัธยมศึกษา	97.5	420
สูงกว่ามัธยมศึกษา	100	211
<b>กลุ่มดัชนีความมั่นคง</b>		
ยากจนมาก	99.9	211
ยากจน	97.9	188
ปานกลาง	100	278
ร่ำรวย	99.6	227
ร่ำรวยมาก	96.1	251

ที่มา: ตารางที่ ED.2 จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559

หมายเหตุ: (.) ตัวเลขในวงเล็บไม่สามารถนำเสนอได้ เนื่องจากขนาดตัวอย่างที่ยังไม่ถ่วงน้ำหนักน้อยกว่า 25 ค่าสังเกต

## 5.2 ผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัย

เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุต่าง ๆ ทั้ง 25 ด้าน โดยเป็นการให้คะแนนด้วยการใช้สัดส่วนเด็กที่ผ่านเกณฑ์แต่ละด้านต่อจำนวนเด็กทั้งหมด (เกณฑ์ในแต่ละด้านดังปรากฏในตารางที่ 5.26) ซึ่งคะแนนแต่ละตัวชี้วัด แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การจำแนกดังนี้

คะแนน 91-100	= ดีมาก
คะแนน 81-90	= ดี
คะแนน 71-80	= พอใช้
คะแนน 61-70	= แก้ไข
คะแนน ต่ำกว่า 60	= แก้ไขเร่งด่วน

### โปรแกรมที่ 1: โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงเด็กอายุ 6 ปี

#### ด้านที่ 1 การศึกษาของผู้เป็นแม่

ช่วงอายุที่เพศหญิงมีบุตรคนแรกสูงที่สุดคืออายุ 15 ถึง 20 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงแค่มัธยมศึกษาเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังไม่น่าจะมีความพร้อมทั้งทางฐานะเศรษฐกิจและวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้น ร้อยละของจำนวนมารดาที่มีการศึกษาเทียบเท่าหรือสูงกว่ามัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 63.2 จัดอยู่ในเกณฑ์ต้องแก้ไข

#### ด้านที่ 2 การวางแผนครอบครัว

ในภาพรวมผู้หญิงอายุ 15-49 ปีที่สมรสแล้วหรืออยู่กินฉันสามี-ภรรยา มีสัดส่วนการคุมกำเนิดร้อยละ 78.4 จัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แต่สิ่งที่น่ากังวลคือ ผู้หญิงที่สมรสแล้วที่มีอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำที่สุดคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 69.2

#### ด้านที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ

การมีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ MICS ในทุก ๆ ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) การเข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย 2) การเสริมสร้างการเรียนรู้ 3) การเสริมสร้างการเรียนรู้ของพ่อและแม่ 4) การมีหนังสือสำหรับเด็ก 5) การมีของเล่น 6) การมีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 7) การดูแลที่ไม่เพียงพอ และ 8) ดัชนีพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 71<sup>7</sup> เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการตามเกณฑ์ในแต่ละช่วงอายุ

<sup>7</sup> คือค่าเฉลี่ยพัฒนาการทั้ง 8 ด้าน

ทั้งนี้ หากพิจารณาเฉพาะดัชนีพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 4 ด้าน (ด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลข ด้านกายภาพ ด้านสังคมและอารมณ์ ด้านการเรียนรู้) พบว่าร้อยละ 91.1 เด็กในช่วงอายุ 36-59 เดือน มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก โดยเด็กที่มีพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้ง 4 ด้านจะแปรผันตามระดับการศึกษาของมารดาและฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือน และเด็กที่ไม่ได้เข้าเรียนในศูนย์ปฐมวัยจะมีการพัฒนาในด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลขต่ำกว่าเด็กที่เข้าเรียนหลักสูตรปฐมวัยเกือบ 2 เท่า

#### ด้านที่ 4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม

ประเทศไทยมีเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด 3 โครงการ ประกอบด้วย หนึ่ง เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดสำหรับพ่อหรือแม่ที่ประกอบอาชีพอิสระ รัฐจะให้เงินอุดหนุนสำหรับเด็กแรกเกิดจนถึง 6 ปี เดือนละ 600 บาทต่อคน เฉพาะเด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 100,000 บาทต่อคนต่อปี (รายได้ทั้งหมดของสมาชิกในครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมด ซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย) ซึ่งจะมีเด็กได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการนี้ในปี 2563 ประมาณ 1.17 ล้านคน สอง เงินสงเคราะห์บุตรสำหรับพ่อและแม่ที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม จะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 600 บาทต่อคน จนถึงอายุ 6 ปี (ไม่เกิด 3 คน) ซึ่งจะมีเด็กได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการนี้ในปี 2563 ประมาณ 1.3 ล้านคน สาม เงินช่วยเหลือบุตรสำหรับพ่อและแม่ที่เป็นข้าราชการ โดยจะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 50 บาทต่อคน จนกว่าบุตรจะอายุ 18 ปี บริบูรณ์ (บุตรไม่เกิน 3 คน) ดังนั้น เด็กแรกเกิดที่ไม่ได้รับเงินเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูจะเด็กที่ครอบครัวมีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปี (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

#### ด้านที่ 5 การป้องกันและการรักษาโรคซึมเศร้าของพ่อแม่

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การประเมินภาวะความเครียดมีเพียงในคุณแม่ในช่วงตั้งครรภ์และหลังตั้งครรภ์ แต่ของคุณพ่อไม่มีการประเมิน (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

#### ด้านที่ 6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ

แม่ที่อยู่ในระบบสวัสดิการประกันสังคมสามารถลาคลอดได้สูงสุด 98 วัน โดยจะได้รับค่าจ้างจากนายจ้างเต็มจำนวนเป็นเวลา 45 วัน และได้รับเงินชดเชยลาคลอดบุตรจากกองทุนประกันสังคม เป็นเวลา 90 วัน แต่จะได้รับค่าจ้างเพียงร้อยละ 50 ของฐานเงินเดือนที่ส่งเงินเข้ากองทุนประกันสังคม (ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน) ดังนั้น หากแม่มีเงินเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือนจะได้รับเงินชดเชยทั้งหมด 22,500 บาท จึงส่งผลให้มีแม่จำนวนหนึ่งใช้สิทธิลาคลอดเพียงแค่ 45 วันเท่านั้น

แม่ที่อยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถลาคลอดได้สูงสุด 150 วัน แต่จะได้รับค่าจ้างเต็มจำนวนในช่วง 90 วันแรก หลังจากนั้นจะไม่ได้รับค่าจ้าง และพ่อที่อยู่ในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถลาไปช่วยเหลือภรรยาคลอดได้ 15 วัน (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

ส่วนแม่ที่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนแรงงานทั้งหมดของประเทศ และมีส่วนหนึ่งเป็นลูกจ้างรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวของสถานประกอบการเอกชน แต่นายจ้างไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคม จึงไม่ได้รับสิทธิลาคลอดและเงินชดเชยจากนายจ้างและกองทุนประกันสังคมแต่อย่างใด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสิทธิการลาคลอดของพ่อและแม่ในแต่ละระบบสวัสดิการมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยพ่อแม่ที่อยู่ระบบสวัสดิการข้าราชการจะได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุด ตามมาด้วยสวัสดิการของกองทุนประกันสังคม แต่พ่อแม่ที่เป็นแรงงานนอกระบบจะเป็นกลุ่มคนที่ได้รับสวัสดิการน้อยที่สุด ถึงแม้จะทำงานในสถานประกอบการเอกชนก็ตาม

คณะผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบจำนวนวันลาตามกฎหมายของประเทศไทยกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จำนวน 193 ประเทศ<sup>8</sup> พบว่า มีจำนวน 34 ประเทศที่แม่สามารถลางานได้ 52 สัปดาห์เป็นต้นไปเพื่อเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับเงินชดเชย ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้จัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก รองลงมา มีจำนวน 19 ประเทศที่แม่สามารถลางานได้ 26-51 สัปดาห์ ซึ่งคณะผู้ศึกษาจัดอยู่ในเกณฑ์ดี ถัดไปมีจำนวน 53 ประเทศที่แม่สามารถลางานได้ 14-25 สัปดาห์ ซึ่งคณะผู้ศึกษาจัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ส่วนประเทศไทยแม่สามารถลางานได้น้อยกว่า 14 สัปดาห์ ซึ่งคณะผู้ศึกษาจัดอยู่ในเกณฑ์ต้องแก้ไข โดยมี 79 ประเทศในอยู่เกณฑ์นี้ สุดท้ายมีจำนวน 8 ประเทศที่แม่ลางานเพื่อเลี้ยงดูบุตรจะไม่ได้เงินชดเชย

## ด้านที่ 7 การคุ้มครองเด็ก

การอบอมสั่งสอนของพ่อหรือแม่ หรือคนในครอบครัวพบว่าบางครั้งอาจเป็นการใช้ความรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อเด็ก เด็กที่มีอายุ 1-14 ปี พบว่าร้อยละ 75.2 เคยถูกลงโทษโดยการทำร้ายจิตใจ หรือทำร้ายร่างกายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้ โดยส่วนใหญ่เด็กจะอยู่ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมาก

## ด้านที่ 8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าตามสิทธิเด็กทุกคนได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน โดยความแตกต่างของการเข้าถึงนั้นขึ้นอยู่กับบริบทสังคมและพื้นที่ในการดำรงชีวิตอยู่ของเด็ก (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

## ด้านที่ 9 สารอาหารเสริมรองและการเติมสารอาหาร

มีครัวเรือนร้อยละ 79.8 บริโภคเกลือที่มีไอโอดีนในปริมาณตามปริมาณตามมาตรฐาน (15 PPM) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ โดยครัวเรือนที่บริโภคเกลือที่มีไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่มีเกลือไอโอดีนส่วน

<sup>8</sup> ข้อมูลจาก <https://www.worldpolicycenter.org/policies/is-paid-leave-available-for-mothers-of-infants>



ใหญ่จะเป็นคร้วเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้ การบริโภคเกลือที่มีไอโอดีนในปริมาณตามมาตรฐาน (15 PPM ขึ้นไป) มีความสัมพันธ์ที่แปรผันตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

#### ด้านที่ 10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย

สมาชิกในครัวเรือนดื่มน้ำจากแหล่งน้ำที่สะอาดถึงร้อยละ 98 จัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ทั้งนี้ ครัวเรือนที่ใช้แหล่งน้ำที่ไม่สะอาดส่วนใหญ่หัวหน้าครัวเรือนจะมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และมีฐานะยากจนมาก

#### ด้านที่ 11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ

ผลการสำรวจการกำจัดอุจจาระเด็กอายุ 0-2 ปี พบว่า เด็กถ่ายอุจจาระด้วยวิธีการกำจัดอย่างปลอดภัยเพียงร้อยละ 41.1 จัดอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงเร่งด่วน (นิยามปัจจุบันกำหนดว่าการถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปจัดว่าเป็นวิธีที่ไม่ปลอดภัย)

#### ด้านที่ 12 การล้างมือ

ผลการสำรวจพบว่าครัวเรือนในประเทศไทยร้อยละ 81.2 มีสถานที่เฉพาะสำหรับล้างมือซึ่งมีน้ำพร้อมสบู่หรือผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอื่น ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้ การมีอุปกรณ์ล้างมืออย่างครบถ้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

### โปรแกรมที่ 2: โปรแกรมการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงการคลอด

#### ด้านที่ 13 การฝากครรภ์

ความครอบคลุมในการฝากครรภ์พบว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 98.2 ฝากครรภ์กับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัย ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ทั้งนี้ ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้ฝากครรภ์ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและอยู่ในครัวเรือนที่ยากจนมาก

#### ด้านที่ 14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครรภ์

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า การให้โฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ไม่ค่อยมีการได้รับบริการมากนัก มักจะเป็นการให้ในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด อย่างไรก็ตาม โฟลิกมีราคาไม่สูงนัก ผู้ที่มีการวางแผนมีบุตรโดยไม่ได้เข้ารับปรึกษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดหาเองได้จึงไม่พบปัญหาในประเด็นดังกล่าว (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

#### ด้านที่ 15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบมาตรฐานแก่สตรีมีครรภ์

ผลการสำรวจเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานพบว่า มีเด็กแรกเกิดร้อยละ 90.6 มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่า 2,500 กรัม) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก อย่างไรก็ตาม แม่ที่มีอายุ 35-49 ปี จะมีลูกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือ แม่ที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี

ทั้งนี้ น้ำหนักแรกคลอดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจะมีแนวโน้มความสัมพันธ์ที่แปรผันตามลำดับที่บุตรของมารดา เด็กที่มีแม่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานน้อยกว่าเด็กที่มีแม่มีการศึกษาต่ำกว่า เช่นเดียวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

### **โปรแกรมที่ 3: โปรแกรมคลอด ตั้งแต่การคลอดบุตรจนถึงเด็กอายุ 6 เดือน**

#### **ด้านที่ 16 การคลอดภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ**

จากผลการสำรวจพบว่า ผู้หญิงได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 98.6 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก แต่อย่างไรก็ตามมีผู้หญิงที่คลอดบุตรแล้วเกือบ 1 ใน 5 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอดเลย โดยเป็นส่วนใหญ่เป็นแม่ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีฐานะทางครัวเรือนยากจนและยากจนมาก

#### **ด้านที่ 17 การแจ้งเกิด**

เด็กไทยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 99.6 ได้จดทะเบียนเกิด ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก

#### **ด้านที่ 18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

เด็กที่อายุ 0-5 เดือน กินนมแม่เพียงอย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 23.1 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ แม่ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัดส่วนสูงที่สุด แต่แม่ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยมากจะมีสัดส่วนเลี้ยงลูกด้วยนมในช่วง 0-5 เดือนสูงที่สุด ส่วนระยะเวลาที่เด็กกินนมแม่เพียงอย่างเดียวแค่ 0.6 เดือน ขณะที่เด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่ฐานะร่ำรวยจะมีระยะเวลากินนมแม่เพียงอย่างเดียวสูงที่สุดคือ 1.2 เดือน

### **โปรแกรมที่ 4: โปรแกรมสุขภาพและพัฒนาการเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงเด็กอายุ 5-6 ปี**

#### **ด้านที่ 19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**

จากผลการสำรวจการได้รับวัคซีนของเด็กไทยช่วงอายุหนึ่งปีแรกพบว่าร้อยละ 79.1 เด็กไทยได้รับวัคซีนก่อนอายุครบ 12 เดือน ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าวัคซีนที่ต้องได้รับมากกว่า 1 เข็ม เข็มต่อไปจะมีสัดส่วนเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนน้อยลง นอกจากนี้ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้ออหิวาต์และไวรัสโรตา เป็นวัคซีนพื้นฐานตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก แต่ประเทศไทยเป็นวัคซีนทางเลือกที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง

#### **ด้านที่ 20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ**

หากพิจารณาตัวชี้วัดการได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหารของเด็กที่มีอายุ 6-23 เดือน พบว่ามีเพียงร้อยละ 55.6 เท่านั้นที่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหาร ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน

### ด้านที่ 21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบร้อยละ 70.7 ได้รับคำแนะนำหรือการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นโรคท้องร่วง ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์พอใช้

### ด้านที่ 22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน

เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนร้อยละ 6.7 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก อย่างไรก็ตาม เด็กแรกเกิดในช่วงอายุ 0-5 เดือนจะประสบปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับปานกลางและรุนแรงสูงสุด และมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

### ด้านที่ 23 การถ่ายพยาธิ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ของคณะผู้ศึกษาพบว่า ในประเทศไทยไม่มีบริการในส่วนนี้ ปัจจุบันเป็นการพิจารณาแนะนำรายบุคคลโดยแพทย์จะให้คำแนะนำเมื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพ การให้ยาถ่ายพยาธิ จะให้เป็นรายการที่แพทย์พบว่าเข้าข่ายผอมเกินไป จะแนะนำให้ผู้ปกครองถ่ายพยาธิให้กับบุตรหลาน ยังไม่มีบริการถ่ายพยาธิให้กับเด็กทุกคน (ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้)

## โปรแกรมที่ 5: โปรแกรมเด็กก่อนวัยเรียน ตั้งแต่เด็กอายุ 3 ถึง 6 ปี

### ด้านที่ 24 การศึกษาก่อนระดับปฐมศึกษา

เด็กอายุ 36-59 เดือน จำนวนร้อยละ 84.7 ได้เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เป็นที่น่าสนใจว่า เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ขณะที่กรุงเทพมหานครกลับมีสัดส่วนต่ำที่สุด และเด็กนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนเด็กได้เข้าเรียนหลักสูตรปฐมวัยสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล นอกจากนี้ เด็กที่มีอายุ 3-4 ขวบจะมีสัดส่วนการเข้าเรียนต่ำกว่าเด็กที่มีอายุ 4-5 ขวบ และระดับการศึกษาของมารดาที่เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการเข้าเรียนในระดับปฐมวัยของบุตร

### ด้านที่ 25 การศึกษาต่อระดับปฐมศึกษา

เด็กที่ได้ผ่านการศึกษาระดับอนุบาลมาก่อนเกือบทุกคน (ร้อยละ 98.7) ได้ศึกษาต่อในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ตารางที่ 5.26 สรุปคะแนนการประเมินคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยทั้ง 25 ด้าน

	การดูแลเด็กปฐมวัยใน 25 ด้าน (นิยามของตัวชี้วัด)	ค่าของตัวชี้วัด
<p><b>ด้านที่ 1 การศึกษาของผู้เป็นแม่</b> ร้อยละจำนวนมารดาที่มีการศึกษาเทียบเท่าหรือสูงกว่ามัธยมศึกษาต่อจำนวนมารดาที่มีอายุ 14-49 ปี</p>	63.2	
<p><b>ด้านที่ 2 การวางแผนครอบครัว</b> ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปีที่สมรสหรืออยู่กินฉันสามี-ภรรยาและกำลังคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ไม่ว่าตนเองหรือคู่สมรส)</p>	78.4	
<p><b>ด้านที่ 3 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นพัฒนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ</b> ร้อยละของเด็กในช่วงอายุต่าง ๆ ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามตัวชี้วัด MICS ในทุก ๆ ด้าน (การเข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย การเสริมสร้างการเรียนรู้ การเสริมสร้างการเรียนรู้ของพ่อแม่และการมีหนังสือสำหรับเด็ก การมีของเล่น การมีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การดูแลที่ไม่เพียงพอ ดัชนีพัฒนาการเด็กปฐมวัย)</p>	71.0	
<p><b>ด้านที่ 4 ระบบการช่วยเหลือทางสังคม</b> ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้</p>	N/A	
<p><b>ด้านที่ 5 การป้องกันและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมของพ่อแม่</b> ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้</p>	N/A	
<p><b>ด้านที่ 6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ</b> แม่สามารถลาทำงานโดยได้รับเงินชดเชยน้อยกว่า 14 สัปดาห์</p>	61-70	
<p><b>ด้านที่ 7 การคุ้มครองเด็ก</b> ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปีที่ถูกกลังโทษโดยการทำร้ายจิตใจ หรือทำร้ายร่างกายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</p>	75.2	
<p><b>ด้านที่ 8 การเข้าถึงบริการสุขภาพ</b> ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้</p>	N/A	
<p><b>ด้านที่ 9 สารอาหารเสริมรองและการเติมสารอาหาร</b> ร้อยละของครัวเรือนที่ผลการทดสอบเกลือพบว่ามีไอโอดีนอย่างน้อย 15 ส่วนในล้านส่วน (ppm)</p>	79.8	
<p><b>ด้านที่ 10 การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัย</b> ร้อยละของสมาชิกในครัวเรือนที่ใช้น้ำดื่มจากแหล่งน้ำที่สะอาด</p>	98.0	

	ค่าของตัวชี้วัด
<p style="text-align: center;"><b>การดูแลเด็กปฐมวัยใน 25 ด้าน (นิยามของตัวชี้วัด)</b></p> <p><b>ด้านที่ 11 การสุขาภิบาลที่เพียงพอ</b> ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปีซึ่งอุจจาระที่ถ่ายครั้งสุดท้ายถูกกักจัดอย่างปลอดภัย</p> <p><b>ด้านที่ 12 การล้างมือ</b> ร้อยละของครัวเรือนที่ได้ดูสถานที่สำหรับล้างมือหรือไม่มีสถานที่ล้างมือ)</p> <p><b>ด้านที่ 13 การฝากครรภ์</b> ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปีที่คลอดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาและได้รับการตรวจครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งโดยบุคลากรประเภทใดประเภทหนึ่ง</p> <p><b>ด้านที่ 14 การเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกแก่สตรีมีครรภ์</b> ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้</p> <p><b>ด้านที่ 15 การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่ครบถ้วนแก่สตรีมีครรภ์</b> ร้อยละของบุตรเกิดมีชีวิตในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีน้ำหนักแรกเกิดสูงกว่า 2,500 กรัม</p> <p><b>ด้านที่ 16 การคลอดภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ</b> ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปีที่คลอดบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้รับการทำคลอดโดยสูตินรีแพทย์หรือแพทย์ผู้ชำนาญการ</p> <p><b>ด้านที่ 17 การแจ้งเกิด</b> ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่จดทะเบียนเกิด</p> <p><b>ด้านที่ 18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b> ร้อยละของการกอดูต่ำกว่า 6 เดือน ที่กินนมแม่อย่างเดียว</p> <p><b>ด้านที่ 19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b> ร้อยละของเด็กอายุ 12-23 เดือนที่ได้รับวัคซีนครบตามคำแนะนำในตารางการฉีดวัคซีนของประเทศก่อนมีอายุครบ 1 ปี</p> <p><b>ด้านที่ 20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ</b> ร้อยละของเด็กอายุ 6-23 เดือน ที่ได้รับนมอย่างน้อย 2 ครั้ง และจำนวนประเภทของอาหารที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรได้รับในระหว่างวันที่ผ่านมา</p> <p><b>ด้านที่ 21 การเสริมธาตุสังกะสีสำหรับการรักษาโรคอุจจาระร่วง</b> ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีอาการท้องร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งได้รับคำปรึกษาหรือการรักษาจากสถานบริการ หรือผู้ให้บริการตามสุขภาพ</p> <p><b>ด้านที่ 22 การป้องกันและการรักษาโรคขาดสารอาหารอย่างเฉียบพลัน</b></p>	<p>41.1</p> <p>81.2</p> <p>98.2</p> <p>N/A</p> <p>90.6</p> <p>98.6</p> <p>99.6</p> <p>23.1</p> <p>79.1</p> <p>55.6</p> <p>70.7</p>

