

ตัวชี้วัด 3.14 ดัชนีพัฒนาการเด็กสมวัย

1. บทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด (Assessment)

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการและการมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น) ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี

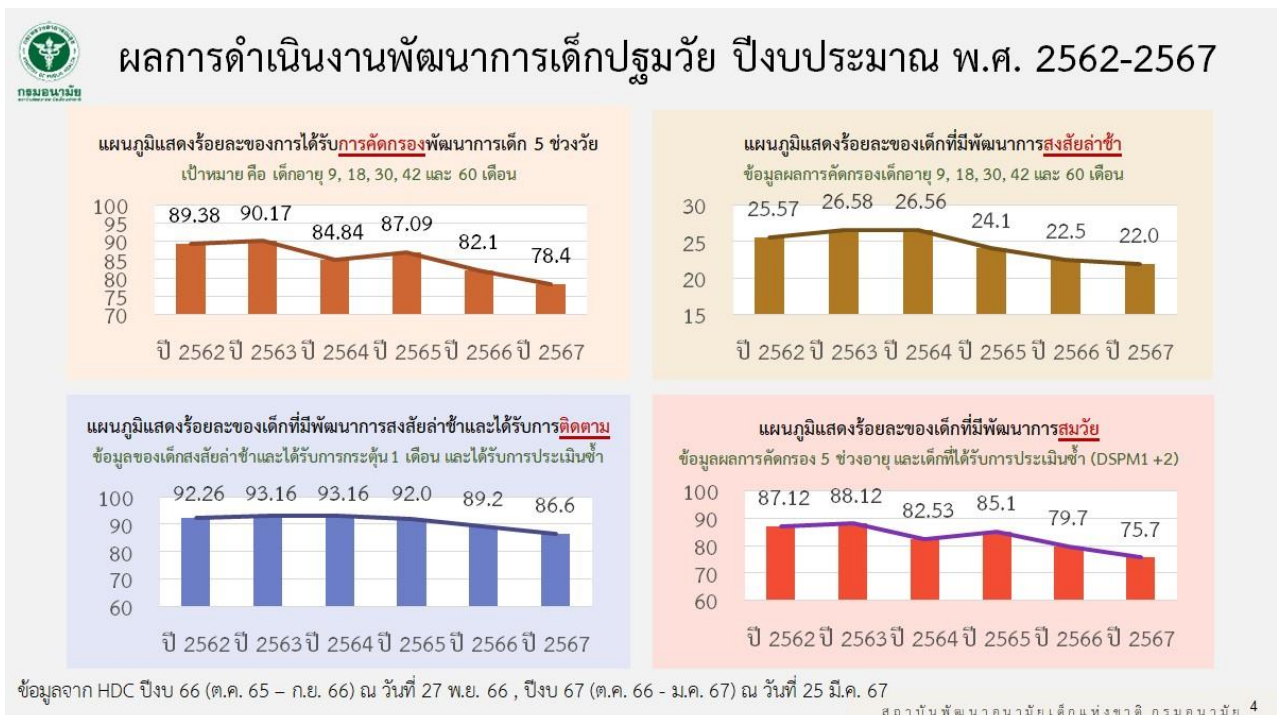
1.1.1 ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

จากรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2567 เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 87.12 88.12 82.53 85.1 79.7 และ 75.5 ตามลำดับ ขณะที่รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กอายุ 24 - 59 เดือน มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และสุขภาวะทางจิตสังคม ร้อยละ 78 แสดงให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยไทย มีพัฒนาการไม่สมวัยโดยเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 17 – 22 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถิติจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติและจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว โดยการเล่นเป็นกิจกรรมทางกายอย่างหนึ่งของเด็กปฐมวัย ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการเล่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมอง กระตุ้นการสร้างเซลล์สมองและเส้นใยประสาท เพิ่มการประสานงานระหว่างเซลล์สมองกับการทำงานของร่างกาย มีผลการศึกษาในระดับโลก พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ร้อยละ 39 ไม่ได้รับการส่งเสริมการเล่นอย่างเพียงพอ เนื่องจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครองที่บ้าน สถานศึกษา หรือชุมชน ยังไม่ได้กระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นมากพอ แต่มักให้ความสำคัญกับการเรียนด้านวิชาการและทฤษฎี ที่มุ่งให้เด็กอ่านออกเขียนได้ ซึ่งเด็กวัยนี้ควรได้เล่นมากกว่าเรียน เพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยเรียนในช่วงประถมศึกษา ด้วยเหตุนี้สมาคมการเล่นนานาชาติ (International Play Association) จึงมีความกังวล เพราะส่งผลให้เด็กมีเวลาเล่นลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับในประเทศไทย มีงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา เด็ก และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดู การเล่นนันทนาการ ระยะเวลาในการดูโทรทัศน์และการเล่นเกมคอมพิวเตอร์/เล่นเกมมือถือ การจัดการเรียนรู้ การเล่นกับเด็ก และการอ่านหนังสือสุขภาพเด็กของผู้ดูแล ทั้งนี้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า เด็กปฐมวัยใช้เวลาช่วงตื่นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 56 (7.4 ชั่วโมง) ไปกับการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Kariippanon et al., 2022) ขณะเดียวกันพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.4) ของเด็กปฐมวัย (อายุ 3-4 ปี) เท่านั้นที่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (Kim et al., 2022; Guan et al., 2020) และมีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้หน้าจอ และการนอนหลับอย่างเหมาะสมทั้ง 3 ด้าน (Guan et al., 2020) สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจนาร่องในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กปฐมวัยอายุ 3 – 4 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 1 ใน 4 เท่านั้นที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เพียงพอ (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย, 2566) อย่างไรก็ตามปัจจุบันประเทศไทยยังมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ระดับ และแบบแผน

การเคลื่อนไหวของเด็กปฐมวัยไม่เพียงพื่อต่อการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงลึกของปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของเด็กปฐมวัย ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่อการคิด และออกแบบมาตรการทางนโยบายที่กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการในกลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย และเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

1.1.2 ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

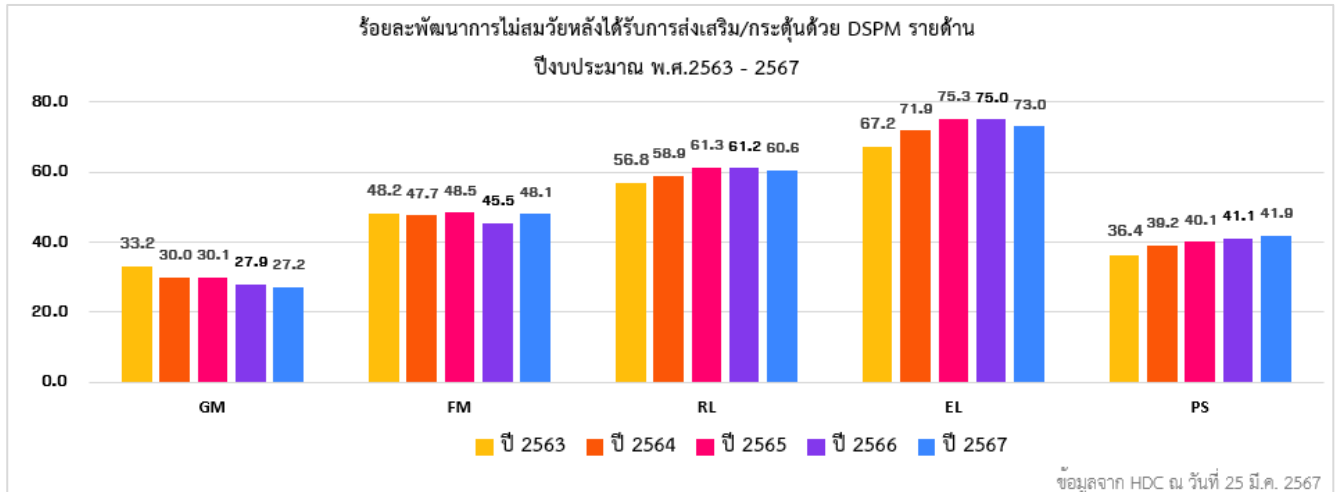
จากรายงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 5 ปี โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2567 ใน 5 ช่วงอายุ (9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน) พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 มีแนวโน้มการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น แต่ปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2564 มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีมาตรการเว้นระยะห่าง และงดกิจกรรมที่ต้องสัมผัสระหว่างกัน ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และการที่เด็กปฐมวัยเข้ารับบริการน้อยทำให้การค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยได้น้อย ขณะที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567 การเข้าถึงระบบคัดกรองและพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังคงพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ 90) อาจเนื่องมาจาก การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพสต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยลดลง (ภาพที่ 1.1)



ภาพที่ 1.1 ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566

เมื่อนำข้อมูลเด็