การดูแลเด็กปฐมวัยใน 25 ด้าน (นิยามของตัวชี้วัด)	ค่าของตัวชี้วัด
<p>ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักเมื่อเทียบกับอายุห่างจากค่ามัธยฐานตามมาตรฐานของ WHO ในช่วงต่ำกว่าสองเทาของ SD</p> <p><b>ด้านที่ 23 การถ่ายพยาธิ</b>          ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุนการให้คะแนนในด้านนี้</p> <p><b>ด้านที่ 24 การศึกษาก่อนระดับประถมศึกษา</b>          ร้อยละของเด็กอายุ 36-59 เดือน ที่กำลังเรียนในหลักสูตรปฐมวัย</p> <p><b>ด้านที่ 25 การศึกษาต่อระดับประถมศึกษา</b>          ร้อยละของเด็กในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัยในปีที่แล้ว</p> <p><b>ที่มา:</b> ประเมินโดยผู้ศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>93.3</p> <p>N/A</p> <p>84.7</p> <p>98.7</p>

โดยสรุปแล้ว ผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยพบปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขตามกรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลกใน 4 ด้าน (5 เรื่อง) ตามที่แสดงในภาพที่ 5.2 ดังนี้

**ด้านที่ 1 สุขภาพที่ดีของเด็ก** ผลการประเมินชี้ให้เห็นปัญหาเรื่องการศึกษาของผู้เป็นแม่ (เรื่องที่ 1) โดยช่วงอายุที่เพศหญิงมีบุตรคนแรกมากที่สุดอยู่ในช่วง 15 ถึง 20 ปี (ร้อยละ 36.79) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 95.53) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ขาดความพร้อมทั้งความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และวุฒิภาวะในการดูแลเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้และพัฒนาการ รวมทั้งโอกาสของเด็กที่ได้รับการดูแลปฐมวัยและได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

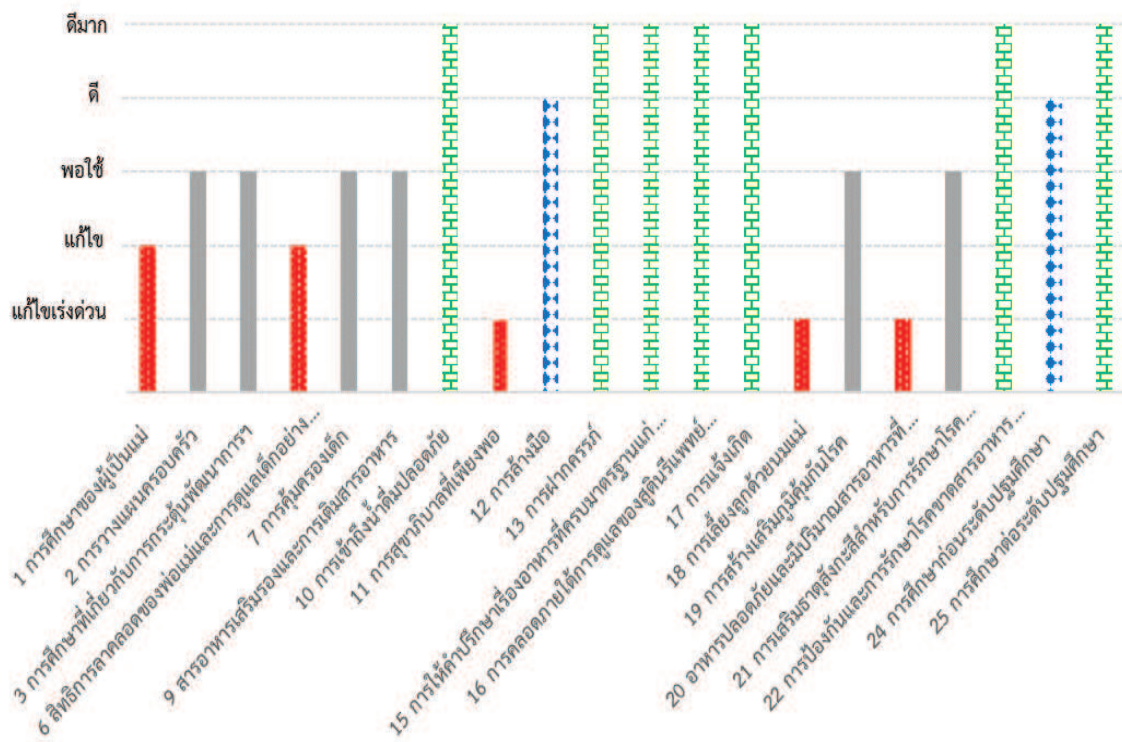
**ด้านที่ 2 โภชนาการที่เพียงพอ** ผลจากการประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยพบปัญหาในสองเรื่อง ได้แก่ หนึ่ง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (เรื่องที่ 2) โดยเด็กในช่วงอายุ 0-5 เดือนที่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวพบว่า มีเพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น และสอง อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ (เรื่องที่ 3) โดยเด็กในช่วงอายุ 6-23 เดือน มีเพียงร้อยละ 55.6 เท่านั้นที่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนและความหลากหลายของอาหาร

**ด้านที่ 3 การดูแลที่ตอบสนอง** ผลการประเมินที่ได้จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบปัญหาในเรื่องสิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ (เรื่องที่ 4) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่กำหนดสิทธิให้ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 98 วัน (รวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตร) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานนี้ยังคงเกิดขึ้นในระดับจำกัด เฉพาะในส่วนของการจ้างงานภาคทางการเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้เป็นแม่ส่วนใหญ่จะได้รับรายได้ที่ลดลงในช่วงการลาคลอดบุตร และอาจไม่มีรายได้เลยในหลายกรณี ในขณะที่ ภาครัฐยังไม่มีการจัดหาสวัสดิการที่ชัดเจนเพื่อเป็นทางเลือกในการเลี้ยงดูบุตรในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้กับผู้ที่ เป็นพ่อแม่

**ด้านที่ 4 ความมั่นคงและปลอดภัย** ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นปัญหาในเรื่อง การสุขาภิบาลที่เพียงพอ (เรื่องที่ 5) โดยส่วนใหญ่พบว่า การกำจัดอุจจาระเด็กช่วงอายุ 0-2 ปี เป็นไปด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขอนามัย (ร้อยละ 58.9) เช่น การถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในขยะ (ร้อยละ 42.7) การฝัง (ร้อยละ 5.5) และการทิ้งในทึ่โล่ง (ร้อยละ 2.4) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า การถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในถังขยะมีสัดส่วนที่สูงมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 5.2 สรุปผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย



ที่มา: ประเมินโดยผู้ศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ: เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด คะแนน 91-100 = ดีมาก คะแนน 81-90 = ดี คะแนน 71-80 = พอใช้ คะแนน 61-70 = แก้ไข คะแนน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 = แก้ไขเร่งด่วน



## บทที่ 6 ข้อเสนอแนะทางสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย

บทที่ 3 ของงานศึกษานี้พบว่า การประเมินขนาดงบประมาณรายจ่ายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ถือว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ในขณะที่ บทที่ 5 ชี้ให้เห็นว่า ผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังมีช่องว่างที่ควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้น งานศึกษาในบทนี้จะเป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะทางการสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ตามผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยที่พบ เพื่อเป็นการสนับสนุนกลไกการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยของรัฐเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นไปที่ประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและมีช่องว่างที่ควรได้รับการสนับสนุนอยู่มาก

ผลการประเมินภายใต้กรอบการดูแลและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยยังมีปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขใน 4 ด้าน (5 เรื่อง) เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ งานศึกษานี้ได้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ต่อไปดังนี้ (ดังสรุปในตารางที่ 6.1)

1) การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการให้ความรู้แก่พ่อแม่และผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กตั้งแต่วัยในครรภ์ ไปจนกระทั่งถึงช่วงของการคลอดบุตร 2) โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ และมีพัฒนาการสมวัย 3) โครงการอาหารเข้าสำหรับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อันจะมีส่วนช่วยสนับสนุนการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเหมาะสมแก่เด็ก 4) การสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่น เพื่อออกแบบอาหารและดูแลคุณภาพอาหารให้แก่เด็กอย่างเหมาะสม 5) การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี ผ่านโครงการทางเลือกลักษณะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีทางเลือกเพิ่มเติมในการดูแลเด็กในช่วงอายุดังกล่าว และ 6) โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็น เพื่อส่งเสริมการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมของประเทศ

ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษามีการประเมินมูลค่างบประมาณที่รัฐบาลต้องใช้ในโครงการที่สามารถประมาณการได้ประกอบไว้ด้วย โดยคณะผู้ศึกษาเชื่อว่ามูลค่างบประมาณตามข้อเสนอแนะนี้จะอยู่ในระดับที่รัฐบาลสามารถบริหารจัดการได้

ตารางที่ 6.1 สรุปข้อเสนอแนวทางการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี

การดูแลและการเลี้ยงดู	โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัย 25 โปรแกรมของธนาคารโลก	ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี	ประมาณการ งบประมาณที่ใช้ต่อปี (ล้านบาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
ด้านที่ 1: สุขภาพดี	1 การศึกษาของผู้เป็นแม่	1. การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดา ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	สสช.
ด้านที่ 2: โภชนาการที่เพียงพอ	18 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว  20 อาหารปลอดภัยและมีปริมาณ สารอาหารที่เพียงพอ	2. โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก แรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผู้ปกครองประเมิน พัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ  3. โครงการอาหารเช้าสำหรับเด็กที่อยู่ใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  4. การสนับสนุนให้มีโภชนาการท้องถิ่น	4,040 – 34,958  1,571 – 3,142	กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ และ กระทรวงสาธารณสุข  กระทรวงมหาดไทย และ อปท.  กระทรวงมหาดไทย และ อปท.
ด้านที่ 3: การดูแลที่ตอบสนอง	6 สิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และ การดูแลเด็กอย่างเพียงพอ	5. การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี โดยการขยายช่วงเวลารับเลี้ยงดูเด็ก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้เงินอุดหนุน ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก และโครงการจ้างพ่อแม่ เลี้ยงลูก (Cash for care)	29,996	กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และ อปท.
ด้านที่ 5: ความมั่นคงและปลอดภัย	11 การสุกสุกิบาที่เพียงพอ	6. โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและ รณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูก สุขอนามัย	-	สสช.

## 6.1 การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นสิทธิการฝากครรภ์ตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ปัจจุบันการรับฝากครรภ์ตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปตามสิทธิตามทะเบียนบ้านของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์ผู้มาใช้สิทธิฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลนอกพื้นที่ที่ใช้สิทธิตามทะเบียนบ้าน เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ไปฝากที่สถานพยาบาลในพื้นที่ตามสิทธิ เนื่องจากมีผลต่อสิทธิการคลอดบุตรในอนาคต เงื่อนไขส่วนนี้มีผลให้เกิดความไม่สะดวกต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีที่อาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่ตามทะเบียนบ้านในการเดินทางไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลตามสิทธิ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่เข้าสู่ระบบฝากครรภ์ดังกล่าว

การไม่เข้าสู่ระบบฝากครรภ์อาจมีผลสืบเนื่องต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการบันทึกข้อมูลสุขภาพของเด็กทารกจะสามารถทำได้อีกครั้งเมื่อเด็กคลอด เป็นผลให้การรับสวัสดิการและการติดตามภาวะสุขภาพของเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ขาดหายไป ในขณะที่ การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ก็อาจขาดหายไปด้วย รวมทั้งยังอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทั้งสุขภาพของแม่ สุขภาพของเด็ก และความเสี่ยงในระหว่างการคลอด

ดังนั้นงานศึกษานี้จึงเสนอว่า ควรมีการขยายสิทธิการฝากครรภ์ตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถฝากครรภ์นอกพื้นที่ตามทะเบียนบ้านได้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพตามสิทธิจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์จะช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนไปกระทั่งถึงช่วงของการคลอดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ช่วยลดความเสี่ยงในการคลอด และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงพัฒนาการของเด็กตั้งแต่เริ่มต้นอีกด้วย

การขยายสิทธิเข้ารับบริการฝากครรภ์ในลักษณะนี้ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลมากนัก เนื่องจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่พำนักอาศัยอยู่นอกพื้นที่ตามทะเบียนบ้าน น่าจะมีจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้ ในการประเมินเม็ดเงินงบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ในบทที่ 4 ของงานศึกษานี้ ได้ครอบคลุมเม็ดเงินงบประมาณเพื่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเอาไว้แล้ว ส่งผลให้ข้อเสนอในส่วนนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่องบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0 – 3 ปี ในงานศึกษานี้ แต่อย่างใด

สำหรับหน่วยงานที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของโครงการนี้ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

## 6.2 โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ

จากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2562 ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด 600 บาทต่อเดือน ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 6 ปี สำหรับเด็กที่เกิดหลัง 1 ตุลาคม 2558 ที่มีสัญชาติไทย โดยมีเกณฑ์ฐานรายได้ของครัวเรือนที่ต้องเฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี โดยการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2562 มีจำนวนผู้ได้รับเงินอุดหนุนทั้งสิ้น 561,086 คน<sup>9</sup>

นอกจากกลุ่มครอบครัวผู้มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปีข้างต้นแล้ว ยังมีครอบครัวที่ได้รับเงินสนับสนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเพิ่มเติม ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคม ซึ่งได้รับเงินอุดหนุนกรณีสงเคราะห์บุตร จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือน (ไม่เกิน 3 คน) ในช่วงบุตรอายุ 0 – 6 ปี และกลุ่มพ่อแม่ที่อยู่ภายใต้สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสามารถเบิกเงินสวัสดิการสำหรับบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายเดือนละ 50 บาทต่อคน (ไม่เกิน 3 คน) จนกว่าบุตรจะมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์

แม้ครอบครัวของเด็กแรกเกิดในประเทศไทยจะได้รับเงินสนับสนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดจากหลากหลายสิทธิ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมครอบครัวของเด็กแรกเกิดส่วนหนึ่งซึ่งอาจมีรายได้เกินกว่า 100,000 บาทต่อคนต่อปี และไม่ได้รับสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งอาจเกิดจากการประกอบอาชีพอิสระ หรืออาจมีอาชีพรับจ้างชั่วคราว โดยมีรายได้เกินกว่า 8,333.33 บาทต่อคนต่อเดือนเท่านั้น ทั้งนี้ บทความเรื่อง “นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ” ของโรมัส ดาวิน ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย มีการกล่าวถึงข้อเสนอในการขยายโครงการเงินสนับสนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดนี้ให้มีความครอบคลุมเด็กทุกคน เนื่องจากเงินสนับสนุนนี้มีส่วนช่วยให้เด็ก ๆ ได้รับโภชนาการและการเลี้ยงดูที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น และยังช่วยส่งเสริมศักยภาพของแม่ในการให้การเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดอย่างมีคุณภาพอีกด้วย

เป็นที่สังเกตว่า เงินอุดหนุนที่ภาครัฐให้เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในปัจจุบัน ไม่ได้เป็นแบบมีเงื่อนไขของการดูแลและการเลี้ยงดูเด็ก จึงก่อให้เกิดคำถามว่า เงินอุดหนุนที่ได้รับถูกใช้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่? ทั้งนี้ จากผลการสำรวจข้อมูลพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่า<sup>10</sup> ในปี พ.ศ. 2560 เด็กมีพัฒนาการล่าช้าอยู่เป็นจำนวนมาก โดยมีเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึงร้อยละ 16 ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างทันท่วงที และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ จากผลการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยของงานศึกษานี้

<sup>9</sup> อ้างอิงข้อมูลจากเว็บไซต์ โครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

<sup>10</sup> อ้างอิงข้อมูลจาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=742>

พบ ปัญหาในด้านโภชนาการที่เพียงพอ โดยมีเด็กในช่วงอายุ 0-5 เดือน ที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว เพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น ซึ่งปัญหานี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะผู้ศึกษาจึงเสนอว่า โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดควรเป็นแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยแบ่งทางเลือกการอุดหนุนออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

**รูปแบบที่ 1** รัฐบาลเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยกำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัวที่เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคนต่อปี เหมือนเกณฑ์ในปัจจุบัน โดยโครงการนี้เป็นการร่วมมือระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกระทรวงสาธารณสุขในการนำ “คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) “คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ” (Thai Early Developmental Assessment for Intervention, TEDA4) และคู่มืออื่น ๆ ตามที่แสดงในภาพที่ 6.1 มาปรับใช้ และกำหนดเงื่อนไขให้เด็กเล็กต้องผ่านเงื่อนไขของการเข้ารับวัคซีนและบริการทางการแพทย์อื่น ๆ รวมทั้งเงื่อนไขทางโภชนาการ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นหนึ่งในเกณฑ์การรับเงินอุดหนุน เพื่อให้พ่อหรือแม่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพ

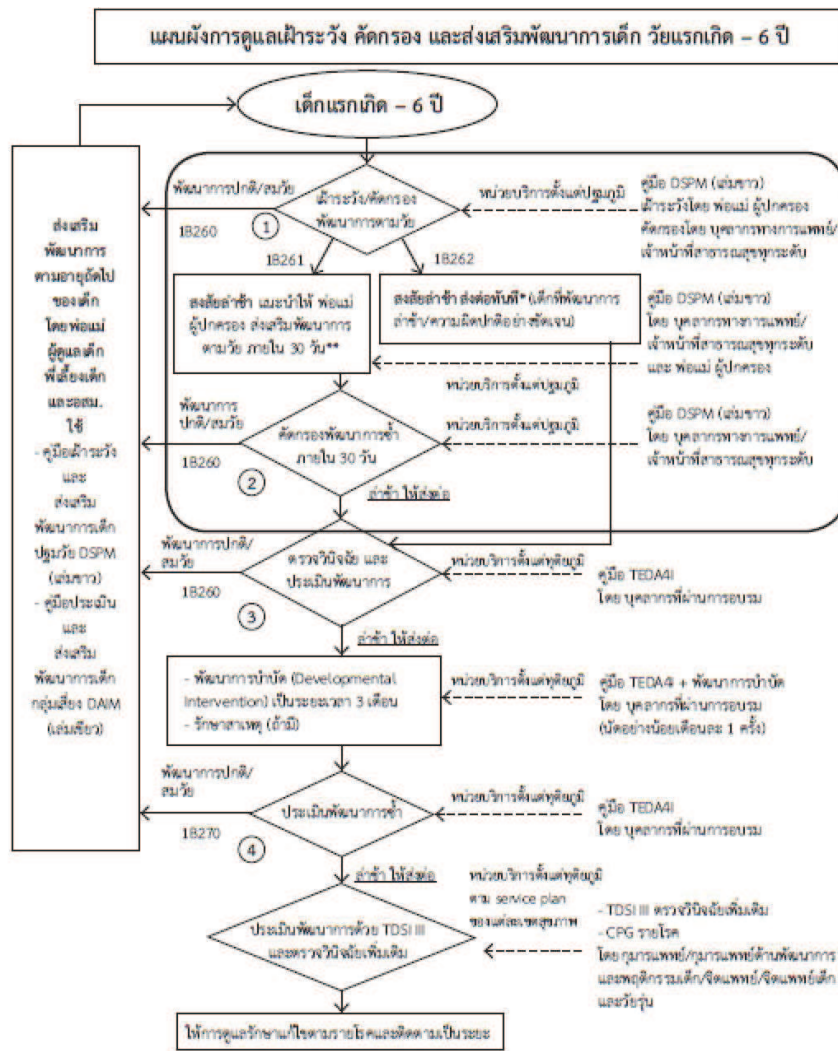
สำหรับการประมาณการงบประมาณที่ใช้ในกรณีนี้ จะไม่แตกต่างจากโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด 600 บาท ที่มีในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นไปตามเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัวที่กำหนดไว้เดิม โดยเฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี และ

**รูปแบบที่ 2** รัฐบาลเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ (เหมือนในรูปแบบที่ 1) โดยไม่กำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัว เพื่อให้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นแบบถ้วนหน้า โดยครอบคลุมเด็กแรกเกิดทุกคนในประเทศไทย

การประมาณการงบประมาณในโครงการนี้ กรณี**รูปแบบที่ 1** เป็นการประมาณการโดยใช้จำนวนเด็ก 561,086 คน ซึ่งเป็นจำนวนเด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในปัจจุบัน (เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2562) หากกำหนดให้เงินอุดหนุนต่อเดือนที่ 600 บาท จะต้องใช้เงินงบประมาณในกรณีนี้ราว 4,040 ล้านบาท สำหรับ**รูปแบบที่ 2** ที่เป็นโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบถ้วนหน้า จากข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย มีจำนวนเด็กวัยแรกเกิด – 6 ปี รวมทั้งประเทศ 4,855,242 คน หากกำหนดให้เงินอุดหนุนต่อเดือนเท่ากันที่ 600 บาท จะต้องใช้เงินงบประมาณในกรณีนี้ราว 34,958 ล้านบาท โดยรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากรูปแบบที่ 1 ราว 30,918 ล้านบาท

ตามที่กล่าวข้างต้น หน่วยงานที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของโครงการนี้ ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.1 แผนผังการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วัยแรกเกิด - 6 ปี



\*\* ส่งรายชื่อเด็กส่งล่าช้าให้ พ่อแม่/พ่อแม่ กระตุ้นพัฒนาการและตามอายุถัดไปทันที หากสงสัยให้แจ้ง จนท.รพ.สต. เพื่อตรวจซ้ำและบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม โดยหากเด็กคนใดส่งล่าช้าอยู่ให้โอกาสเด็กได้ฝึกจนครบ 30 วัน ถ้ายังไม่ผ่านให้บันทึกว่า ล่าช้าแล้วส่งต่อ

รายชื่อล่าช้า ส่งต่อทันที คือเด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น ความฉับโคม สติงเสียก เป็นต้น

- หมายเหตุ :
- การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กด้วย DSPM ทำโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองทุกช่วงอายุ
  - การคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน
  - TEDA4 คือ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือนักปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ

ที่มา: คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, กระทรวงสาธารณสุข



## ตารางที่ 6.2 ประมาณการงบประมาณโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไข

กรณี	จำนวนเด็ก วัยแรกเกิด - 6 ปี (ปี 2563)	จำนวนเงินอุดหนุน (บาทต่อคนต่อเดือน)	ประมาณการ งบประมาณที่ใช้ต่อปี (ล้านบาท)
1. แบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการ เด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ และมีเงื่อนไข เกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัว	561,086*	600	4,040
2. แบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการ เด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยไม่มีเงื่อนไข เกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัว	4,855,242**	600	34,958

ที่มา: รวบรวมและคำนวณโดยคณะผู้ศึกษา

หมายเหตุ: \* จำนวนเด็ก 561,086 คน เป็นจำนวนเด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2562

\*\*จำนวนเด็ก 4,855,242 คน เป็นจำนวนเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี รวมทั้งประเทศ โดยที่มาของข้อมูลมาจาก  
กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

## 6.3 โครงการอาหารเข้าสำหรับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำรงชีวิตของผู้คนในพื้นที่สังคมเมืองมีความเร่งรีบสูง โดยเฉพาะในช่วงเวลาเช้าที่ประชาชนต้อง  
เร่งรีบในการไปทำงาน การเดินทางต้องเผชิญกับการจราจรที่ติดขัด ทำให้ประชาชนต้องออกเดินทางเพื่อไป  
ทำงานตั้งแต่เช้าตรู่ ด้วยเหตุนี้พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กจึงไม่สามารถประกอบอาหารเช้าให้เด็กรับประทานได้  
ทำให้เด็กปฐมวัยในสังคมเมืองมีโอกาสสูงที่จะไม่ได้รับประทานอาหารเช้าหรือได้รับประทานอาหารเช้าที่ไม่มี  
คุณภาพนัก ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของเด็กปฐมวัยเช่นนี้อาจนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพของเด็ก  
ในอนาคต

จากการสัมภาษณ์โรงเรียนในเขตพื้นที่เทศบาลนครรังสิตพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่  
เกิดขึ้น คือ ปัญหาโภชนาการเกิน (เด็กอ้วน) โดยสาเหตุหลักคือ เด็กรับประทานอาหารเช้า อาหารไขมันสูง  
หรือขนมขบเคี้ยว ในสัดส่วนที่สูงระหว่างวัน และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ปกครองมีความเร่งรีบในการดำเนิน  
ชีวิต ทำให้ในช่วงเช้าผู้ปกครองนิยมซื้ออาหารเช้าจากร้านค้าหน้าโรงเรียนหรือตามทางผ่านที่มาส่งเด็กสู่  
โรงเรียน ผู้ปกครองบางรายไม่สามารถจัดหาอาหารเช้าให้เด็กรับประทานในช่วงเช้าได้เนื่องจากมีความเร่งรีบใน  
การทำงานในช่วงเช้า เด็ก ๆ มีโอกาสรับประทานอาหารเช้าที่ถูกหลักโภชนาการ เพียงหนึ่งมื้อ คือ มื้อเที่ยงที่อยู่  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน เนื่องจากคุณครูจะพยายามจัดปริมาณอาหารให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน  
เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาโภชนาการขาดหรือโภชนาการเกิน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาหารอีกสองมืดยังคงอยู่ในการดูแลของผู้ปกครอง ทำให้แม้ว่าโรงเรียนจะ  
พยายามควบคุมอาหารในมื้อเที่ยงให้เป็นไปตามหลักโภชนาการ แต่ในมื้อเช้าและมื้อเย็นเด็กส่วนใหญ่ก็มักจะ

ได้รับประทานอาหารที่ซื้อตามร้านค้า ในการเลือกซื้อผู้ปกครองมักตามใจให้เด็กรับประทานสิ่งที่เด็กชอบ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอาหารปิ้งย่างเช่น หมูปิ้ง อาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ป้อบ อาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ และขนมกรุบกรอบ เมื่อเด็กรับประทานจนเป็นนิสัย เกิดการรับประทานซ้ำ ๆ จึงทำให้เด็กไทยมีปัญหาน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐานและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนและเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา

การไม่ได้รับประทานอาหารเช้าของเด็กมีผลต่อการเรียนรู้และสมรรถภาพทางร่างกายของเด็ก โดยงานศึกษาของ Adolphus *et al.* (2013) พบว่า การไม่ได้รับประทานอาหารเช้าจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของเด็ก มีผลต่อความทรงจำระยะสั้น (Short-Term Memory) รวมไปถึงสมาธิและความทรงจำอาศัยเหตุการณ์ (Episodic Memory) นอกจากนี้ การรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีคุณภาพจะเป็นโทษต่อสุขภาพของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภททอดและหมูปิ้ง ที่เป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการได้รับสารที่เป็นโทษต่อร่างกาย โดยอาหารทอดนั้นเป็นอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานอาหารทอดนำไปสู่โรคอ้วน หมูปิ้งมีสารก่อมะเร็ง โดยหมูปิ้งหนึ่งไม้จะมีการเสียบมันหมูเอาไว้ด้วย ซึ่งส่วนของมันหมูดังกล่าวเป็นหนึ่งในตัวการก่อสารมะเร็ง ที่ชื่อว่า PAH (Polycyclic aromatic hydrocarbon) ที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ของสารอินทรีย์ เช่น ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ น้ำมัน และไฮโดรคาร์บอนชนิดอื่น ๆ ดังนั้นจึงพบสารชนิดนี้ในส่วนที่ไหม้เกรียมของหมูปิ้ง สาร PAH นี้คล้ายคลึงกับสารที่เกิดจากการเผาไหม้ในเครื่องยนต์ บุหรี่ และเตาเผาเชื้อเพลิงในโรงงานอุตสาหกรรม กล่าวคือการรับประทานหมูปิ้งที่มีมันไปปิ้งบนเตาถ่านซึ่งไขมันในหมูละลายและหยดลงไปบนถ่านจนเกิดเป็นควันที่มีสาร PAH อยู่และลอยมาเกาะติดที่หมูปิ้ง จะทำให้ผู้รับประทานหมูปิ้งได้รับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย โดยหากรับประทานตั้งแต่ยังอายุน้อยต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดการสะสมของสารเหล่านี้และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็ง

จากเหตุผลข้างต้นการรับประทานอาหารเช้าที่มีคุณภาพของเด็กจึงมีความสำคัญ ไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็ก แต่ยังเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีคุณภาพเป็นเวลานาน ดังนั้นโครงการจัดหาอาหารเช้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนจึงเป็นโครงการที่น่าสนใจและเป็นทางเลือกในการจัดหาอาหารคุณภาพให้แก่เด็กได้ ผ่านเมนูอาหารที่มีการควบคุมคุณภาพให้เหมาะสมกับเด็ก การจัดหาอาหารเช้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนนี้จะช่วยเพิ่มโอกาสเข้าถึงอาหารคุณภาพของเด็กในประเทศไทย ซึ่งนอกจากจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสมรรถภาพทางร่างกายของเด็กแล้วยังเป็นการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนในเด็กจากการบริโภคอาหารด้วยคุณภาพซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้นการที่เด็กไทยมีการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพย่อมทำให้เติบโตเป็นเด็กสุขภาพดีและเป็นการเพิ่มประชากรไทยที่มีสุขภาพดีในอนาคตได้อีกด้วย

การศึกษาประเด็นการรับประทานอาหารเช้าของเด็กปฐมวัยภายใต้งานศึกษานี้ ดำเนินการโดยการเก็บแบบสอบถามตามที่ปรากฏในภาคผนวก ข โดยสำรวจเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลนครรังสิต จำนวน 2 ศูนย์ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุบลัมภ์) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) โดยเลือกสอบถามเด็กในระดับก่อนอนุบาลและอนุบาล 1 จำนวน 170 คน เพื่อเป็นตัวแทนของเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนเมือง รวมทั้งยังได้ทำการสำรวจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบางปลา



จังหวัดนครปฐม และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่บ้านต้นลาน จังหวัดนครปฐม โดยเลือกสอบถามเด็กก่อนอนุบาล และอนุบาล 1 จำนวนรวม 85 คน เพื่อเป็นตัวแทนของเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท

#### - สรุปข้อค้นพบจากการทำการสำรวจเด็กเล็กในเขตเทศบาล

จากการเก็บแบบสอบถามเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลนครรังสิตพบว่า เด็กในพื้นที่เขตเมืองในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย มีโอกาสไม่รับประทานอาหารเช้าถึงร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารเช้าให้เด็กรับประทานเองมีเพียงร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หมายความว่าเด็กเกินครึ่งหนึ่งต้องรับประทานอาหารเช้าที่ซื้อจากร้านอาหารในช่วงเช้าซึ่งผู้ปกครองควบคุมคุณภาพอาหารได้ยาก แต่ที่น่าสนใจคือ มีนักเรียนรับประทานข้าวเหนียวหมูปั่น อาหารทอด ที่ซื้อระหว่างเดินทางมาโรงเรียนเป็นอันดับที่สามของอาหารที่นักเรียนรับประทานในช่วงเช้า โดยคิดเป็นร้อยละ 14.02 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และพบว่าเด็กที่รับประทานอาหารเช้ามาจากบ้านคิดเป็นร้อยละ 54 ของเด็กทั้งหมด หมายความว่า เด็กเกือบครึ่งหนึ่งต้องรับประทานอาหารเช้าหลังจากออกจากบ้าน ซึ่งมีเด็กที่รับประทานอาหารเช้าบนรถคิดเป็นร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความเร่งรีบในการรับประทานอาหารเช้าระหว่างทางที่เด็กต้องเผชิญ ซึ่งอาจมีผลต่อการรับประทานอาหารเช้าไม่เพียงพอหรือไม่มีประโยชน์ของเด็กได้

#### - สรุปข้อค้นพบจากการทำการสำรวจเด็กเล็กนอกเขตเทศบาล

จากการเก็บแบบสอบถามเด็กในเขตพื้นที่นอกเขตเทศบาล จำนวนสองศูนย์คือ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ตำบลบางปลา จังหวัดนครปฐม และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยบ้านต้นลาน โดยเลือกสอบถามเด็กในระดับก่อนอนุบาล จำนวน 34 คน และเด็กระดับอนุบาล 1 จำนวน 51 คน พบว่า เด็กในพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสไม่รับประทานอาหารเช้าเพียงร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารเช้าให้เด็กรับประทานเองมีถึงร้อยละ 59 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หมายความว่าเด็กเกินครึ่งหนึ่งได้รับประทานอาหารที่ประกอบเอง แต่ที่น่าสนใจ คือ มีนักเรียนรับประทานข้าวเหนียวหมูปั่นหรืออาหารทอดที่ซื้อระหว่างเดินทางมาโรงเรียนเป็นอันดับที่สามของอาหารที่นักเรียนรับประทานในช่วงเช้า โดยคิดเป็นร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่แตกต่างกับเด็กในเขตเมืองที่รับประทานข้าวเหนียวหมูปั่นและอาหารทอดที่ซื้อระหว่างทางประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และพบว่าเด็กที่รับประทานอาหารเช้ามาจากบ้านคิดเป็นร้อยละ 74 ของเด็กทั้งหมด หมายความว่า เด็กเกินครึ่งหนึ่งได้รับประทานอาหารก่อนออกจากบ้านมาโรงเรียน จึงมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับประทานอาหารเช้าไม่น้อยกว่าเด็กในเขตเมือง

#### - สรุปข้อค้นพบและข้อเสนอการจัดอาหารเช้าให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากแบบสอบถามเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเช้าของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่เขตเทศบาลมี ปัญหาเด็กไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามาโรงเรียนสูงกว่าพื้นที่นอกเขตเทศบาล โดยที่ร้อยละของเด็กในพื้นที่เขตเทศบาลที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่เด็กในพื้นที่นอกเขตเมืองมีเด็กที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามาโรงเรียนร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบประเภทอาหารที่เด็กได้รับก่อนมาโรงเรียนพบว่า เด็กในพื้นที่เขตเทศบาลรับประทานอาหารที่ผู้ปกครองปรุงเองคิดเป็นร้อยละ 54 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่เด็กในพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละของการรับประทานอาหารที่ผู้ปกครองปรุงเองร้อยละ 59 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ประเด็นที่น่าสนใจคือ เด็กทั้งในพื้นที่เขตเทศบาลและพื้นที่นอกเขตเมืองมีร้อยละของการรับประทานข้างเหนียวหุบปิ้ง และอาหารทอดที่ซื้อระหว่างทางที่มาโรงเรียนเพื่อรับประทานเป็นอาหารเช้าไม่ต่างกันมากนัก โดยเด็กกลุ่มนี้มีถึงร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล และร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างนอกเขตเทศบาล บ่งบอกให้เห็นว่าแม้จะเป็นเด็กที่ได้รับประทานอาหารเช้าแต่ประเภทอาหารที่เด็กได้รับประทานก็ด้วยคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงสถานที่รับประทานอาหาร พบว่า สัดส่วนของเด็กในพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละของการรับประทานอาหารที่บ้านถึงร้อยละ 74 ของกลุ่มตัวอย่างนอกเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กในพื้นที่เขตเทศบาลมีร้อยละของการรับประทานอาหารที่บ้านน้อยกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลคือ ร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล โดยประเด็นที่น่าสนใจในด้านสถานที่รับประทานอาหารเช้าคือ เด็กในพื้นที่เขตเทศบาลมีสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าบนรถระหว่างเดินทางถึงร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กนอกพื้นที่เขตเทศบาลมีสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าบนรถระหว่างเดินทางเพียงร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่างนอกเขตเทศบาล

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าสภาพสังคมในเขตเทศบาลมีความเร่งรีบมากกว่าพื้นที่นอกเขตเทศบาล ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของเด็ก เด็กในเขตเทศบาลมีโอกาสไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามาโรงเรียนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ แม้ว่าเด็กจะได้รับประทานอาหารเช้าแต่ประเภทอาหารที่เด็กรับประทานก็ไม่มีคุณภาพนัก และสภาพสังคมที่เร่งรีบทำให้สภาพแวดล้อมในการรับประทานอาหารเช้าของเด็กในเขตเทศบาลบางรายต้องรับประทานบนรถ บางรายต้องรับประทานในห้องเรียนหรือหน้าโรงเรียน ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นคุณภาพอาหารและโอกาสในการได้รับอาหารที่มีคุณภาพของเด็กที่แตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่

จากสถานการณ์การรับประทานอาหารเช้าของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม จึงนำมาสู่ข้อเสนอโครงการอาหารเช้าในโรงเรียน โดยผู้ศึกษาได้ทำการประมาณการงบประมาณต่อปีที่จะใช้ในโครงการอาหารเช้าสำหรับเด็กปฐมวัย โดยแบ่งการอุดหนุนออกเป็น 3 รูปแบบ **กรณีที่ 1** รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กของ อปท.ทั้งหมด **กรณีที่ 2** รัฐจ่ายเงินสนับสนุน เฉพาะเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กของ อปท. ในพื้นที่เขตเทศบาล ซึ่งเป็นเขตที่พบว่าปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารเช้ามีความรุนแรงมากกว่า และ**กรณีที่ 3** รัฐและผู้ปกครองร่วมสนับสนุนโครงการอาหารเช้าให้กับเด็กฝ่ายละครึ่งหนึ่ง โดยรายละเอียดเงื่อนไขในการคำนวณเป็นไปตามที่แสดงในตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 ประมาณการงบประมาณในกรณีการจัดอาหารเข้าให้เด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี

กรณี	จำนวนเด็กในการดูแล (ปี 2561)	จำนวนเงินต่อหัวที่รัฐจ่ายเพิ่ม (บาทต่อคนต่อวัน)	จำนวนวันทำการ (วัน)	ประมาณการงบประมาณที่ใช้ต่อปี (ล้านบาท)
1. รัฐสนับสนุนทั้งหมด	855,022	15	245 วัน	3,142.21
2. รัฐสนับสนุน เฉพาะในเขตเทศบาล	478,188	15	245 วัน	1,757.34
3. รัฐและผู้ปกครองร่วมจ่าย ฝ่าฝืน 50%	855,022	7.5	245 วัน	1,571.10

ที่มา: รวบรวมและคำนวณโดยคณะผู้ศึกษา

**กรณีที่ 1** เป็นการประมาณการกรณีรัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กของ อปท. ทั้งหมด ในกรณีนี้ จากข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีจำนวนเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กภายใต้สังกัดของ อปท. (รวม กรุงเทพมหานคร) ทั้งสิ้นจำนวน 855,022 คน หากสมมุติงบประมาณที่จะต้องใช้จ่ายเพิ่มเติมเป็นงบอาหารเข้า 15 บาท/คน/วัน ซึ่งจำนวนเงินนี้เป็นงบประมาณโดยประมาณที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกำหนดให้จำนวนวันทำการมีจำนวนทั้งสิ้น 245 วัน/ปี จะได้งบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายเพิ่มเติมในกรณีนี้ 3,142.21 พันล้านบาท

**กรณีที่ 2** เป็นการประมาณการกรณีรัฐจ่ายเงินสนับสนุน เฉพาะเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กของ อปท. ในพื้นที่เขตเทศบาล ซึ่งเป็นเขตที่พบว่าปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารเข้าความรุนแรงมากกว่า จากข้อมูลจำนวนประชากรตามเขตพื้นที่พบว่าในปี 2562 มีประชากรในพื้นที่เขตเทศบาลร้อยละ 56 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562) ดังนั้นหากใช้สัดส่วนนี้คำนวณ จะได้จำนวนเด็กที่ได้รับการสนับสนุนภายใต้กรณีนี้ทั้งสิ้น 478,188 คน หากสมมุติให้จำนวนวันทำการและเงินอุดหนุนต่อหัวต่อวันเท่ากรณีที่ 1 จะได้งบประมาณที่ต้องใช้จ่ายเพิ่มเติมภายใต้กรณีนี้ 1,757.34 ล้านบาท

**กรณีที่ 3** เป็นการประมาณการกรณีรัฐและผู้ปกครองร่วมสนับสนุนโครงการอาหารเข้าให้กับเด็กฝ่าฝืนละครั้งหนึ่ง ภายใต้กรณีนี้ งบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายเพิ่มเติมจะคิดเป็นจำนวน 1,571.10 ล้านบาท หรือคิดเป็นครึ่งหนึ่งของงบประมาณในกรณีที่ 1

สำหรับหน่วยงานที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของโครงการนี้ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

## 6.4 การสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่น

จากข้อมูลผลการสำรวจภาวะทุพโภชนาการของนักเรียน ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 พบว่า เด็กไทยมีภาวะทุพโภชนาการโดยรวมร้อยละ 26.34 ของเด็กทั้งหมด โดยมีเด็กผอม 267,748 คน คิดเป็นร้อยละ 6.71 เด็กเตี้ย 192,343 คน คิดเป็นร้อยละ 4.82 เด็กเริ่มอ้วนจนถึงอ้วน 336,686 คน คิดเป็นร้อยละ 8.43 เด็กผอมและเตี้ย 136,038 คน คิดเป็นร้อยละ 3.41 อ้วนและเตี้ย 119,077 คิดเป็นร้อยละ 2.98 จากข้อมูลนี้จะเห็นว่า เด็กไทยจำนวนมากมีปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้สอดคล้องกับผลการลงพื้นที่สำรวจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่นอกเขตเทศบาลที่พบว่า ในศูนย์พัฒนาเด็กที่มีจำนวนเด็กเพียง 20-30 คน ส่งผลให้งบประมาณอาหารกลางวันของเด็กที่ได้รับ คนละประมาณ 20 บาท รวมแล้วไม่เกิน 600 บาท สร้างความยากลำบากในการจัดหาอาหารคุณภาพให้แก่เด็ก นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในแง่งบประมาณการจ้างแม่ครัวที่มีความรู้ในด้านโภชนาการเนื่องจากเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก และเมื่อหาผู้ประกอบการเอกชนเพื่อดำเนินการประกอบอาหาร การจัดหาผู้ประกอบการนั้นยังมีความยากลำบาก เนื่องจากจำนวนนักเรียนและจำนวนเงินที่ได้รับไม่คุ้มค่า และหากเป็นผู้ประกอบการเอกชนที่แสวงหากำไร มักต้องใช้จ่ายในการซื้อวัตถุดิบน้อยกว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับเพื่อให้ได้กำไร พฤติกรรมเช่นนี้ส่งผลให้ในโรงเรียนขนาดเล็กตามพื้นที่นอกเขตเทศบาลประสบปัญหาการจัดหาอาหารคุณภาพให้แก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก ทำให้อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้ จากอัตราการเกิดที่ลดลงของประเทศไทยจะยิ่งส่งผลให้ในอนาคตเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มจะลดลงซึ่งจะยิ่งทำให้ปัญหาเหล่านี้ทวีความรุนแรงขึ้น ในพื้นที่เขตเทศบาลแม้ว่าจะไม่มีปัญหาในด้านงบประมาณแต่ก็พบว่ามีปัญหาเด็กอ้วนเนื่องจากรับประทานอาหารไม่มีคุณภาพเช่น ขนมขบเคี้ยว ของทอด น้ำอัดลม เป็นต้น

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอของสถาบันสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เห็นควรสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่นเพื่อออกแบบอาหารและดูแลโภชนาการของเด็ก โดยอาจเปิดตำแหน่งนักโภชนาการอาหาร 1 ตำแหน่งในโรงเรียนที่มีนักเรียนในระดับ 500 คนขึ้นไป ในกรณีที่มีจำนวนเด็กไม่มาก ก็อาจกำหนดให้มีตำแหน่งนักโภชนาการท้องถิ่นประจำองค์การบริหารส่วนตำบลละ 1 คน

นักโภชนาการท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ช่วยออกแบบเมนูอาหาร รวมทั้งคัดเลือกวัตถุดิบ สำหรับใช้ประกอบอาหารให้แก่เด็กในแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณภาพและมีระดับโภชนาการที่เพียงพอ โดยมีการกำหนดมาตรฐานวัตถุดิบจากนักโภชนาการ การเลือกวัตถุดิบจากท้องถิ่น นอกจากจะช่วยให้เด็กสามารถบริโภคอาหารได้ง่ายขึ้น ต้นทุนต่ำ และถูกหลักโภชนาการมากขึ้น รวมไปถึงช่วยในด้านการสร้างเศรษฐกิจชุมชน เศรษฐกิจฐานราก สามารถสร้างรายได้ให้เกษตรกรในแต่ละท้องถิ่น สร้างคุณภาพอาหารที่ถูกสุขภาวะ สร้างงาน สร้างรายได้ สร้างอาชีพ ให้กับคนในชุมชนได้อีกด้วย

## 6.5 การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี

จากการสัมภาษณ์บุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้งานศึกษานี้ พบว่า พ่อแม่เด็กส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องกลับไปทำงานภายหลังจากการลาคลอด ในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน โดยถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้เพิ่มสิทธิ์ให้ลูกจ้างหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถลาเพื่อคลอดบุตรได้ไม่เกิน 98 วัน (รวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์) แต่กฎหมายดังกล่าวไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างครอบคลุมไปถึงการจ้างงานนอกระบบ หรือการทำงานอิสระ นอกจากนี้ ในช่วงของการลาคลอดบุตร 3 เดือนดังกล่าว แม่ที่ใช้สิทธิลาคลอดส่วนใหญ่จะได้รับรายได้ที่ลดลงไปจากช่วงเวลาปกติ โดยแม่ลาคลอดที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมจะได้รับเงินชดเชยการหยุดงาน จำนวนไม่เกิน 22,500 บาท ตลอดช่วงการลา 3 เดือน หรือคิดเป็นเงินชดเชยจำนวนไม่เกิน 7,500 บาทต่อเดือน โดยอาจไม่ได้รับเงินเดือนหรือเงินชดเชยจากฝั่งนายจ้างในช่วงดังกล่าวเลย ในขณะที่ แม่ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมหรือแม่ที่ทำงานอิสระ อาจไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ในช่วงเวลา 3 เดือนหลังการคลอดบุตรได้ ซึ่งทำให้แม่กลุ่มนี้ขาดรายได้ในช่วงดังกล่าว

ในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่อยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้น จะรับดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในช่วงเวลาที่ทำการรับสมัคร ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในบางพื้นที่อาจมีเงื่อนไขที่เข้มงวดมากขึ้น ตามศักยภาพในการให้บริการของศูนย์ฯ ทั้งนี้ นอกเหนือไปจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดของ อปท.แล้ว จะมีเพียงศูนย์ดูแลเด็กเล็กจำนวนหนึ่ง ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่รับดูแลเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ด้วยค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างต่ำ แต่ศักยภาพในการให้บริการของศูนย์ดูแลเด็กกลุ่มหลังนี้อยู่ในระดับที่มีความจำกัดมาก ส่งผลให้พ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการให้สวัสดิการเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยของภาครัฐทั้งหมดแล้ว สามารถกล่าวได้ว่าการเลี้ยงดูเด็กเล็กในช่วงอายุ 3 เดือนถึง 2 ปีบริบูรณ์ของประเทศไทย ยังอาศัยทรัพยากรส่วนบุคคลของพ่อแม่หรือครอบครัวของเด็กเป็นหลัก ซึ่งสร้างภาระเป็นอย่างมากให้กับพ่อแม่และครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีฐานะยากจน ไม่ได้ครอบครองสินทรัพย์ที่สร้างรายได้ และอาจไม่มีอาชีพที่มั่นคง โดยข้อสังเกตนี้มีความสอดคล้องกับบทความเรื่อง “นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ” ของ โธมัส ดาวิน ผู้แทนองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ที่กล่าวถึงเด็กปฐมวัยจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็กในช่วงอายุ 3 เดือน จนถึง 3 ปี ที่ยังขาดการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลอย่างเต็มที่

งานศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากได้กล่าวถึงผลประโยชน์ที่สังคมจะได้รับจากการจัดหาสวัสดิการดูแลเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะเด็กเล็กในช่วงแรกเกิดจนถึง 3 ปี ยกตัวอย่างเช่น Carolina Abacedarian

Program<sup>11</sup> Nurse Family Partnership<sup>12</sup> และ Perry Preschool Project<sup>13</sup> เป็นต้น ซึ่งเป็นโครงการศึกษาทดลองที่ให้การดูแลเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพจนถึงช่วงก่อนเข้ารับการศึกษากับสถานศึกษา งานศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลเด็กเล็กดังกล่าวส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อความสามารถในด้านสติปัญญา (Cognitive abilities) และความสามารถนอกเหนือจากด้านสติปัญญา (Non-cognitive abilities) กับตัวเด็กในระยะยาว นอกจากนี้ ยังมีส่วนสนับสนุนพัฒนาการทางด้านกายภาพของเด็ก มีส่วนช่วยลดทอนความเครียดและสร้างสมดุลในการใช้ชีวิตให้กับพ่อแม่และผู้ปกครอง รวมทั้งยังมีส่วนในการลดทอนปัญหาสังคมที่อาจเกิดขึ้นจากตัวเด็ก ยกตัวอย่างเช่น ปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติด หรือความรุนแรงทางเพศ ในอนาคต

นอกจากนั้น งานศึกษาจำนวนมาก<sup>14</sup> ยังแสดงให้เห็นว่าการให้สวัสดิการในการดูแลเด็กเล็ก ในช่วง 0 – 3 ปี ยังมีส่วนสนับสนุนการเข้าร่วมกำลังแรงงาน รวมไปถึงการเข้าร่วมโครงการฝึกทักษะในการประกอบอาชีพ ของพ่อแม่ โดยเฉพาะกลุ่มพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว รวมไปถึงผู้ปกครองที่ให้การดูแลเด็กเป็นหลักอีกด้วย ประเด็นในการส่งเสริมการเข้าร่วมกำลังแรงงานของประเทศดังกล่าวมีความสำคัญเป็นอย่างมากกับประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สภาวะสังคมสูงอายุ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยในกรณีของประเทศไทยมีการคาดการณ์กันว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศจะเริ่มลดจำนวนลงในอีก 6 – 8 ปีข้างหน้า ในขณะที่ สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานปรับตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรวัยแรงงานของไทยได้ปรับตัวลดลงจากราวร้อยละ 68 ในปี พ.ศ. 2551 มาสู่อัตราร้อยละ 66 ในปี พ.ศ. 2561 และมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะปรับตัวลดลงต่ำกว่าระดับร้อยละ 62 ในช่วง 6 – 8 ปีข้างหน้า การเพิ่มการเข้าร่วมกำลังแรงงานของผู้คนในกลุ่มต่าง ๆ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งต่อการรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

งานศึกษานี้เสนอให้รัฐบาลเพิ่มสวัสดิการในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อเป็นทางเลือกให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง โดยอาจอยู่ในรูปแบบของ 1) การขยายเกณฑ์ในการรับดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้สังกัดของ อปท. ให้ต่ำลงมาเป็นตั้งแต่ 1 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) การจ่ายเงินอุดหนุนรายหัวให้กับสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ที่รับเลี้ยงเด็กในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี และขึ้นทะเบียนไว้กับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ 3) การจ่ายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 2 ปีให้กับพ่อแม่หรือแม่ที่ต้องออกจากงานเพื่อมาทำการเลี้ยงดูเด็ก โดยข้อเสนอทั้ง 3 ส่วนนี้จะมีข้อดีข้อเสียต่อสังคมในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

---

<sup>11</sup> โปรดดูเว็บไซต์ <https://abc.fpg.unc.edu/> สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องของโครงการ

<sup>12</sup> โปรดดูเว็บไซต์ <https://www.nursefamilypartnership.org/about/proven-results/> สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมและงานศึกษาของโครงการ

<sup>13</sup> โปรดดูเว็บไซต์ <https://highscope.org/perry-preschool-project/> สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องของโครงการ

<sup>14</sup> ยกตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ Vuri (2016) และ Cascio, Haider and Nielsen (2015) เป็นต้น



1) การขยายเกณฑ์ในการรับดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด อปท. ลงมาเป็นตั้งแต่ 1 ปี  
บริบูรณ์

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดของ อปท. ทำหน้าที่ดูแลเด็กเล็กอายุตั้งแต่ 2 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปัจจุบัน ส่งผลให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังกล่าวมีทรัพยากรที่สามารถใช้รองรับการดูแลเด็กเล็กเพิ่มเติมได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะทรัพยากรด้านกายภาพ และบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนาเด็กเล็ก ในขณะที่ กระทรวงสาธารณสุขก็มีเครื่องมือที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กเล็กและเด็กปฐมวัย อันได้แก่ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Development Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ซึ่งผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่สามารถใช้ในการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กเล็กในช่วง 1 – 2 ปี ได้

อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลเด็กในช่วง 1 – 2 ปีให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 รัฐบาลจำเป็นต้องมีงบประมาณเพิ่มเติมให้กับศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ ทั้งนี้ งานศึกษานี้ทดลองคำนวณงบประมาณเพิ่มเติมที่รัฐบาลต้องใช้เพื่อรองรับข้อเสนอนี้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ค่าอาหารและนมเด็กเล็ก จำนวนวันละ 30 บาท/คน เป็นระยะเวลา 245 วัน/ปี 2) ค่าอุปกรณ์การเลี้ยงดู อาทิ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือชุดเด็ก เป็นต้น จำนวน 10,000 บาท/คน/ปี และ 3) เงินเดือนของครูและผู้ดูแลเด็ก โดยสมมติให้เงินเดือนและค่าตอบแทนของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับเดียวกันกับครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปัจจุบัน และกำหนดให้ครู 1 คนและผู้ดูแลเด็ก 1 คน ทำหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 1 – 2 ปี จำนวน 10 คน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กมีจำนวน 46,150 บาท/คน/ปี นอกจากนี้ สมมติให้เด็กเล็กในช่วง 1 – 2 ปี ทุกคนได้รับการดูแลภายใต้ข้อเสนอนี้ (จากข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2561 เด็กในช่วงอายุดังกล่าวมีจำนวนทั้งสิ้น 649,960 คน ทั่วประเทศ) งบประมาณที่รัฐบาลต้องใช้ในการสนับสนุนศูนย์ดูแลเด็กเล็กเพิ่มเติมจะมีมูลค่าทั้งสิ้น 29,996 ล้านบาท (ดูตารางที่ 6.4 ประกอบ)

ตารางที่ 6.4 ประมาณการงบประมาณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพิ่มเติม เพื่อรองรับเด็ก 1 – 2 ปี

รายการ	รายละเอียด/ข้อกำหนด	งบประมาณรายปี ต่อเด็ก 1 คน
1. อาหาร และนมเด็กเล็ก	วันละ 30 บาท/คน 245 วัน/ปี	7,350
2. อุปกรณ์การเลี้ยงดู	10,000 บาท/คน/ปี	10,000
3. ครู และผู้ดูแล	เงินเดือนครู 15,000 บาท/เดือน	28,800
	เงินเดือนผู้ดูแล 9,000 บาท/เดือน	
	ครู 1 คนและผู้ดูแล 1 คน/เด็ก 10 คน	
รวม (หน่วย: บาท/เด็ก 1 คน)		46,150
จำนวนเด็ก (หน่วย: คน)	ข้อมูลกรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2561	649,960
รวมทั้งสิ้น (หน่วย: ล้านบาท)		29,996

ที่มา: รวบรวมและคำนวณโดยคณะผู้ศึกษา

2) การจ่ายเงินอุดหนุนรายหัวให้กับสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

เพื่อเป็นข้อเสนอทางเลือกในการเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุ 1 – 2 ปี ประเทศไทยอาจประยุกต์ใช้นโยบายที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับประเทศสหรัฐอเมริกา ที่อาศัยการให้เงินอุดหนุนให้กับเด็กแต่ละคนในการเข้ารับการดูแลจากสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กของภาคเอกชน โดยที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นคนเลือกสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กดังกล่าวด้วยตนเอง

ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กเล็กได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ รัฐบาลอาจกำหนดเงื่อนไขในการเข้าร่วมโครงการของสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กภาคเอกชน โดยจะต้องมีการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามวิธีปฏิบัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลอาจจัดให้มีโครงสร้างของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำ และประเมินคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็กภาคเอกชนดังกล่าวด้วย โดยคณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยตัวแทนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และอาจมีตัวแทนของกระทรวงมหาดไทยเข้าร่วมด้วย

ในส่วนของงบประมาณนั้น เพื่อให้อยู่ในระดับเดียวกันกับข้อเสนอลักษณะแรก เงินสนับสนุนต่อตัวเด็กดังกล่าวจะอยู่ที่ระดับ 46,150 บาท/คน/ปี โดยรัฐบาลจ่ายให้กับสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กภาคเอกชนที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเลือกให้ดูแลบุตรหลานของพวกเขาโดยตรง ทั้งนี้ ในกรณีที่ระดับค่าใช้จ่ายปกติในการรับดูแลเด็กเล็กของสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กภาคเอกชนบางแห่งอาจอยู่ในระดับที่สูงกว่าเงินอุดหนุนดังกล่าว รัฐบาลก็อาจกำหนดให้เงินสนับสนุนส่วนเกินเป็นภาระของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กได้



### 3) การจ่ายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 2 ปี ให้กับพ่อหรือแม่ที่ต้องออกจากงานมาดูแลเด็ก

จากการสัมภาษณ์บุคลากรในหลายภาคส่วนภายใต้การศึกษานี้ ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านมีความเห็นตรงกันว่าผู้ที่ให้การดูแลเด็กเล็กในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปีที่ดีที่สุด คือ พ่อหรือแม่ของเด็กเอง ทั้งนี้ เด็กเล็กในช่วงอายุดังกล่าวต้องการความรัก ความเข้าใจ และความอดทน ในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลให้บุคคลภายนอกไม่สามารถให้การดูแลได้ในระดับเดียวกันกับพ่อหรือแม่ของเด็ก

อย่างไรก็ตาม ตามที่ได้กล่าวถึงไว้ในตอนต้น พ่อหรือแม่ในปัจจุบันจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรส่วนตัวในการให้การเลี้ยงดูเด็กในช่วงอายุดังกล่าว ซึ่งอาจสร้างเงื่อนไขและข้อจำกัดจำนวนมากให้กับครอบครัวที่มีฐานะยากจนหรือครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว งานศึกษานี้จึงมีข้อเสนอทางเลือกเพิ่มเติมอีกประการหนึ่ง นั่นคือ การจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูเด็กจำนวน 46,150 บาท/คน/ปี ให้กับพ่อหรือแม่ที่ต้องออกจากการทำงานประจำ เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลเด็กในช่วงอายุ 1 – 2 ปี โดยเรียกโครงการทางเลือกนี้ว่า “โครงการจ้างพ่อแม่เลี้ยงลูก (Cash for care)”

การจ่ายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กลักษณะนี้ รัฐบาลอาจกำหนดเงื่อนไขในการจ่ายเงินให้กับพ่อหรือแม่เพิ่มเติม เพื่อให้พ่อหรือแม่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพ อาทิ การกำหนดให้ปฏิบัติตามคู่มือ DSPM ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด การกำหนดให้เด็กเล็กเข้ารับวัคซีนและบริการทางการแพทย์อื่น ๆ อย่างเคร่งครัด หรือการส่งตัวแทนไปตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำกับพ่อหรือแม่ที่ได้รับเงินอุดหนุนดังกล่าวเป็นระยะ เป็นต้น

สำหรับหน่วยงานที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของโครงการนี้ ในกรณีรูปแบบที่ 1 ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในกรณีรูปแบบที่ 2 และ 3 ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

### 6.6 โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย

ผ้าอ้อมสำเร็จรูปกลายเป็นผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นอย่างมากสำหรับการเลี้ยงเด็กเล็กแรกเกิดในยุคปัจจุบัน โดยเฉลี่ยแล้วเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 30 เดือนจะใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปรวมทั้งสิ้นประมาณ 5,000 ชิ้น หรือเฉลี่ยวันละ 5-6 ชิ้น ดังนั้น ในแต่ละวันประเทศไทยจะมีการใช้ผ้าอ้อมสูงถึง 8.72 ล้านชิ้น (หากเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 30 เดือนจำนวน 1,569,632 คน ทุกคนใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเฉลี่ยวันละ 5-6 ชิ้น) เมื่อผ้าอ้อมถูกใช้แล้วจะมีน้ำหนักประมาณ 400 กรัม รวมหนึ่งวันจะมีขยะผ้าอ้อมคิดเป็นน้ำหนักประมาณ 3,488 ตัน เปรียบได้กับต้องใช้รถกระบะ 3,488 คันในการบรรทุกผ้าอ้อมที่ถูกใช้แล้ว<sup>15</sup> ซึ่งจะกลายเป็นขยะและสารตกค้างในสิ่งแวดล้อม

<sup>15</sup> ยังไม่รวมผ้าอ้อมที่ใช้แล้วสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

หรืออาจจะเป็นขยะมูลฝอยติดเชื้อที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ นอกจากนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป 1 ชิ้น ประกอบด้วยพลาสติก สารดูดซับน้ำและความชื้น สารฆ่าเชื้อโรค และเยื่อกระดาษฟอกขาวซึ่งในระหว่างขบวนการฟอกเยื่อกระดาษให้เป็นสีขาวนั้นจะมีการปล่อยสารไดออกซินออกมา ซึ่งเป็นสารพิษที่สลายตัวช้าและเป็นสารก่อมะเร็งได้อีกด้วย

หากพิจารณาถึงวิธีการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขอนามัย ผลการสำรวจการกำจัดอุจจาระเด็กอายุ 0-2 ปี โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่า การกำจัดอุจจาระของเด็กถูกกำจัดอย่างไม่ถูกสุขลักษณะมากที่สุดถึงร้อยละ 58.9 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในขยะ (ร้อยละ 42.7) โดยในเฉพาะกรุงเทพมหานครและเขตเมือง ส่วนการกำจัดอุจจาระอย่างปลอดภัยมาพบว่ามีเพียงร้อยละ 41.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการขับถ่ายในห้องส้วม หรือถ่ายแล้วทิ้งในห้องส้วม

การกำจัดขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้ในครัวเรือนเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล หรือสำนักงานเขตต่าง ๆ วิธีการกำจัดส่วนใหญ่จะมีอยู่สองวิธีคือ **หนึ่ง วิธีฝังกลบ** ซึ่งมีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะและจำเป็นต้องใช้เนื้อที่เป็นจำนวนมากและยังใช้ระยะเวลาในการย่อยสลายถึง 450 ถึง 550 ปี อีกทั้ง ขยะซากผ้าอ้อมที่หลงเหลืออยู่ในบ่อฝังกลบจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากก่อให้เกิดการปนเปื้อนทางดิน ทางน้ำผิวดินและทางน้ำใต้ดิน ซึ่งท้ายที่สุดก็จะส่งผลเสียต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ **สอง กำจัดด้วยวิธีการเผา** ซึ่งช่วงระยะเวลาก่อนการเผาจะกองขยะผ้าอ้อมไว้ในที่โล่งแจ้งและปะปนกับขยะทั่วไป ซึ่งอาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ติดมากับขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เมื่อมีปริมาณมากขึ้นจึงจัดการโดยการเผาทิ้งซึ่งก็จะส่งผลให้เกิดมลพิษทางอากาศ

หากพิจารณาถึงวิธีการกำจัดผ้าอ้อมในต่างประเทศพบว่า การรีไซเคิลขยะผ้าอ้อมเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้น แต่ก็มีขั้นตอนที่ซับซ้อนและมีต้นทุนที่สูง เช่น ประเทศเม็กซิโกได้เริ่มพัฒนาเทคนิคการย่อยสลายขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูป และนำไปผสมกับฟางข้าวสาลีเพื่อใช้เพาะเห็ด (หลังจากผ่านการแยกของเสียและฆ่าเชื้อโรคแล้ว) หรือโรงงานรีไซเคิลขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปในประเทศอิตาลีที่นำวัสดุดูดซับในผ้าอ้อมไปใช้ทำทรายแมว ขณะที่เยื่อเซลลูโลสสามารถนำไปใช้ทำนามบัตรได้ ส่วนประเทศเนเธอร์แลนด์ พ่อแม่สามารถนำขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปทิ้งในถังขยะที่ติดตั้งอยู่ตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ซูเปอร์มาร์เก็ต สถานเลี้ยงเด็ก ร้านขายยา และสามารถค้นหาตำแหน่งของถังขยะสำหรับผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่อยู่ใกล้ที่สุดได้จากแอปพลิเคชัน ในส่วนของการรีไซเคิลสามารถนำพลาสติกจากผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปผลิตเป็นผ้าขูดน้ำยาทำความสะอาดหรือถังขยะ ส่วนเซลลูโลสสามารถนำไปใช้ผลิตถุงผ้าได้

ดังนั้นเพื่อลดปัญหาการกำจัดอุจจาระของเด็กถูกกำจัดอย่างไม่ถูกสุขอนามัย คณะผู้ศึกษาจึงเสนอให้รัฐบาล (รวมถึงหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ อย่าง สสส.) ดำเนินโครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

**หนึ่ง** รณรงค์เพื่อสร้างการรับรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้เลี้ยงดูเด็กเล็กให้เล็งเห็นถึงผลกระทบของการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่มีต่อสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยส่งเสริมให้ใช้ผ้าอ้อมแบบผ้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง ในช่วงที่ขณะยังเป็นเด็กทารกแรกเกิดจนถึง 3 เดือน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรได้แล้ว ยังสามารถลดการระคายเคืองจากการสัมผัสจากผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ปนเปื้อนปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานานได้อีกด้วย

**สอง** รมรณรงค์การจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย โดยสร้างการรับรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้นำสิ่งปฏิกูลในผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปทิ้งในถังชักโครก ก่อนที่จะนำขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปผูกมัดไว้ในถุงขยะสีแดง (ถุงขยะสำหรับขยะติดเชื้อ) หรืออาจจะเขียนฉลากหรือป้ายกำกับติดไว้ที่ถุงว่าเป็นขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เพื่อให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นสามารถคัดแยก และแยกกำจัดขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้อย่างถูกต้องวิธี

**สาม** ควบคุมให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นนำขยะผ้าอ้อม ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นขยะมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ศูนย์กำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นสถานที่กำจัดเฉพาะ (หากไม่มีหน่วยงานท้องถิ่นที่อยู่ในเขตติดต่อกันอาจร่วมกันสร้างขึ้น และใช้งานร่วมกัน) และ

**สี่** ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนหรือดำเนินการเก็บรวบรวม หรือกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็น

งบประมาณที่ใช้ในโครงการนี้ เนื่องจากการรณรงค์โดยหน่วยงานของรัฐ ซึ่งสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลภาครัฐที่มีอยู่เดิมได้ ดังนั้นการรณรงค์ลักษณะนี้จึงไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลมากนัก

สำหรับหน่วยงานที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของโครงการนี้ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



## บทที่ 7 บทสรุป

การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นหนึ่งในหนทางที่ดีที่สุดที่ช่วยประเทศให้เจริญก้าวหน้า เติบโตอย่างทั่วถึง มีความเท่าเทียมในด้านโอกาส และยุติความยากจนอย่างรุนแรงได้ งานศึกษาที่ผ่านมาโดย Belli *et al.* (2005) ชี้ให้เห็นว่า การลงทุนในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพ ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพที่ดี และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการป่วยของทารกและเด็ก นอกจากนี้ ยังส่งผลโดยตรงต่อเศรษฐกิจ ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ช่วยสนับสนุนให้พัฒนาการเด็กทั้งทางด้านสติปัญญา ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งภาวะจิตสังคมในเด็กดีขึ้น ซึ่งทำให้ผลการเรียนในระดับประถมศึกษาของเด็กดีขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ Amartya K. Sen (Sen, 1999) ยังชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากช่องทางการเชื่อมทางสังคมและการเมือง

การลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การลงทุนในเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ให้ผลตอบแทนสูงสุดสูงกว่าการลงทุนในช่วงวัยอื่น ๆ ทั้งหมด (Heckman, 2008) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สมองเติบโตเร็วกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ ทั้งหมด งานศึกษาที่ผ่านมาได้ประเมินผลตอบแทนของโครงการสนับสนุนเด็กปฐมวัยและพบว่าให้ผลตอบแทนที่สูงมาก ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา โครงการเด็กปฐมวัย Carolina Abecedarian Early Intervention (ABC) และโครงการ Carolina Approach to Responsive Education (CARE) ซึ่งให้บริการดูแลแก่เด็กที่ด้อยโอกาสแบบไม่มีค่าใช้จ่าย 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่เด็กเกิด (อายุ 8 สัปดาห์) จนถึงอายุ 5 ปี ให้ผลตอบแทนสูงที่อัตราร้อยละ 13.7 ต่อปี และมีอัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit/cost ratio) ที่ 7.3 เท่า (García *et al.*, 2016) โครงการ High/Scope Perry Preschool ซึ่งเป็นโครงการที่ให้การศึกษาแก่เด็กปฐมวัยอายุ 3 ถึง 4 ขวบ ด้วยการกระตุ้นให้เด็กดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการ 3 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Do) และ 3) การทบทวน (Review) ให้ผลตอบแทนทางสังคมที่ร้อยละ 7 ถึง 10 โดยประโยชน์ของโครงการวัดจากการสำเร็จการศึกษาที่เพิ่มขึ้น การจ้างงานและรายได้ที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่ลดลง ทั้งในส่วนของพ่อแม่และตัวเด็ก (Heckman *et al.*, 2010)

ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า สวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทยนั้นเป็นอย่างไร ขนาดงบประมาณที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่? สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยใดบ้าง? ที่พบว่ามีปัญหาและภาครัฐควรมีบทบาทสนับสนุนหรือเป็นผู้รับผิดชอบจัดหาสวัสดิการที่อาจมีไม่เพียงพอหรือขาดอยู่ในปัจจุบัน คำถามเหล่านี้ล้วนเป็นคำถามที่สำคัญ ซึ่งงานศึกษาชิ้นนี้ได้พยายามศึกษาเพื่อหาคำตอบของคำถามเหล่านี้ พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมโครงการสวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-3 ปี ที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

## 7.1 สวัสดิการภาครัฐเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย

หน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยให้ความสนใจต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการดำเนินงานของ 4 กระทรวงหลัก ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (การให้เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด การให้ความช่วยเหลือกลุ่มเด็กที่มีปัญหา การคุ้มครองและป้องกันการกระทำความรุนแรงแก่เด็ก รวมไปถึงการขึ้นทะเบียนสถานรับเลี้ยงเด็ก) กระทรวงมหาดไทย (ให้การดูแลเด็กผ่านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้สังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) กระทรวงสาธารณสุข (ให้การดูแลด้านสุขภาพแก่เด็กและครอบครัว ให้ความรู้ในการดูแลเด็ก รวมถึงผลิตเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการดูแลเด็ก) และกระทรวงศึกษาธิการ (จัดการศึกษาเด็กปฐมวัยระดับอนุบาล รวมถึงเป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการการพัฒนาเด็กปฐมวัย) รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วย

งบประมาณในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานภาครัฐของไทยจัดทำขึ้นในลักษณะแยกส่วน โดยหน่วยงานของแต่ละกระทรวงที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องจะขอรับจัดสรรงบประมาณแยกออกจากกัน ทั้งนี้ การรวบรวมมูลค่างบประมาณเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานภาครัฐไม่สามารถดูจากเอกสารงบประมาณเพียงอย่างเดียวได้ โดยเฉพาะในส่วนของงบประมาณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงบประมาณด้านสาธารณสุข ที่ถูกส่งผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมไปถึงงบประมาณที่แฝงรวมอยู่กับระบบสวัสดิการข้าราชการหรือระบบการประกันสังคม เป็นต้น

งานศึกษานี้ได้ประเมินงบประมาณรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี โดยแบ่งงบประมาณออกเป็นสามส่วน ได้แก่ **หนึ่ง** โครงการและกิจกรรมที่อยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณและแผนงาน ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารงบประมาณ **สอง** งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ **สาม** งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขสำหรับเด็กเล็ก 0 – 3 ปี โดยมีรายละเอียดดังนี้

**หนึ่ง** งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2562 ที่ใช้ในการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ตามที่ปรากฏในเอกสารงบประมาณ มีมูลค่าเพียง 16,374 ล้านบาท โดยอยู่ภายใต้แผนงานบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต แผนงานบูรณาการยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง และแผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<sup>16</sup>

**สอง** งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ใช้ดูแลเด็กในช่วงอายุ 2 – 3 ปี (ก่อนอนุบาล) ซึ่งงานศึกษานี้ได้ประเมินมูลค่าไว้ที่ 16,027 ล้านบาท และ

**สาม** งบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่เด็กเล็กในช่วง 0-3 ปี (ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา) งานศึกษานี้ได้ประเมินงบประมาณไว้เป็นจำนวน 26,107 ล้านบาท

<sup>16</sup> การพิจารณาถึงงบประมาณข้างต้นยังมิได้รวมถึงงบประมาณตามแผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ หรือแผนงานบูรณาการอื่น ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมไปถึงบุคคลากรและงบประมาณในส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากตัวชี้วัดหรือชื่อกิจกรรมและชื่อโครงการภายใต้แผนบูรณาการเหล่านี้ มิได้สะท้อนถึงความสัมพันธ์กับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในช่วงอายุ 0 – 3 ปี อย่างชัดเจน

เมื่อรวมงบประมาณจากทั้งสามส่วนเข้าด้วยกัน งบประมาณภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กเล็กในช่วงอายุ 0 – 3 ปี ของประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 อยู่ที่ 58,508 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.0 ของงบประมาณประจำปีของรัฐบาล หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของ GDP ของประเทศเพียงเท่านั้น หากคิดเป็นงบประมาณต่อคนจะพบว่าเท่ากับ 22,806 บาทต่อคนต่อปี

หากเปรียบเทียบการจัดสรรงบประมาณรัฐที่ให้กับเด็กก่อนระดับชั้นประถมศึกษา (Pre-primary education) ที่มีอายุในช่วง 0-5 ปี ของกลุ่มประเทศ OECD<sup>17</sup> จากข้อมูลล่าสุด ณ ปี พ.ศ. 2558 พบว่าประเทศสมาชิก OECD โดยเฉลี่ยจัดสรรงบประมาณคิดเป็นประมาณร้อยละ 0.7 ของ GDP โดยที่ประเทศไอซ์แลนด์และสวีเดน เป็นประเทศที่จัดสรรงบประมาณสูงที่สุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 1.8 และ 1.6 ของ GDP ตามลำดับ สำหรับประเทศในทวีปเอเชีย ประเทศเกาหลีใต้จัดสรรงบประมาณให้เด็กก่อนปฐมวัยสูงประมาณร้อยละ 1 ของ GDP ขณะที่ ประเทศญี่ปุ่นจัดสรรงบประมาณให้เด็กก่อนปฐมวัยราวร้อยละ 0.5 ของ GDP

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาที่จัดสรรให้กับเด็กที่มีอายุ 3-17 ปี<sup>18</sup> ที่อยู่ในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน (อนุบาลจนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ของประเทศไทย ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่ 405,174 ล้านบาท<sup>19</sup> คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 ของ GDP และหากคิดเป็นงบประมาณต่อคนจะเท่ากับ 34,837 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่างบประมาณต่อคนของเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี ถึง 1.5 เท่า โดยที่ งบประมาณสำหรับเด็ก 3-17 ปี ที่นำมาเปรียบเทียบนี้ เป็นงบประมาณเฉพาะในด้านการศึกษาเพียงด้านเดียวเท่านั้น

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การจัดสรรงบประมาณรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ถือว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับความสำคัญของการพัฒนาเด็กเล็กเพื่อให้เติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต และมีลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนตามช่วงวัย เนื่องจากเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี เป็นช่วงอายุที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนสูงกว่าเด็กในช่วงอายุอื่น ๆ แต่กลับได้รับการจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่น้อยกว่า

<sup>17</sup> เป็นกลุ่มประเทศที่มีการรวบรวมข้อมูลงบประมาณรายจ่ายตามช่วงอายุอย่างเป็นระบบ และข้อมูลมีความสะดวกในการเข้าถึง โดยงบประมาณรัฐประกอบไปด้วยงบประมาณการดูแลเด็กและการศึกษาของก่อนระดับชั้นประถมศึกษา

<sup>18</sup> พิจารณาเฉพาะงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ ยังมีงบประมาณรายจ่ายอื่น ๆ ที่ยังมีได้พิจารณา เช่น รายจ่ายด้านสาธารณสุข และเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด แต่เป็นงบประมาณที่ไม่สูงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณด้านการศึกษาที่เด็กในช่วงอายุ 3-17 ปีได้รับ

<sup>19</sup> เป็นงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษาที่จำแนกตามลักษณะงาน โดยประกอบไปด้วยรายจ่ายการศึกษา 1. ระดับก่อนวัยเรียน ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (347,779 ล้านบาท) 2. การศึกษาไม่กำหนดระดับ (2,688 ล้านบาท) 4. การบริการสนับสนุนการศึกษา (10,366 ล้านบาท) และ 5. การศึกษาอื่น (44,341 ล้านบาท) ทั้งนี้ ยังไม่ได้รวมรายจ่ายการศึกษา ระดับอุดมศึกษา (101,833 ล้านบาท) และการวิจัยและการพัฒนาด้านการศึกษา (3,421 ล้านบาท) ซึ่งงบประมาณที่จัดสรรให้กับเด็กในช่วงอายุ 4-18 ปี (เอกสารงบประมาณโดยสังเขป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 หน้าที่ 68)



## 7.2 สถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

งานศึกษานี้ได้เชื่อมโยงกรอบการดูแลและการเลี้ยงดู (Nurturing care) เด็กปฐมวัย 5 ด้านของ องค์การอนามัยโลก องค์การทุกเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และธนาคารโลก (WHO *et al.*, 2018) กับ โปรแกรมสนับสนุนเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ 25 โปรแกรมของธนาคารโลก (Denboba *et al.*, 2014) มาใช้เป็นกรอบในการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากรายการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินพบว่า สภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังมีปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขอย่างเร่งด่วนใน 4 ด้านสำคัญ ดังนี้

**ด้านที่ 1 สุขภาพที่ดีของเด็ก** การที่เด็กจะมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างมากจะทำให้ความรักและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กในด้านต่าง ๆ ในแต่ละวันได้เพียงพอหรือไม่ ผลจากการประเมินชี้ให้เห็นปัญหาเรื่องการศึกษาของผู้เป็นแม่ เนื่องจากช่วงอายุที่เพศหญิงมีบุตรคนแรกมากที่สุดอยู่ในช่วง 15 ถึง 20 ปี (ร้อยละ 36.79) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 95.53) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ขาดความพร้อมทั้งความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ และวุฒิภาวะในการดูแลเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเติบโต สุขภาพ พัฒนาการ และโอกาสของเด็กสำหรับการเรียนรู้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

**ด้านที่ 2 โภชนาการที่เพียงพอ** สำหรับเด็กเล็กที่เพิ่งเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนนั้น การให้นมแม่แต่เพียงอย่างเดียวส่งผลที่ดีเป็นอย่างมากต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เนื่องจากน้ำนมแม่มีคุณค่าของสารอาหารสูงและมีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะมีพัฒนาการทางด้านจิตสังคมดีจากการมีโอกาสใกล้ชิดและสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและมารดา และสำหรับเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือนเป็นต้นไป การให้อาหารเสริมการให้นมแม่ ก็จะทำให้เด็กได้รับสารอาหารและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อการเติบโตในแต่ละช่วงวัย

ผลจากการประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลเด็กปฐมวัยพบปัญหาในสองเรื่อง ได้แก่ **หนึ่ง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว** โดยเด็กในช่วงอายุ 0-5 เดือนที่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวพบว่า มีเพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น และสอง **อาหารปลอดภัยและมีปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ** โดยเด็กในช่วงอายุ 6-23 เดือน มีเพียงร้อยละ 55.6 เท่านั้นที่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งจำนวนมื้อและความหลากหลายของอาหาร ทั้งนี้ จากการเก็บแบบสอบถามเด็กในเขตพื้นที่เทศบาลในเขตนครรังสิตพบว่า เด็กในพื้นที่เขตเมืองถึงร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้ ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารเช้าให้เด็กรับประทานเองมีเพียงร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งหมายความว่า เด็กเกินครึ่งหนึ่งต้องรับประทานอาหารเช้าที่ซื้อหรือระหว่างเดินทางมาโรงเรียน ซึ่งรวมถึงข้าวเหนียวหมูปิ้ง อาหารทอด (ร้อยละ 14 ของเด็กทั้งหมดที่สำรวจ) โดยอาหารซึ่งเหล่านี้เป็นอาหารที่ควบคุมคุณภาพและสารอาหารได้ยาก

**ด้านที่ 3 การดูแลที่ตอบสนอง** ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการประกาศใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่กำหนดสิทธิให้ลูกจ้างหญิงตั้งครรภ์สามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 98 วัน (รวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์) อย่างไรก็ตาม

ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นปัญหาในเรื่องสิทธิการลาคลอดของพ่อแม่และการดูแลเด็กอย่างเพียงพอ โดยพบว่า การดำเนินการตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานนี้ยังคงเกิดขึ้นเฉพาะในส่วนของการจ้างงานภาคทางการเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้เป็นแม่ส่วนใหญ่จะได้รับรายได้ที่ลดลงในช่วงการลาคลอดบุตร และอาจไม่มีรายได้เลยในกรณีที่ เป็นแรงงานนอกระบบหรือประกอบอาชีพอิสระ ในขณะที่ การลาเลี้ยงดูบุตรของผู้เป็นพ่อมักเป็นการลาที่ไม่ได้รับเงินเดือน ส่งผลให้เกิดเงื่อนงำที่บังคับให้พ่อแม่ต้องกลับไปทำงานก่อนกำหนด ในขณะที่ ภาครัฐยังไม่มีมาตรการสวัสดิการที่ชัดเจนเพื่อเป็นทางเลือกในการเลี้ยงดูบุตรในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้กับผู้ที่ เป็นพ่อแม่

**ด้านที่ 4 ความมั่นคงและปลอดภัย** เด็กเล็กเป็นช่วงวัยที่ไม่สามารถปกป้องตนเองและเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่สะอาด การปฏิบัติด้านสุขลักษณะที่ดี (Good hygiene practices) และการมีสุขาภิบาลที่เพียงพอ ย่อมมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของสตรีมีครรภ์และเด็กเล็ก แต่ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นปัญหาในเรื่องการสุขาภิบาลที่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่พบว่า การกำจัดอุจจาระเด็กช่วงอายุ 0-2 ปี เป็นไปด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขอนามัย (ร้อยละ 58.9) เช่น การถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในขยะ (ร้อยละ 42.7) การฝัง (ร้อยละ 5.5) และการทิ้งในที่โล่ง (ร้อยละ 2.4) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า การถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้วทิ้งในถังขยะมีสัดส่วนที่สูงมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร

### 7.3 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี ในประเทศไทย

งานศึกษานี้ได้เสนอให้มีการจัดสวัสดิการเพื่อการพัฒนาเด็กช่วงอายุ 0-3 ปี เพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นไปที่ประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนหรือมีช่องว่างที่ควรได้รับการสนับสนุนอย่างมาก รวมทั้ง ไม่น่าจะสร้างภาระงบประมาณที่เกินกำลังต่อรัฐบาลหรือประเทศ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าว ประกอบด้วย

#### 1) การขยายสิทธิการฝากครรภ์ของมารดาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อลดทอนปัญหาด้านการศึกษาของผู้เป็นแม่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาความไม่พร้อมของผู้เป็นแม่ งานศึกษานี้เสนอให้มีการขยายสิทธิการฝากครรภ์ตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถฝากครรภ์นอกพื้นที่ตามทะเบียนบ้านได้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่แม่ตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพและถ้วนหน้า ทั้งนี้ เมื่อแม่ตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์จะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ลดความเสี่ยงในการคลอด และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงพัฒนาการของเด็กตั้งแต่เริ่มต้นอีกด้วย

การขยายสิทธิเข้ารับบริการฝากครรภ์ในลักษณะนี้ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลมากนัก เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติน่าจะครอบคลุมคนไทยทุกคนอยู่แล้วในปัจจุบัน

2) โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ

เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งควรได้รับการคัดกรองพัฒนาการอย่างทันท่วงที และเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้า ซึ่งควรได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเพื่อแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการที่เพียงพอ ที่มีเด็กในช่วงอายุ 0-5 เดือน ที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว เพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น งานศึกษานี้จึงเสนอให้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดควรเป็นแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยแบ่งทางเลือกการอุดหนุนออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยกำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัวที่เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เหมือนเกณฑ์ในปัจจุบัน โดยโครงการนี้เป็นการร่วมมือระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกระทรวงสาธารณสุขในการนำ “คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) “คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ” (Thai Early Developmental Assessment for Intervention, TEDA4) และคู่มืออื่น ๆ ที่มีมาปรับใช้ และกำหนดเงื่อนไขให้เด็กเล็กต้องผ่านเงื่อนไขของการเข้ารับวัคซีนและบริการทางการแพทย์อื่น ๆ รวมทั้งเงื่อนไขทางโภชนาการ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นหนึ่งในเกณฑ์การรับเงินอุดหนุน โดยโครงการในรูปแบบนี้จะใช้งบประมาณเท่ากับที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ราว 4,040 ล้านบาท และ

2) รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดแบบมีเงื่อนไขที่ผูกกับการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยและโภชนาการ โดยไม่กำหนดเงื่อนไขเกณฑ์ฐานรายได้ของคนในครอบครัว เพื่อให้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นแบบถ้วนหน้า โดยครอบคลุมเด็กแรกเกิดทุกคนในประเทศไทย ซึ่งจะใช้เงินงบประมาณในกรณีนี้ราว 34,958 ล้านบาท โดยรัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากรูปแบบแรกราว 30,918 ล้านบาท

3) โครงการอาหารเข้าสำหรับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เพื่อลดทอนปัญหาด้านการโภชนาการที่เพียงพอของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีความเหมาะสม งานศึกษานี้เสนอให้มีการจัดทำโครงการอาหารเข้าแก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยโครงการดังกล่าวจะสามารถเพิ่มสัดส่วนการรับประทานอาหารเข้าของเด็ก รวมถึงสนับสนุนให้เด็กได้รับอาหารเข้าที่เหมาะสม มีสารอาหารครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นได้

ข้อเสนอในส่วนนี้ถูกจัดแบ่งออกเป็น 3 กรณีทางเลือก ได้แก่ 1) กรณีที่รัฐจ่ายเงินสนับสนุนเด็กในการดูแลของศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 3,142 ล้านบาท 2)

กรณีที่รัฐสนับสนุนอาหารเข้าให้กับเด็กเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาล ซึ่งเป็นเขตที่มีปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารเช้ารุนแรงมากกว่า จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 1,757 ล้านบาท และ

3) กรณีที่รัฐและผู้ปกครองร่วมสนับสนุนโครงการอาหารเช้าให้กับเด็กฝ่ายละครึ่งหนึ่ง จะต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 1,571 ล้านบาท

#### 4) การสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่น

ข้อเสนออีกประการหนึ่งเพื่อลดทอนปัญหาด้านการโภชนาการที่เพียงพอของเด็ก งานศึกษานี้จึงมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอของสถาบันสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เห็นควรสนับสนุนให้มีนักโภชนาการท้องถิ่นเพื่อออกแบบอาหารและดูแลโภชนาการของเด็ก โดยอาจเปิดตำแหน่งนักโภชนาการอาหาร 1 ตำแหน่งในโรงเรียนที่มีนักเรียนในระดับ 500 คนขึ้นไป ในกรณีที่มีจำนวนเด็กไม่มากนัก ก็อาจกำหนดให้มีตำแหน่งนักโภชนาการท้องถิ่นประจำองค์การบริหารส่วนตำบลละ 1 คน โดยนักโภชนาการท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ช่วยออกแบบเมนูอาหาร รวมทั้งคัดเลือกวัตถุดิบ สำหรับใช้ประกอบอาหารให้แก่เด็กในแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณภาพและมีระดับโภชนาการที่เพียงพอ

#### 5) การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1 ถึง 2 ปี โดยการขยายช่วงเวลารับเลี้ยงดูเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้เงินอุดหนุนศูนย์ดูแลเด็กเล็ก และโครงการจ้างพ่อแม่เลี้ยงลูก (Cash for care)

เพื่อลดทอนปัญหาด้านการดูแลที่ตอบสนอง ซึ่งเกิดขึ้นจากเงื่อนงำที่กดดันให้พ่อแม่ต้องกลับไปทำงานก่อนกำหนด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลเด็กของประเทศ หรืออาจทำให้พ่อแม่หรือแม่ต้องออกจากการทำงานเพื่อมาเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง อันอาจส่งผลกระทบต่อกำลังแรงงานของประเทศรวมถึงปัญหาความเครียดของพ่อแม่และครอบครัว งานศึกษานี้เสนอให้ภาครัฐมีการจัดสวัสดิการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 1-2 ปี โดยข้อเสนอนี้จะช่วยส่งเสริมคุณภาพในการเลี้ยงดูเด็กของประเทศในภาพรวม ช่วยลดทอนปัญหาความเครียดของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง รวมถึงอาจช่วยลดปัญหาการขาดแคลนกำลังแรงงานที่เป็นผลสืบเนื่องจากสภาวะสังคมสูงวัยของประเทศด้วย

ข้อเสนอในส่วนนี้ถูกจัดแบ่งออกเป็น 3 กรณีทางเลือก ได้แก่ 1) การขยายเกณฑ์ในการรับดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด อปท. ลงมาเป็นตั้งแต่ 1 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ภายใต้การสนับสนุนเพิ่มเติมของรัฐเพื่อให้สามารถดำเนินการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ได้ 2) การจ่ายเงินอุดหนุนรายหัวให้กับสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 46,150 บาทต่อคนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขในการกำกับดูแลคุณภาพของภาครัฐอย่างเข้มงวด และ 3) การจ่ายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 2 ปี ให้กับพ่อแม่หรือแม่ที่ต้องออกจากงานมาดูแลเด็ก จำนวน 46,150 บาทต่อคนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขในการดูแลเด็กตามชุดเครื่องมือของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเข้มงวด ซึ่งทั้ง 3 กรณีทางเลือกต้องการงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากรัฐบาลเป็นจำนวนเท่ากันที่ 29,996 ล้านบาท

6) โครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย

เพื่อลดปัญหาในประเด็นการสุขาภิบาลที่เพียงพอที่เกิดขึ้นจากใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งส่วนใหญ่การกำจัดเป็นแบบไม่ถูกสุขอนามัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของประเทศ งานศึกษานี้เสนอให้มีหน่วยงานภาครัฐดำเนินโครงการรณรงค์การลดปริมาณการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เกินความจำเป็นและรณรงค์การกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย โดยส่งเสริมให้ใช้ผ้าอ้อมแบบผ้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงที่ขณะยังเป็นเด็กทารกแรกเกิดจนถึง 3 เดือน และส่งเสริมให้มีการกำจัดขยะผ้าอ้อมให้ถูกสุขอนามัย โดยการนำสิ่งปฏิกูลในผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปทิ้งในถังชักโครก ก่อนที่จะนำขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปผูกมัดไว้ในถุงขยะสีแดง หรืออาจเขียนฉลากหรือป้ายกำกับติดไว้ที่ถุงว่าเป็นขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เพื่อให้หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นสามารถคัดแยก และแยกกำจัดขยะผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้อย่างถูกวิธี

เนื่องจากเป็นโครงการรณรงค์โดยหน่วยงานของรัฐ ซึ่งสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลภาครัฐที่มีอยู่เดิมได้ ดังนั้นการรณรงค์ลักษณะนี้จึงไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลมากนัก

สำหรับงานศึกษาต่อไปในอนาคต ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นปัญหาของแรงงานที่อยู่นอกพื้นที่จากที่ระบุในทะเบียนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงงานจากต่างจังหวัดที่มีปัญหาในการใช้สิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ทั้งสิทธิในการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงสิทธิการฝากครรภ์ และสิทธิในการส่งลูกเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ลำดับความสำคัญแก่ผู้ที่อยู่อาศัยตามเขตพื้นที่ตามทะเบียนบ้านก่อน นอกจากนี้ สวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ในกรณีของแรงงานต่างด้าว ก็เป็นอีกเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมว่า สวัสดิการรัฐที่เหมาะสมและรองรับแรงงานในกลุ่มเหล่านี้ควรเป็นอย่างไร

สุดท้ายนี้ คณะผู้ศึกษาหวังว่า ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในงานศึกษาชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเด็กเล็กช่วงอายุ 0-3 ปี ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดต้นเหตุของความเหลื่อมล้ำ ความไม่เสมอภาค และความยากจนที่เกิดขึ้นในสังคมไทย รวมทั้งปัญหาทางสังคมอื่น ๆ นอกจากนี้ ก็จะมีส่วนสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพประชากรไทยอย่างมีคุณภาพตามหลักพัฒนา 4H ซึ่งก็คือ การพัฒนาสมอง (Head) การพัฒนาจิตใจ (Heart) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Hands) และการพัฒนาสุขภาพ (Health) ซึ่งควรถูกเริ่มต้นตั้งแต่เด็กปฐมวัยอีกด้วย

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กิตติยา โสภณโกโคย, 2553, “ความหมายและคุณลักษณะสำคัญของหน่วยงานของรัฐกับการจัดทำประมวลจริยธรรมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550,” เอกสารนำเสนอ สำนักส่งเสริมมาตรฐานจริยธรรม สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2555, *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็กอายุ 0 – 5 ปี*, สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สืบค้นเมื่อเดือนเมษายน 2562 จาก <http://www.hitap.net/documents/20573>

โรมัน ดาวิน, 2562, *นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ*, องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย สืบค้นเมื่อเดือนมีนาคม 2562 จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/นโยบายห้าประการด้านเด็กและเยาวชนที่รัฐบาลใหม่ควรให้ความสำคัญ>

ธราดล เปี่ยมพงศ์สานต์ เสกสิริ นิวัตติ์ยวงศ์ และ วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ, 2560, *นโยบายการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย*, กรุงเทพมหานคร: สถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย (Future Innovative Thailand Institute; FIT)

บังอร เทพเทียน และ ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, 2550, “การดูแลเด็กปฐมวัยของประเทศไทย,” *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, ปีที่ 5 (3), หน้า 117 – 128.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ และนิพรธนพร วรมงคล, 2556, “นโยบายสุขภาพวัยเด็กอายุ 0-5 ปีในประเทศไทยกับบทเรียนที่น่าสนใจจากประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น ไต้หวัน และประเทศในแถบตะวันออกกลาง,” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่ 7 ฉบับที่ 1, หน้า 168-181.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2560, *รายงานประจำปี 2560*, กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562, “ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2562,” *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*, ปีที่ 28, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2555, *รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในต่างประเทศ: ประเทศแคนาดา ประเทศสหรัฐอเมริกา ภูมิภาคตะวันออกกลาง ประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน*

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2544, *นโยบายและแผนการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) พ.ศ. 2545 – 2549*, กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กุมภาพันธ์ 2556, *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583*, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2560, *สถิติการศึกษาประจำปี 2559*, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2550, *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับปฐมวัย (0 – 5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550 – 2559*, กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2556, “การดูแลและการศึกษาเด็กปฐมวัย,” *เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการระหว่างประเทศ เรื่อง “การศึกษาเพื่ออนาคตประเทศไทย”* ระหว่างวันที่ 23 – 25 มิถุนายน 2556 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560, (*ร่าง*) *แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560 – 2564*, กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟประเทศไทย, 2560, *รายงานฉบับสมบูรณ์: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*, กรุงเทพมหานคร

สำนักงบประมาณ, 2561, *เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 3 งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เล่มที่ 14 (2) – (5)*, กรุงเทพมหานคร: สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี

สมชัย จิตสุชน จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ ยศ วัชรระคุปต์ และ นันทพร เมธาคุณวุฒิ, 2554, *รายงานฉบับสมบูรณ์: สู่ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2560*, กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

### ภาษาอังกฤษ

Adolphus, Katie, Lawton, Clare L., and Dye, Louise, 2013, “The Effects of Breakfast on Behavior and Academic Performance in Children and Adolescents,” *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol. 7, pp. 1-28.

Bärnighausen, Till, Bloom, David E., Canning, David, Friedman, Abigail, Levine, Orin, O'Brien, Jennifer, Privor-Dumm, Lois, and Walker, Damian, 2009, “The Economic Case for Expanding Vaccination Coverage of Children,” *Program on The Global Demography of Aging (PGDA) Working Paper No. 45*.

Belli, Paolo C., Bustreo, Flavia, and Preker, Alexander, 2005, “Investing in Children’s Health: What are the Economic Benefits?,” *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 83 (10), pp. 721–800.



- Black, Maureen M., Walker, Susan P., Fernald, Lia C. H., Andersen, Christopher T., DiGirolamo, Ann M., Lu, Chunling, McCoy, Dana C., Fink, Günther, Shawar, Yusra R., Shiffman, Jeremy, Devercelli, Amanda E., Wodon, Quentin T., Vargas-Barón, Emily, Grantham-McGregor, Sally, 2017, “Early Childhood Development Coming of Age: Science through the Life Course,” *Lancet*, Vol. 389, pp. 77–90.
- Cascio, U. E., S. J. Haider, and H. S. Nielsen, 2015, “The Effectiveness of Policies that Promote Labor Force Participation of Women with Children: A Collection of National Studies,” *Labour Economics*, Vol. 36, pp. 64–71.
- Council of Economic Advisers (CEA), 2015, *The Economics of Early Childhood Investments*, Executive Office of the President of the United States, retrieved from [https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/docs/early\\_childhood\\_report\\_update\\_final\\_non-embargo.pdf](https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/docs/early_childhood_report_update_final_non-embargo.pdf) (on April 10, 2019).
- Denboba, Amina D., Sayre, Rebecca K., Wodon, Quentin T., Elder, Leslie K., Rawlings, Laura B., Lombardi, Joan, 2014, *Stepping Up Early Childhood Development: Investing in Young Children for High Returns*, Washington, DC: World Bank.
- García, Jorge Luis, Heckman, James J., Leaf, Duncan Ermini, Prados, María José, 2016, “The Life-cycle Benefits of an Influential Early Childhood Program,” *NBER Working Paper No. 22993*, retrieved from <https://www.nber.org/papers/w22993> (June 20, 2019).
- García, Jorge Luis, Heckman, James J., Leaf, Duncan Ermini, Prados, María José, 2017, “Quantifying the Life-cycle Benefits of a Prototypical Early Childhood Program,” *NBER Working Paper No. 23479*, retrieved from <https://www.nber.org/papers/w23479> (April 5, 2019).
- Greenberg, Joy Pastan, 2011, “The Impact of Maternal Education on Children's Enrollment in Early Childhood Education and Care,” *Children and Youth Services Review*, Vol. 33(7), pp. 1049-1057.
- Heckman, James J., 2008, “Schools, Skills and Synapses,” *Economic Inquiry*, Vol. 46(3), pp. 289-324.
- Heckman, James J., 2010, “Policies to Foster Human Capital,” *Research in Economics*, Vol. 54, pp. 3-54.
- Heckman, James J., Holland, Margaret L., Makino, Kevin K., Pinto, Rodrigo, and Rosales-Rueda, Maria, 2017, “An Analysis of the Memphis Nurse-Family Partnership Program,” *NBER Working Paper 23610*.

- Heckman, James J., Moon, Seong Hyeok, Pinto, Rodrigo, Savelyev, Peter A., and Yavitz, Adam, 2010, "The Rate of Return to the HighScope Perry Preschool Program," *Journal of Public Economics*, Vol. 94(1-2), pp. 114-128.
- International Monetary Fund, 2015, "Fiscal Policy and Long-Term Growth," *IMF Policy Report*, Washington: International Monetary Fund.
- Kleven, Henrik Jacobsen, 2014, "How Can Scandinavians Tax So Much?," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 28 (4), pp. 77-98.
- Nordic Social Statistical Committee (NOSOSCO), 2017, *Social Protection in the Nordic Countries 2015/2016: Scope, Expenditure and Financing*, Version 63: 2017.
- Northern Ireland Assembly, 2011, "Preventative Spending," *NAIR 19-11*, retrieved from <http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/publications/2011/finance-and-personnel/1011.pdf> (April 5, 2019).
- OECD, 2010, *Doing Better for Children*, Paris: OECD.
- OECD, 2019, *Public Spending on Childcare and Early Education*, retrieved from [https://www.oecd.org/els/soc/PF3\\_1\\_Public\\_spending\\_on\\_childcare\\_and\\_early\\_education.pdf](https://www.oecd.org/els/soc/PF3_1_Public_spending_on_childcare_and_early_education.pdf)
- Olds, David L., 2012, "Improving the Life Chances of Vulnerable Children and Families with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership," *Psychosocial Intervention*, Vol. 21(2), pp. 129–143.
- Olds, David L., Henderson, Charles R., Jr, Cole, Robert, Eckenrode, John, Kitzman, Harriet, Luckey, Dennis, Pettitt, Lisa, Sidora, Kimberly, Morris, Pamela, and Powers, Jane, 1998, "Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 280, pp.1238-1244.
- Rostgaard, Tine, 2014, *Family Policies in Scandinavia*, retrieved from <https://library.fes.de/pdf-files/id/11106.pdf> (August 8, 2019)
- Sen, Amartya K., 1999, *Investing in Early Childhood: Its Role in Development*, Conference on Breaking the Poverty Cycle. Investing in Early Childhood, Inter-American Development Bank, Washington, DC.
- Sylva, Kathy, Melhuish, Edward, Sammons, Pam, Siraj-Blatchford, Iram, and Taggart, Brenda, 2008, *Final Report from the Primary Phase: Pre-school, School and Family Influences on Children's Development during Key Stage 2 (7-11)*, Nottingham, United Kingdom: Department for Children, Schools and Families.

- Sylva, Kathy, Siraj-Blatchford, Iram, Melhuish, Edward, Sammons, Pam, Taggart, Brenda, Evans, Emma, Dobson, Anne, Jeavons, Marjorie, Lewis, Katie, Morahan, Maria, and Sadler, Sharon, 1999, *The Effective Provision of PreSchool Education (EPPE) Project: Technical Paper 6 - Characteristics of the Centres in the EPPE Sample: Observation Profiles*. London: DfEE/Institute of Education, University of London.
- UNICEF, 2017, *UNICEF'S Programme Guidance for Early Childhood Development: UNICEF Programme Division 2017*, retrieved from [https://www.unicef.org/earlychildhood/files/FINAL\\_ECD\\_Programme\\_Guidance.\\_September.\\_2017.pdf](https://www.unicef.org/earlychildhood/files/FINAL_ECD_Programme_Guidance._September._2017.pdf) (July 12, 2019).
- UNICEF, 2018, *Early Childhood Development in the UNICEF Strategic Plan 2018–2021*, retrieved from <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-05/Early%20Childhood%20Development%20in%20the%20UNICEF%20Strategic%20Plan%202018-2021.pdf> (July 12, 2019).
- Vuri, D., 2016, “Do Childcare Policies Increase Maternal Employment?,” *IZA World of Labor*, 2016: 241.
- Wong, Jessie J., Gonzales, Nancy A., Montaña, Zorash, Dumka, Larry, Millsap, Roger E., 2014, “Parenting Intervention Effects on Parental Depressive Symptoms: Examining the Role of Parenting and Child Behavior,” *Journal of Family Psychology*, Vol. 28(3), pp. 267-277.
- World Health Organization (WHO), 2013, *Guideline: Updates on the Management of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group, 2018, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential*, Geneva: World Health Organization.



## ภาคผนวก ก เอกสารแนบท้ายบทที่ 4

### - เอกสารแนบ 4.1

#### มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2562 ข้อ 14

#### 14. เรื่อง ขอความเห็นชอบการขยายระยะเวลาและขยายฐานรายได้ของกลุ่มเป้าหมายการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เสนอ ดังนี้

1. เห็นชอบการขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี แบบขยายฐานรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นไป ให้กลุ่มเป้าหมายเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป ดังนี้

1.1 เด็กที่รับสิทธิในปีงบประมาณ 2559 - 2561 รับต่อเนื่องจนครบอายุครบ 6 ปี

1.2 เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ที่มีคุณสมบัติและไม่เคยได้รับสิทธิ มีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จนอายุครบ 6 ปี

1.3 เด็กที่เกิดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ได้รับสิทธิจนอายุครบ 6 ปี

2. สำหรับภาระงบประมาณที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2562 ให้ พม. จัดทำรายละเอียดแผนการใช้จ่ายเงินเพื่อขอรับการจัดสรรงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น พ.ศ. 2560 และตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 ทั้งนี้สำหรับปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นไป ให้เสนอขอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามความจำเป็นและเหมาะสมต่อไป

#### สาระสำคัญของเรื่อง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการเด็กและเยาวชน) เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบการขยายระยะเวลาให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี แบบขยายฐานรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นไป ให้กลุ่มเป้าหมายเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป จากเดิมที่เป็นการกำหนดการให้เงินอุดหนุนสำหรับเด็กแรกเกิด - 3 ปี เดือนละ 600 บาทต่อคน และอยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน (ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อคนต่อเดือนหรือต่ำกว่า 36,000 บาทต่อคนต่อปี โดยนำรายได้ทั้งหมดของสมาชิกในครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมด ซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย) โดยมีเหตุผลสำคัญ 2 ส่วน คือ (1) การขยายระยะเวลาการให้เงินอุดหนุนฯ ไปจนถึงอายุ 6 ปี เนื่องจากเด็กแรกเกิด - 6 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโต โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสมอง ดังนั้น การลงทุนพัฒนาเด็กในช่วงอายุดังกล่าวจึงเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนสูงสุดต่อสังคมในระยะยาวและจากรายงานการติดตามประเมินผลโครงการเงินอุดหนุนฯ ประจำปี 2561 พบว่า เด็กที่ได้รับเงินอุดหนุนฯ ได้รับประโยชน์มากกว่าทั้งในด้านภาวะโภชนาการและการเข้าถึงการบริการทางสังคม เช่น การพาเด็กไปรับบริการตรวจทางทันตกรรมหลังคลอด และ (2) การขยายฐานรายได้ของกลุ่มเป้าหมายการรับเงินอุดหนุนฯ แบบฐานรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี เนื่องจากสอดคล้องกับการใช้ฐานเกณฑ์รายได้ของผู้มีรายได้ไม่น้อยตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ครอบคลุมเด็กในครอบครัวยากจนหรือเสี่ยงต่อความยากจนเพิ่มขึ้นและไม่ซ้ำซ้อนกับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ของรัฐในปัจจุบัน ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดประชุมหารือโดยมีรองนายกรัฐมนตรี (พลเอก ฉัตรชัย สาริกัลยะ) เป็นประธาน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ที่ประชุมเห็นชอบตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เสนอ

หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท 0816.4/ว 806

**ด่วนที่สุด**  
ที่ มท ๐๘๑๖.๔/ว ๙๐๖



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ถนนนครราชสีมา กทม. ๑๐๓๐๐

๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๓.๔/ว ๑๕๕๓ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘  
สิ่งที่ส่งมาด้วย มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
ในสังกัดทุกแห่ง ดำเนินการจัดให้มีระบบการประกันคุณภาพและการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในศูนย์พัฒนา  
เด็กเล็ก โดยใช้มาตรฐานการศึกษา (ขั้นพัฒนา) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน  
๒๓ มาตรฐาน ๙๔ ตัวบ่งชี้ เป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพการศึกษภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รายละเอียด  
ตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

เนื่องจาก คณะรัฐมนตรีในคราวประชุมวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๒ ได้มีมติเห็นชอบ  
มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ตามที่กระทรวงศึกษาธิการเสนอ และให้กระทรวงที่เกี่ยวข้อง  
พิจารณานำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนให้  
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล และรับผิดชอบ มีการบริหารจัดการ ประเมินผล  
การดำเนินงาน เพื่อยกระดับการพัฒนาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานดังกล่าว กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
พิจารณาแล้ว เพื่อให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว จึงขอให้จังหวัดแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มี  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดทุกแห่ง นำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติใช้เป็นมาตรฐาน  
ในการประกันคุณภาพการศึกษภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แทนมาตรฐานการศึกษา (ขั้นพัฒนา) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปีการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สามารถดาวน์โหลดมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และคู่มือมาตรฐาน  
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ได้ที่เว็บไซต์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น [www.dla.go.th](http://www.dla.go.th) หัวข้อ หนังสือ  
อิเล็กทรอนิกส์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพงษ์ จุลเจริญ)  
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองส่งเสริมและพัฒนาการจัดการศึกษาท้องถิ่น  
กลุ่มงานส่งเสริมการจัดการศึกษาปฐมวัยและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๒๑ - ๓ ต่อ ๔๐๔  
โทรสาร ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๒๑ - ๓ ต่อ ๔๑๘  
ผู้ประสานงาน : นายต้องการ สุขเหล็ก ๐๙๗-๐๑๖๑๗๘๘

## ภาคผนวก ข เอกสารแนบท้ายบทที่ 6

- แบบสอบถามการรับประทานอาหารเช้าของเด็กในศูนย์เด็กเล็กของ อปท.

ด้วยผู้ศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับมอบหมายจากศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ให้ศึกษาเรื่อง “งบประมาณรายจ่ายภาครัฐ เพื่อการพัฒนาเด็กในช่วงอายุ 0 - 3 ปี ในประเทศไทย” เพื่อนำเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการนี้มีความประสงค์จะขอเข้าทำแบบสอบถามเกี่ยวกับประเด็นการรับประทานอาหารเช้าของเด็กในช่วงอายุ 0 - 3 ปี เพื่อนำมาประกอบการเขียนรายงานศึกษาในหัวข้อดังกล่าวดังต่อไปนี้

1. นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามจำนวน.....คน
2. นักเรียนรับประทานอาหารเช้าก่อนมาโรงเรียนหรือไม่?
  - รับประทาน จำนวน.....คน
  - ไม่ได้รับประทาน จำนวน.....คน
3. นักเรียนที่รับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารเช้าประเภทใด?
  - อาหารที่ผู้ปกครองทำเองที่บ้านจำนวน.....คน
  - ข้าวเหนียวหมูปิ้ง อาหารทอดที่ซื้อระหว่างเดินทางมาโรงเรียน จำนวน.....คน
  - ขนมกรุบกรอบ จำนวน.....คน
  - นม หรือ ขนมปัง จำนวน.....คน
  - อื่นๆ ได้แก่.....จำนวน.....คน
4. นักเรียนรับประทานอาหารเช้าที่ไหน?
  - ที่บ้าน จำนวน.....คน
  - โรงอาหารโรงเรียน จำนวน.....คน
  - บนรถระหว่างเดินทาง จำนวน.....คน
  - ที่ร้านอาหาร จำนวน.....คน
  - อื่นๆ ได้แก่.....จำนวน.....คน





## ภาคผนวก ค รายละเอียดการลงพื้นที่ศึกษาดูงาน

ครั้งที่ 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครรังสิต

วันพฤหัสบดีที่ 6 มิถุนายน 2562

การศึกษาดูงานแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา โดยมีการลงสัมภาษณ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ดังนี้

ช่วงที่ 1 เวลา 9.30-12.00 น. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์) จังหวัดปทุมธานี

ผู้ให้ข้อมูล: นางสาวนิษฐา กิจเจริญ

ตำแหน่ง: ครูผู้ดูแลและรักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์)

ช่วงที่ 2 เวลา 13.30-16.00 น. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์) จังหวัดปทุมธานี

ผู้ให้ข้อมูล: นายนที นุชนนท์

ตำแหน่ง: ครูผู้ดูแลและรักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพัญญะอุบลัมภ์)

- ปัญหาที่พบคือปัญหาสุขภาพของเด็ก

นิษฐา กิจเจริญ: “เด็กกลุ่มใหม่ ปัญหาเดิม คือเรื่องน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ไข 3 วัน/1สัปดาห์ นม ไข จะให้เพิ่มเป็นเวลา 3 เดือน นอกนั้นจะมีการให้สารอาหารจากธาตุเหล็ก ให้มีน้ำหนักที่เป็นตามเกณฑ์ในการให้ หากพบเด็กอ้วนจะใช้วิธีแจ้งผู้ปกครอง การติดตามจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตรวจ ในส่วนของร้านค้าหน้าโรงเรียน ทางโรงเรียนไม่สามารถควบคุมได้ แต่จะแจ้งเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขมาตรวจเสมอหากพบเห็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ”

### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์)

- ปัญหาด้านงบประมาณที่พบ

สันต นุชนนท์: “งบประมาณส่วนใหญ่มาจากเทศบาลจะอุดหนุน ส่วนอื่นเกณฑ์ยังไม่เหมาะสม รวมถึงผู้ปกครองเด็ก คนในชุมชน ไม่มีความพร้อมเรื่องรายได้ การช่วยเหลืออิงเกณฑ์ของมหาดไทย เพราะเกณฑ์ของพัฒนาสังคมซึ่งเกณฑ์ที่ต้องมีรายได้ ต่ำกว่า 38,000 /ต่อปี เป็นไปได้ยากมาก นอกจากนี้การเยี่ยมบ้าน ครูต้องสอบถามว่าบ้านแต่ละหลังมีผู้สูงอายุหรือมีความเป็นอยู่ถูกสุขลักษณะมากน้อยเพียงใด แล้วส่งเรื่องไปที่เทศบาล ที่ผ่านมามีการดำเนินการส่งเรื่องไปตลอด เทศบาลจะจ้างงานสาธารณสุขเข้ามาดูแล หากผู้ปกครองแจ้งว่า ไม่มีอาชีพ จะมีการมาฝึกอบรมให้ แต่มักจะไม่ได้ผล ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ปัญหามันยังคงอยู่ ติดตามหลังจากการช่วยเหลือ เทศบาลเข้าไปทำได้แค่บรรเทา เช่นการให้ทุนการศึกษาไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา ทำได้เพียงบรรเทา งบจากพัฒนาความมั่นคงไม่ได้ให้ทั้งหมด ให้เรียงลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือ ซึ่งเงื่อนไขของระเบียบไม่เอื้อ ต่อการช่วยเหลือในพื้นที่เขตเมือง หากเทียบกับชนบท เกณฑ์เหล่านี้อาจจะพอใช้ได้ ที่ผ่านมามีทางศูนย์ใช้วิธีช่วยเหลือ โดยการรับบริจาคเสื้อผ้า ใครที่ไม่สามารถซื้อเองได้ ก็ให้มาเลือกและนำไปใช้”

### ● ปัญหาด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็ก

สันทัด นุชนนท์: “เด็กส่วนใหญ่ไม่ได้ทานอาหารเช้า มักซื้อขนมกรุบกรอบรับประทานในตอนเช้าตื่นมาเป็นข้าวเหนียวหมูปิ้งเนื่องจากความสะดวกของพ่อแม่ที่ต้องเร่งรีบในการไปทำงานในตอนเช้าทำให้ไม่ใส่ใจในประเด็นนี้ และเป็นเรื่องที่ยากแนะนำให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณคือเรื่องอาหารเช้า เพราะปัจจุบันดูแลอาหารกลางวันอย่างเดียวหากเพิ่มงบต่อหัว 10, 20 บาท เข้ามาก็ได้จัดอาหารเช้าให้เด็ก 2 เวลา เช้า กลางวัน ตัวอย่างเช่น ก.ท.ม.ให้งบต่อหัว 30 บาท /วัน ในส่วนเด็กที่มีพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัยโรงเรียนจะเชิญแพทย์มาดู ช่วงหลังจะมีกรณีรุนแรง บางครั้ง สมาธิสั้น จะมีเทียมหรือแท้ แท้คือกรณีออทิสติก เด็ก 200 คน จะมีประมาณ 2 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1 ส่วนสมาธิสั้นเทียมเกิดจากการดื้อมือถือ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกในครอบครัวทุกฐานะ สภาพแวดล้อมครอบครัว ไม่เกี่ยวกับการเรื่องนมแม่ กรณีวัคซีน การฉีดยา การเคลือบฟลูออไรด์ เคลือบร่องฟัน มีบริการให้วัคซีน รายการวัคซีนกำหนดจาก สาธารณะสุข”

### ● ปัญหาด้านบุคลากร

สันทัด นุชนนท์: “ปัจจุบันเด็กปฐมวัย 30 คน ครู 2 คน ปัญหาคือ วุฒิกการศึกษาจะไม่ค่อยตรงในตำแหน่งผู้ช่วยดูแลเด็กเนื่องจากค่าตอบแทนต่ำทำให้มีปัญหาเรื่องความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กครูที่บรรจุในตำแหน่งข้าราชการจะไม่มีปัญหา อย่างไรก็ตามครูประจำชั้นบางคน อยู่ได้ไม่นาน เปลี่ยนบุคลากรบ่อยเนื่องจากเอกชนให้ค่าตอบแทนสูงกว่า การจัดหาครู ครูจะสังกัดท้องถิ่นมหาดไทยจัดสอบ กรมส่งเสริมหรือเทศบาล ไม่ได้สอบเอง หากเป็นครูผู้ช่วย พนักงานจ้างตามภารกิจ เทศบาลจะเปิดสอบเองได้ ครูบางคนพอได้บรรจุก็ย้ายกลับบ้าน ปัจจุบันครูสองคนดูแลเด็ก 30 ตกคนละ 15 แบ่งกันดูแล ต้องเข้าไปคุย การเปลี่ยนบุคลากรบ่อยนี้มีปัญหากับตัวผู้เรียน บางห้องเรียนเปลี่ยนครูปีละ 3 คน ในส่วนครูพันธุ์มีเพียงพอ อดหนุนมา 1 แสน เท่ากันทุกโรงเรียน หากเป็นโรงเรียนใหญ่ จะลำบากในการจัดสรร กรณีศูนย์เล็ก ๆ อปท.จะเข้ามาดูแล โดยท้องถิ่นจะ ผลักงบมาให้”

รูปภาพประกอบ  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (เทพธัญญะอุปถัมภ์)

- มอบของที่ระลึกให้ผู้ใช้ข้อมูลประกอบการศึกษา คุณ ขนิษฐา กิจเจริญ





- บริเวณโดยรอบศูนย์เด็กเล็ก



- ภาพบรรยากาศอาหารกลางวัน

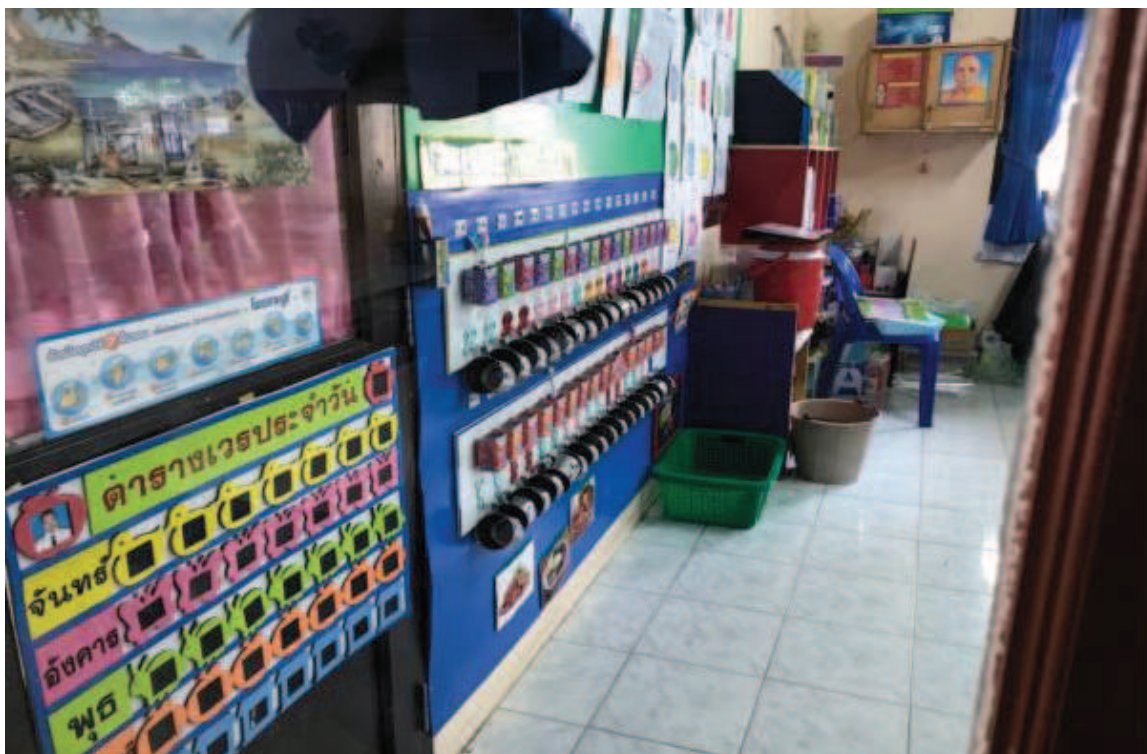




- สภาพแวดล้อมของศูนย์











รูปภาพประกอบ  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลนครรังสิต (สิริเวชชะพันธ์)

- มอบของที่ระลึกให้ผู้ใช้ข้อมูลประกอบการศึกษา คุณนที นุชนนท์



- อุปกรณ์และสื่อการสอนของโรงเรียน





ครั้งที่ 2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลคลองสาม

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองสาม ตำบลคลองสาม อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วันพฤหัสบดีที่ 27 มิถุนายน 2562

ผู้ให้ข้อมูล : นางปวีณา บัวพุด ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษาคำนาถการ

- ปัญหาที่พบ

นางปวีณา บัวพุด: “เด็กส่วนใหญ่ประสบปัญหาที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่ามีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเกิดจากเด็กดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ และอยู่บ้านทานอาหารไม่เป็นเวลา อีกทั้งชอบทานขนมขบเคี้ยว ดื่มน้ำอัดลม ไข่ทอด และลูกชิ้นทอด ”

นางปวีณา บัวพุด: “ปัญหาด้านพัฒนาการที่ครูพบเจอบ่อยคือ เด็กบางคนอายุ 3 ขวบแล้ว ไม่สามารถสื่อสารได้ เหม่อลอย พูดภาษาการ์ตูน (ภาษาตัวการ์ตูนใน youtube) พ่อและแม่เด็กไม่มีเวลาอยู่กับลูกเนื่องจากต้องประกอบอาชีพเกือบ 12 ชั่วโมงต่อวัน”

นางปวีณา บัวพุด: “อยากให้เขียนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย (ด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความต้องการทำโครงการอาหารเช้า ต้องการสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอนมากขึ้น รวมถึงต้องการสนามเด็กเล่นและอุปกรณ์”

รูปภาพประกอบ



### ครั้งที่ 3 เทศบาลนครรังสิต

เลขที่ 151 ถนนรังสิต-ปทุมธานี ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

วันพฤหัสบดีที่ 27 มิถุนายน 2562

ผู้ให้ข้อมูล : นายเดชา พงศ์วัฒนาชัย ตำแหน่ง ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

- ประเด็นปัญหาที่พบ

เดชา พงศ์วัฒนาชัย : “ครูผู้ดูแลเด็กแจ้งว่านโยบายจากส่วนกลางมีมากเกินไป และมองว่าบางนโยบายไม่มีความจำเป็น ทำให้ครูมีงานมากเกินไป รวมทั้งงานจิตอาสาและพัฒนาท้องถิ่น นอกจากนี้ยังต้องทำรายงานการประเมินผลงานของครูซึ่งสร้างความยุ่งยากเป็นอย่างมากเนื่องจากประกอบไปด้วย 23 มาตรฐาน 94 ตัวชี้วัด อยากรู้ลดภาระงานด้านเอกสารลงบ้าง รวมถึงต้องทำการจัดซื้อจัดจ้างเองตามกฎหมายระเบียบที่กระทรวงกำหนด”

เดชา พงศ์วัฒนาชัย : “ปัญหาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบบ่อยคือผู้ปกครองไม่ค่อยใส่ใจดูแลบุตร และผู้ปกครองอายุน้อย เช่น อายุ 17 ปี ขาดวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร ส่วนเด็กพิเศษที่สมาธิสั้นจะถูกคัดกรองและส่งไปโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อทำการรักษา”



รูปภาพประกอบ



## ครั้งที่ 4 องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทย (UNICEF OFFICE FOR THAILAND)

อาคารคิวเฮาส์ ซอยคอนแวนต์ แขวง สีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร (สำนักงานชั่วคราว)

วันจันทร์ที่ 15 กรกฎาคม 2562

ผู้ให้ข้อมูล: ดร.กนต์ธีร์ นุชสุวรรณ ตำแหน่ง: ผู้แทนจากองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

ยูนิเซฟ หรือ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ถือกำเนิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2489 เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่เด็กในประเทศไทย ยูนิเซฟมุ่งสร้างความเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนให้กับชีวิตของเด็กทุกคน ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

- ร่วมมือกับรัฐบาลและพันธมิตร องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจ และผู้นำทางสังคม รวมทั้งชุมชนและพ่อแม่ผู้ปกครอง
- จัดทำสถิติและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เด็ก
- รณรงค์ให้เกิดการปรับปรุงกฎหมายและนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อเด็ก
- สร้างทักษะและส่งเสริมความรู้ด้านสิทธิเด็กให้แก่พันธมิตรทุกกลุ่ม
- เชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ ให้ทำงานร่วมกัน และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเพื่อประโยชน์ของเด็ก
- สนับสนุนวิธีการใหม่ๆ และจัดทำโครงการนำร่องที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้รัฐบาลสามารถนำไปขยายได้ทั่วประเทศ
- รณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลักและสื่อออนไลน์ พร้อมทั้งร่วมมือกับผู้มีชื่อเสียงและเยาวชนในการรณรงค์ให้ปัญหาของเด็กที่เป็นที่รับรู้ในวงกว้าง และให้เกิดการแก้ไขปัญหานั้นๆ
- จัดตั้งเครือข่ายผู้สนับสนุนสิทธิเด็ก

องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยมีบทบาทอย่างมากในการรณรงค์ให้เกิดโครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด โดยเริ่มแรกอุดหนุนเงิน 400 บาทต่อเดือน และปรับเพิ่มขึ้นเป็น 600 บาทต่อเดือน พร้อมทั้งขยายสิทธิ์พ่อแม่ที่จะได้รับเงิน

องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยสนับสนุนให้เกิด พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมถึง การตัดตั้งกองทุนเสมอภาคทางการศึกษา

องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยมีภารกิจเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงแก่ชีวิตเด็กทุกคน การพัฒนาเด็กปฐมวัย การศึกษาการพัฒนาวัยรุ่นและการมีส่วนร่วมของวัยรุ่น การคุ้มครองเด็ก นโยบายสังคม

ภายใน พ.ศ. 2564 องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยตั้งเป้าให้ เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปีทุกคน มีสุขภาพแข็งแรงและมีการพัฒนาสมองที่ดีขึ้น โดยคาดหวังว่า

- ในแต่ละปี เด็กยากจนอายุแรกเกิดถึง 3 ปีประมาณ 400,000 คน ได้รับเงินอุดหนุนที่จะช่วยให้พวกเขาเข้าถึงโภชนาการและการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

- ผู้ปกครองอย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าใจถึงความสำคัญของนมแม่และโภชนาการเด็ก ที่มีต่อการพัฒนาสมอง สภาวะทางอารมณ์และสติปัญญาของเด็กในอนาคต
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างน้อย 600 แห่ง มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบองค์รวมที่มีคุณภาพ และบุคลากรของศูนย์ฯ กว่า 2,300 คน มีขีดความสามารถในการนำสมรรถนะเด็กปฐมวัยเพื่อการพัฒนาตามวัยไปใช้ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเพียง 214 คน ใน พ.ศ. 2559
- เด็กอายุ 3-5 ปี ในครอบครัวที่ยากจนที่สุดอย่างน้อยร้อยละ 90 เข้าเรียนในหลักสูตรปฐมวัย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85 ใน พ.ศ. 2559

องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยมีเป้าหมายให้ วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพ ทักษะและความสามารถ เพื่อเติมเต็มศักยภาพและพร้อมจะเติบโตขึ้นเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบและสร้างสรรค์โดย วัยรุ่น 50,000 คนเข้าถึงยูริพอร์ต (U-Report) ซึ่งเป็นนวัตกรรมล่าสุดในการรับฟังความคิดเห็นของคนหนุ่มสาวในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา

**ครั้งที่ 5 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางปลา และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต้นลาน**

วันศุกร์ที่ 5 กรกฎาคม 2562

การศึกษาดูงานแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา โดยมีการลงสัมภาษณ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ดังนี้

**ช่วงที่ 1 เวลา 9.30-12.00 น. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางปลา จังหวัดนครปฐม**

ผู้ให้ข้อมูล: นางสาวชุตินันท์ บัวไชโย

ตำแหน่ง: ครู คศ.1 ประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางปลา

**ช่วงที่ 2 เวลา 13.30-16.00 น. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต้นลาน จังหวัดนครปฐม**

ผู้ให้ข้อมูล: โชติกา แสงอำไพ

ตำแหน่ง: รักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต้นลาน

● **ปัญหาสุขภาพและพัฒนาการที่พบ**

ชุตินันท์ บัวไชโย : “การปรับตัวเข้าสู่สังคมของเด็กที่อยู่ที่บ้านซึ่งจะช้ากว่าเด็กที่มาอยู่กับศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จะปรับตัวเข้าสู่สังคมช้า แต่เมื่อเชิญให้นำบุตรหลายเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยผู้ปกครองกลับมองว่าเด็กยังอายุน้อยเกินกว่าจะเข้าสู่ระบบโรงเรียน”

ชุตินันท์ บัวไชโย : “การเลี้ยงลูกด้วยการเปิดแท็บเล็ต โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กในด้านภาษา เด็กสื่อสารกับเราไม่ค่อยรู้เรื่อง”

ชุตินันท์ บัวไชโย : “เด็กชอบรับประทานนม ขนมนมปั่น ไม่ชอบรับประทานข้าว เด็กที่อ้วนเป็นเด็กที่รับประทานแต่นม ไม่รับประทานข้าว”

ชุตินันท์ บัวไชโย : “ปัญหาผู้ปกครองไม่สามารถให้นมบุตรได้ถึง 6 เดือนตามที่กำหนดเนื่องจากต้องกลับไปทำงาน ประกอบอาชีพ จากการสังเกตของคุณครูพบว่าพ่อแม่เด็กส่วนใหญ่สามารถให้เด็กรับประทานนมแม่ หลังคลอดประมาณ 1-3 เดือนเท่านั้น”

● **ปัญหาด้านบุคลาการที่พบ**

โชติกา แสงอำไพ: “ปัญหาด้านบุคลาการวุฒิการศึกษาไม่ตรงกับตำแหน่งงาน บุคลาการในปัจจุบันมีความรู้ด้านส่งเสริมพัฒนาการน้อย ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทำได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาบุคลาการจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากติดปัญหาด้านงบประมาณ”

● **ปัญหาด้านงบประมาณ**

โชติกา แสงอำไพ: “ปัญหาความยากลำบากในการจัดอาหารตาม รายการอาหารใน Thai School lunch Program เนื่องจากจำนวนเด็กมีไม่มาก ส่งผลให้งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการจ้างผู้ประกอบการให้ทำอาหารรายการเฉพาะให้กับศูนย์พัฒนาเด็ก รายการอาหารจึงต้องปรับตามงบประมาณที่จัดสรรมาให้ นอกจากนี้พฤติกรรมมารับประทานอาหารของเด็กในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกัน เด็กไม่ทานอาหารบางรายการที่กำหนดไว้ใน Thai School lunch Program เนื่องจากบางรายการเด็กไม่เคยได้รับประทานที่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กจึงจำเป็นต้องมีการปรับดัดแปลงเล็กน้อยเพื่อให้เด็กทานอาหารที่จัดให้”



รูปภาพประกอบ  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางปลา จังหวัดนครปฐม

- มอบของที่ระลึกแก่ผู้ให้ข้อมูล



- บรรยากาศการสัมภาษณ์















### ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต้นลาน จังหวัดนครปฐม

บรรยากาศการสัมภาษณ์







ครั้งที่ 6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตาลโกน ตำบลเชียงเพ็ง อ.กุดจับ จังหวัดอุดรธานี  
วันพุธที่ 10 กรกฎาคม 2562

ผู้ให้ข้อมูล: นางบุญสร อรินคำ ตำแหน่ง: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตาลโกน

ผู้ให้ข้อมูล: นางวงเดือน อรินคำ ตำแหน่ง: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตาลโกน

จากการสัมภาษณ์พบประเด็นปัญหาดังนี้

**บุญสร อรินคำ :** “เด็กถูกเลี้ยงดูโดยปู่ย่า ทำให้การพัฒนาศักยภาพตามช่วงวัยไม่ได้ถูกกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหานี้สืบเนื่องจากพ่อแม่ เลิกลา หรือต้องไปทำงานในพื้นที่เมือง เด็กส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูโดยปู่ย่า ตายายโดยวิธีการตามความเชื่อของปู่ย่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขเข้าไปให้คำแนะนำ มักถูกมองว่าก้าวก่าย และได้รับเหตุผลว่าเลี้ยงดูมารุ่นต่อรุ่นในรูปแบบนี้นานแล้ว ประชาชนยังไม่เปิดรับการแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมากนัก มักยึดหลักความสะดวกเป็นส่วนใหญ่”

**บุญสร อรินคำ :** “การเก็บข้อมูลโดยการให้ประชาชนกรอกแบบสอบถามที่มักได้ข้อมูลไม่ตรงตามความจริง และเป็นไปอย่างยากลำบาก เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน มักเป็นคนสูงอายุ บางรายอ่านหนังสือไม่ออกเขียนหนังสือไม่ได้ บางบ้านกลุ่มคนวัยกลางคน มีเพียงคนแก่และเด็ก อาสาสมัครต้องช่วยเหลือโดยการกรอกข้อมูลให้ แต่ก็ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ”

**วงเดือน อรินคำ:** “การเดินทางไปอนามัย เพื่อรับบริการวัคซีนของเด็กยากลำบาก เนื่องจากในพื้นที่ต่างจังหวัด สถานีอนามัยจะเป็นสถานีอนามัยระดับตำบล ทำให้การเดินทางพาบุตรหลานมาฉีดวัคซีนของผู้เป็น ปู่-ย่า ตายายที่สูงอายุ มีความยากลำบาก ทำให้เกิดการผัดผ่อน บางครั้งเกิดจากการหลงลืม แม้อาสาสมัครจะไปติดตามถึงบ้าน แต่ก็ไม่เป็นผลในบางรายอาสาสมัครต้องพาเด็กไปรับวัคซีนเอง”

**วงเดือน อรินคำ:** “ปู่-ย่า ตายาย เหล่านี้ มีความเชื่อว่าเด็กอายุ 0-3 ขวบ ยังเด็กเกินไปที่จะนำเด็กเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลในโรงเรียน มีความเป็นห่วง กลัวบุตรหลานโดนรังแก ทำร้ายร่างกาย การเดินทางเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กขาดโอกาสเข้าสู่ระบบการพัฒนาในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากปู่-ย่า ตายาย ไม่สามารถเดินทางไปรับไปส่งได้ บางรายต้องฝากไปกับครอบครัวอื่นๆ อาจมีการจ่ายค่าน้ำมันให้เล็กน้อย ตามแต่จะตกลงกัน อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครอนามัยชุมชนพบว่าเด็กที่ผ่านศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จะมีพัฒนาการด้านสังคมและพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ดีกว่า เมื่อเข้าตรวจเยี่ยมบ้านจะสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน อาสาสมัครทำได้เพียงให้คำแนะนำให้พาบุตรหลานเข้าสู่ศูนย์เด็กปฐมวัยเท่านั้น แต่การตัดสินใจอยู่ที่ผู้ปกครอง ทั้งนี้ คุณครูในศูนย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลร่วมกันอีกครั้งในทุกรอบการเปิดรับเด็กใหม่

## ครั้งที่ 7 โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์ และกองสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต

วันพฤหัสบดีที่ 19 กรกฎาคม 2562

การศึกษาดูงานแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา โดยมีการลงสัมภาษณ์ 2 แห่ง ดังนี้

### ช่วงที่ 1 เวลา 13.30 -15.30 น. โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์

ผู้ให้ข้อมูล: นางฐิติพัชร ศิริผลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ให้ข้อมูล: ชุติมา เจริญรัตน์จรรยา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสร้างเสริมป้องกันโรค

(วัคซีน)

### ช่วงที่ 2 เวลา 15.30-16.00 น. กองสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต

ผู้ให้ข้อมูล: คุณดรุณี วิจิต ตำแหน่ง : หัวหน้ากองสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต

ผู้ให้ข้อมูล: คุณวรรณมนธัญ ปลื้มชัย ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

#### ● ปัญหาด้านสุขภาพที่พบ

ดรุณี วิจิต : “การเข้ารับบริการด้านการวางแผนครอบครัว มีน้อย แม้จะมีการให้บริการ แต่ส่วนใหญ่ประชาชนที่ใช้บริการน้อย มักจะมารับบริการเมื่อเกิดการตั้งครรภ์แล้วมากกว่า นอกจากนี้ยังมีปัญหาการฝากครรภ์ไม่ครบ ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมักพบในกลุ่มแม่วัยใส”

ดรุณี วิจิต : “หญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานแต่ทารกน้ำหนักน้อย แต่เมื่อคลอดออกมาพบว่าเด็กมีปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐานเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคของลูกมักสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคของแม่”

ดรุณี วิจิต : “เด็กพูดช้า พัฒนาการด้านภาษาช้า มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากการเลี้ยงดูโดยการเปิดโทรทัศน์ แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือ อาจจะเป็นส่วนหนึ่ง”

วรรณมนธัญ ปลื้มชัย: “บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางด้านเด็กไม่เพียงพอเทศบาลไม่สามารถจ้างบุคลากรได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากติดปัญหาในด้านงบประมาณ ปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุขสุขของเทศบาลนครรังสิต มี 5 ศูนย์ แต่ละศูนย์ มีพยาบาล 1 คน แม่บ้าน 1 คน ไม่มีหมอ หมอจะเวียนไปตามตาราง กรณีฉุกเฉินต้องส่งเข้าโรงพยาบาลเท่านั้น

วรรณมนธัญ ปลื้มชัย: “ปัญหาด้านงานเอกสารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนมาก จนทำให้ประสิทธิภาพในการตรวจ และให้บริการเด็กในแต่ละวันลดลง เนื่องจากต้องจัดสรรเวลาให้แก่งานเอกสารที่ต้องส่งเข้าสู่ส่วนกลาง”

รูปภาพประกอบ  
โรงพยาบาลประชารัฐ

- มอบของที่ระลึกแก่ผู้ให้สัมภาษณ์







กองสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต

- มอบของที่ระลึกผู้ให้ข้อมูล



## ครั้งที่ 8 สำนักพัฒนาเด็กปฐมวัย กรมอนามัย

วันจันทร์ที่ 19 สิงหาคม 2562

ผู้ให้ข้อมูล: แพทย์หญิง นนธนวนันท์ สุนทรธา ตำแหน่ง : แพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารแพทย์

- ประเด็นปัญหาการให้นมแม่

แพทย์หญิง นนธนวนันท์ สุนทรธา : “สถานการณ์การให้นมแม่ตามข้อมูล MIS พบว่า 23% ได้รับนมแม่ และ Health Data Center (hdc) 60% ได้รับนมแม่ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์เชื่อข้อมูลจาก MIS มากกว่า เนื่องจากสอดคล้องกับสภาพจริงมากกว่า ทำให้มีโครงการนมหัตถจรรย์ 1,000 วัน และ exclusive beef feeding (ebf) ขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาด้วยการใช้กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ มุมนมแม่ ถ้าเอกชนจัดให้มีเค้าได้รับเงินสนับสนุนหรือสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ตามพรบ.นมแม่ ในปี 50 มีการทำโครงการ miss นมแม่ ทีมของ miss นมแม่ ติดตามจากโรงพยาบาล โครงการ สายสัมพันธ์ แม่ลูก ร่วมกับกรมส่งเสริมการเกษตร และกรมอนามัย ขับเคลื่อน มีการขนมนมไปช่วยผู้ยากไร้ในพื้นที่อื่นๆผ่านเครื่องบิน”

- ปัญหาความรู้ของพ่อแม่

แพทย์หญิง นนธนวนันท์ สุนทรธา: “กรมอนามัยทำการศึกษาศถานการณ์ความรู้ของพ่อแม่ พบว่า 60% ไม่รอบรู้ การใช้ Developmental Surveillance and Promotion Manual (dhp) จากการสำรวจพบว่าเมื่อแจกไปแล้วแม่ไม่ใช้ จึงลองเปลี่ยนเป็นการสอนโดยตรง เพื่อทดสอบว่าหากสอนเลย จะใช้เพิ่มขึ้นหรือไม่ โดยทำโครงการผ่านคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี สอนโรงเรียนพ่อแม่ แต่ปัญหาของโครงการคือ ยังขาด pre-test -post test และการนำผลการทดสอบไปผูกกับเงินอุดหนุนการเลี้ยงเด็กซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เป็นคนดูแลเงื่อนไขเวลามาใช้บริการต้องมีเงื่อนไขถึงจะได้รับเงินอุดหนุน”

- ปัญหาความฉลาดด้านสุขภาพ

แพทย์หญิง นนธนวนันท์ สุนทรธา: “กรมอนามัยได้ทำการสำรวจความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) สำรวจ 4 เขตสุขภาพ 4 ภาค ของประเทศไทย เขตละ 1 จังหวัด เชียงใหม่ ภาคใต้ นครศรีธรรมราชบุรีรัมย์ สระบุรี จังหวัดละ 1 รพ.ชุมชน 1 รพสต. ผลที่ได้คือความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ของพ่อแม่ อยู่ในระดับพอใช้ 48.3% ดีมาก 38.8 % ไม่ดีพอ 12.9 % ด้านความเข้าใจ เข้าถึงสื่อ ข้อมูล แนวปฏิบัติ การจัดการตนเอง การตรวจสอบข้อมูลเชื่อมกับ Developmental Surveillance and Promotion Manual (dhp) 4 หัวข้อหลัก การดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์สังคม ด้านสติปัญญา โดยเมื่อสอบถามแม่ว่า รู้จัก Developmental Surveillance and Promotion Manual (dhp) หรือไม่พบว่า 40% ยังไม่รู้จักรู้จัก 60% รู้จัก อย่างไรก็ตามผู้ที่นำไปใช้ 80% จะมีการใช้เพิ่มขึ้นเนื่องจากเห็นว่าใช้แล้วดีกับลูก การสำรวจนี้ทำโดยการเก็บข้อมูลเก็บจาก รพสต. รพ.ชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก”

ภาพประกอบ





## ครั้งที่ 9 กรมกิจการเด็กและเยาวชน

วันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2562

ช่วงเช้า 10.00-12.00 น.

ผู้ให้สัมภาษณ์ : นางสาวพรวิณี อุไรสวัสดิ์ ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการพัฒนาเด็กปฐมวัย

สำหรับการดูแลของกรมแยกเป็น 2 ส่วน เด็กกำพร้าและเด็กถูกทอดทิ้ง ครอบคลุม 0-6 ปี สถานรับเลี้ยงเด็กในปัจจุบันมี 53,332 แห่ง ดังนี้ (ข้อมูล ณ 22 มีนาคม 2562)

### ● ปัญหาที่ประสบอยู่

พรวิณี อุไรสวัสดิ์ : “ส่วนใหญ่ เด็กที่ต้องเข้ามาในสถาน มีสาเหตุจากอะไร ส่วนใหญ่ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ปล่อยปะละเลย ครอบครัวแตกแยก ผู้ปกครองต้องโทษ ครอบครัวยากจน อันดับ1 เลี้ยงไม่เหมาะสม 1 ที่ที่โรงพยาบาล ตำรวจนำส่ง ทอดทิ้ง คุณแม่วัยใสเป็นส่วนหนึ่งในทอดทิ้ง”

พรวิณี อุไรสวัสดิ์ : “ค่าอาหารเด็กต่อวัน 57 บาท/คน /วัน รายได้ มาจากงบรัฐ ไม่เพียงพอ ต้องรับการสนับสนุนจากเอกชน

พรวิณี อุไรสวัสดิ์ : “บุคลากร ขาด จ้างเหมา มากกว่า ตำแหน่ง ขาด นัก จิต พยาบาล”

ช่วงบ่าย 13.30-15.00น.

ผู้ให้สัมภาษณ์: นางพัชรา กลางสาทร ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการกลุ่มสวัสดิการเด็กและครอบครัว

### ● ปัญหาที่พบ

นางพัชรา กลางสาทร: “ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ไม่มีบทบาทในการดูแลที่เป็นรูปธรรมมากนักเพียงแค่ออกติดตามสุขภาพของเด็กอายุ 0-3 ปี หน่วยงานพยายามพัฒนางานปฐมวัยของเด็ก ศูนย์เด็กแรกเกิด เงินอุดหนุน มาตรการกลไก เช่นนโยบาย กฎหมาย มาตรฐาน ไม่ได้ทำตรงกับเด็ก ทำผ่านกลไก ให้กลไกไปกระทบกับเด็ก ปัจจุบันมีกลไกบอร์ดชาติ โดยเด็กปฐมวัย มีบอร์ด 2 บอร์ด คือ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.ด.ป.) พม.เป็นส่วนหนึ่งของกดยช. ดูแลเด็กและเยาวชน อายุ 0-25 ปี คณะอนุกรรมการ เป็นการทำงานร่วมกัน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย โครงสร้าง กระทรวงศึกษาแตกต่างจากกระทรวงอื่น สพป.เขต ขึ้นกับ สพฐ มีแค่เลขาธิการสพฐ. เท่านั้นที่สั่งได้ เป็นจุดอ่อน ศึกษาธิการจังหวัด สป.กระทรวงศึกษา การสั่งงานแยกกัน ทำให้เมื่อจะดำเนินการเรื่องเด็กปฐมวัย ทำทับซ้อน ลงพื้นที่เดียวกัน ลงบทับกัน ในพื้นที่หน่วยที่มีศูนย์เด็กในมือมากที่สุดคือกระทรวงมหาดไทย ทำให้แบ่งลำบากในการทำงานระดับพื้นที่ ต้องพยายามดูผลลัพธ์ที่เด็ก แต่ละ

หน่วยขับเคลื่อนตาม function ของตัวเอง ปัจจุบันพยายามสร้างให้ต่อไปทำอะไร ให้มีกลไก ที่เป็นรอย เชื่อมต่อระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษา สาธารณะสุข และพม.ทำตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงตาย เด็ก เนอสเซอรี่เด็กทุกคน เนอสเซอรี่ที่อยู่ใต้พม.มี 1,600 แห่งที่สังกัดพม.ที่จดทะเบียน กลไกหลักคือ สร้าง อนุกรรมการเพื่อประสาน 3 ส่วนเพื่อเชื่อมการทำงาน มีหน่วยงานในระดับจังหวัดมีเลขที่ ทำเป็น 4 เลขานุการ ร่วม เงินสนับสนุนลงไปผ่านพม.ตั้งประเด็นให้ทำงานแบบบูรณาการ”

นางพัชรา กลางสาทร: “ศูนย์เลี้ยงเด็กมีความเหลื่อมล้ำในแง่คุณภาพเป็นรายด้าน เช่นเอกชน ใช้ กฎกระทรวง โครงสร้างสถานที่จะคุณภาพสูงกว่ามาตรฐานเนื่องจากพม.มีการส่งคนลงไป ตรวจสอบดู พี่เลี้ยง ด้อย พี่เลี้ยงตามเอกชน เรื่องสอนไม่ได้ เพราะจ้างตามวุฒิขาดทุน เด็ก ด้อย สาธารณะสุข จะเกรดเอ ในเรื่อง สุขภาวะ ทำให้ต้องมีมาตรฐานกลาง ยกระดับให้เท่ากัน แต่การจะเดินด้านไหนเป็นไปตามสังกัด ความเหลื่อม ล้ำในการพัฒนาของแต่ละสังกัด มาตรฐานกลาง สสส.ลงไปทำศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ ทำให้ศูนย์เด็กเล็กในจังหวัด บรี ดี แต่ไม่ทั่วถึง นโยบาย top down เป็นตัวช่วย คณะกรรมการ ที่จะตั้งขึ้นมาจากกฎหมายใหม่ จะสั่ง 4 กระทรวง อย่างน้อยมีพรบ.ช่วย เป็นข้อดีของการมีกฎหมายชัดเจน แต่การขับเคลื่อนอยู่ที่บอร์ดจะเข้มแข็งแค่ไหน”

นางพัชรา กลางสาทร: “อยากให้เขียนประเด็นเรื่อง smart phone ซึ่งตอบสนองไว ทำให้ไม่จัดการ อารมณ์ก่อน ปัจจุบันเนิสเซอร์รี่แก้ปัญหาเหล่านี้มากขึ้น”

นางพัชรา กลางสาทร: “ประเด็นความเหลื่อมล้ำของงบประมาณของเนอสเซอรี่เอกชนกับสถานเลี้ยง เด็กรัฐบาล ในแง่ของการสนับสนุนการศึกษาไม่เท่ากันเนิสเซอร์รี่ไม่ได้รับอะไรเลย ผู้ปกครองต้องจ่ายเองหมด”



ภาพประกอบ



## ครั้งที่ 10 กรมกิจการเด็กและเยาวชน

วันพุธที่ 6 พฤศจิกายน 2562

ผู้ให้ข้อมูล: นางภาวิณี สุมลตรี ตำแหน่ง : ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

## ● ปัญหาที่พบ

นางภาวิณี สุมลตรี : “คนค้ำเรื่องภาระงบประมาณ และการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะการค้ำข้อมูลเข้าสู่ระบบ เดิมสำหรับ 1 ปี พอขยาย 3 ปี 6 ปี ระบบไม่รองรับ ฐานข้อมูล มีการค้าง การนำเข้า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ควรเป็นผู้เก็บข้อมูล รับลงทะเบียน เอกสาร ส่งข้อมูล ไม่ต้องมาให้สำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) เก็บ ควรมีการถ่ายโอนหน้าที่และงบประมาณจากส่วนกลางไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ผ่านมา 3,085 ล้าน เงินหมด คนเพิ่ม มากกว่าเงินที่ได้มา มันมีlog time ไม่ทันจ่าย ยืมเงิน 10,875 ล้าน ปีนี้ 2562 พระราชบัญญัติเด็กปฐมวัย (พรบ.) ยังไม่ผ่าน เงินที่จะได้ จะไม่เกินจำนวนเงินที่ได้รับในปีที่แล้ว กรมบัญชีกลาง เป็นคนจ่าย ความล่าช้า ไม่เพียงพอ ของบุคลากร”

นางภาวิณี สุมลตรี : “ความคลาดเคลื่อน ของการกรอกข้อมูล 18 จังหวัด ให้ 2 คน 12,000/เดือน เพื่อนำเข้าข้อมูล เสนอถ่ายโอน ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในอนาคต โครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดเริ่มปี 2558 มีการเติบโตของงาน ควรทำให้เป็นuniversal ถ่ายโอนไปท้องถิ่นไปเลยในอนาคต และหากฐานข้อมูลเชื่อมกันได้ จะดีมาก ตอนนี้มีระบบ HDC ของสาธารณสุข พยายามเชื่อม ให้ได้ เพื่อให้ระบบสวัสดิการ ตอนประเมิน ก็ใช้คนในโครงการ อยากเสนอเพิ่มเงิน แต่มีเงื่อนไขตามที่สามารถทำตามเงื่อนไขได้”

นางภาวิณี สุมลตรี : “อยากให้ผลักดันผลักดันให้ทำแบบถ้วนหน้า มันง่าย พอมีเงื่อนไข มันมีต้นทุนในการบริหารจัดการ บริบทแต่ละชุมชน การเก็บข้อมูล มีฐานข้อมูล พยายามทำโครงการและดูผลกระทบ แล้วน่าจะขอมีโอกาส เป็น universal งบอุดหนุนเด็กแรกเกิดต่อเดือนประเทศอื่น 3,000-4,000 ดอลลาร์ ไทย 20 ดอลลาร์”

ภาพประกอบ





## ครั้งที่ 11 สถาบันสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

วันอังคารที่ 24 ธันวาคม 2562

ผู้ให้ข้อมูล: จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี ตำแหน่ง : ประธานมูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

คุณจงกลณี : “โครงการเด็กไทยแก้มใส ทำมา 5 ปี ทำตั้งตั้งแต่ปี 2557 จุดเริ่มต้นจากโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ทหาร โดยปี 2557 เป็นช่วงปีแรกๆ โดย ศ.นพ ไกรสิทธิ์ ผู้อำนวยการสถาบันโภชนาการมหิดล ทำงานร่วมกับ กระทรวงศึกษา สพฐ. กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานเอกชน กระทรวงเกษตร กระทรวงมหาดไทย ทางสถาบันได้คัดเลือกโครงการเด็กไทยแก้มใส เชิญโรงเรียน 1,000 แห่ง คัด 600 แห่ง เหลือจริงๆประมาณ 500 แห่ง

เป้าหมายคือ ให้เด็กไทยมีโภชนาการดี สุขภาพดี ผลการเรียนรู้ดี มีจิตสาธารณะ โครงการจะทำให้เกิดได้ ต้องมี 8 องค์ประกอบ โดยศูนย์เด็กเล็ก ต้องประเด็นเหล่านี้ไปปฏิบัติ

1. วัตถุประสงค์ที่ใช้ปรุงอาหารควร ปลูกเอง เลี้ยงเอง เจ้าหน้าที่เกษตรตำบลเป็นผู้สอน
2. มีระบบส่งเข้าระบบสหกรณ์ เป็นการทำการตลาด ให้เด็กได้ทำบัญชี ปลูกผัก ก็จะสอน ดิน น้ำ เป็น การสอนวิทยาศาสตร์ประยุกต์
3. ใช้หลัก Thai School Lunch
4. การติดตามภาวะโภชนาการ กระทรวงศึกษามีฐานข้อมูล มีระบบข้อมูล การแปรผลข้อมูลเอาไปใช้
5. มีเครื่องมือวัดความคลาดเคลื่อน คนวัดความคลาดเคลื่อนนำมาใช้ประโยชน์ได้
6. การพัฒนาสุขอนามัย การจัดการขยะ
7. การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ผู้อำนวยการต้องเอาข้อมูลมาคิดว่าเด็กตัวเองเป็นอย่างไร และแจ้งผู้ปกครอง
8. นำมาบูรณาการให้ประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

ทางสถาบันพยายามการผลักดันโครงการโดยมีการเสนอให้แต่ละท้องถิ่นมีนักโภชนาการท้องถิ่นและครูโภชนาการท้องถิ่นที่มีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับโภชนาการเด็กในแต่ละช่วงวัย โดยบทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการท้องถิ่นและครูโภชนาการท้องถิ่นเป็นดังนี้

### นักโภชนาการท้องถิ่น

1. วางแผน (Planning & Design)

วางแผนและออกแบบการจัดบริการอาหารกลางวันและอาหารตามแผน มีคุณภาพ และการจัดปัจจัยแวดล้อมทางอาหารเพื่อสุขภาพของโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการใช้โปรแกรม Thai School Lunch การกำหนดระเบียบและหลักสูตรการอบรมผู้ประกอบการ

2. เฝ้าระวัง (Surveillance)

เฝ้าระวังติดตามปรับพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง โดยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน-โรงเรียน -ชุมชน ให้ความรู้ในด้านอาหารศึกษา (Food Education) ) เน้นให้ความรู้ คำแนะนำด้านอาหาร โภชนาการ และการจัดการอาหาร เพื่อความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารแก่โรงเรียน ศพด. และชุมชน

3. ศึกษาวิจัย พัฒนา (Research & Development)

สำรวจ รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อ สนับสนุน ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ด้านภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน (สังกัดกองการศึกษา ของเทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล)

รับผิดชอบงานด้านอาหารและโภชนาการภายในโรงเรียนและ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณค่าอาหาร กลางวันในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

#### 4. ติดตาม และประเมินผล (M & E)

การดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการภายในโรงเรียน ร่วมกับ โรงเรียนและผู้ปกครองในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังเด็กกลุ่ม เสี่ยงที่มีภาวะทุพโภชนาการเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาส่วนกัน

#### 5. ประเมินโภชนาการ (Nutrition Assessment)

ระบุและประเมินปัญหาโภชนาการในโรงเรียนและศูนย์พัฒนา เด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ

#### 6. ฐานข้อมูล (Data Management )

จัดทำฐานข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ประสานเชื่อมโยงแหล่งผลิต และ แหล่งจำหน่ายวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เพื่อให้สอดคล้องกับปริมาณความต้องการสารอาหารที่ควร บริโภคของเด็ก

### ครูโภชนาการโรงเรียน

1. ติดตาม รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลภาวะโภชนาการของนักเรียน ทั้งเด็กภาวะปกติ 6.0 กระเสี้ยวทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) ปีละ 4 รอบ แบ่งเป็นราย ภาคการศึกษา ภาคละ 2 ครั้ง ช่วงต้น และ ปลายภาคการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านการเจริญเติบโตและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของนักเรียน

2. วางแผนจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพ โดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch ให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของนักเรียนแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง รวมถึงกำหนดคุณภาพ วัตถุดิบอาหาร นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการจัดหา การกำหนดสเปคทางเทคนิคและ คุณภาพ กรณีจัดซื้อจัดจ้าง และการตรวจรับ ทั้งการจ้างเหมา และการใช้ระบบประมูล ด้าน E- bidding

3. ตรวจสอบ วัตถุดิบ และ ชี้นอาหารที่จะให้บริการแก่นักเรียนตามช่วงวัย ให้เหมาะสม รวมทั้งปริมาณการตักอาหารแก่นักเรียนที่เหมาะสม

4. รับผิดชอบให้ความรู้ คำปรึกษา กำกับดูแลในการจัดบริการ อาหารในโรงเรียนที่มีคุณภาพ สะอาด ปลอดภัย และการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ให้นักเรียนมีโภชนาการสมวัย ติดตาม เฝ้าระวังส่งเสริม และป้องกัน ความเสี่ยงต่อสุขภาพของ นักเรียน อันเนื่องมาจากอาหาร ที่จัดบริการและจำหน่ายในโรงเรียน โดยดำเนินงานร่วมกับ ผู้ปกครอง นักโภชนาการท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

#### 5. อาหารศึกษา (Food Education)

ให้ความรู้ คำแนะนำด้านอาหาร โภชนาการ และการจัดการเพื่อความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารแก่โรงเรียน ศพด. และชุมชน ออกแบบการเรียนการสอน และกล่าฝีกทักษะเพื่อ การเรียนรู้ของนักเรียนด้านอาหารและโภชนาการตามกลุ่มวัย

### ปัญหาที่พบ

- งบประมาณจ้างแม่ครัวไม่เพียงพอ
- เด็กอยู่บ้านจะอ้วน บ้านคือสถานที่ทำให้เด็กอ้วนขึ้นซึ่งมักเป็นเด็กที่บ้านฐานะดี
- งบประมาณอาหารไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานคุณภาพอาหารเด็ก ท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการผลิตวัตถุดิบเอง เพื่อลดต้นทุน

- ไม่มีผู้ที่มีความรู้ด้านโภชนาการคอยจัดเมนูอาหาร และวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหารในพื้นที่ต่างจังหวัด ทำให้แม่ครัวเป็นผู้กำหนดเมนูซึ่งมักไม่มีคุณภาพตาม เมนู Thai school lunch

#### ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอาหารเข้าเด็ก แบ่งออกเป็น 3 กรณี

1. พ่อแม่ต้องมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ
2. พ่อแม่ ช่วยสนับสนุนค่าอาหาร
3. หากพ่อแม่ไม่สามารถสนับสนุนเลยรัฐจำเป็นต้องอุดหนุน ประมาณ 25% ของจำนวนเด็ก โดยเสนอให้โรงเรียนเป็นผู้ทำเอกสารขอเงินอุดหนุนตามความต้องการ โดยที่รัฐทางบตั้งไว้ก่อน ให้ครูขอให้กับนักเรียนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการอุดหนุนนี้”



ภาพประกอบ

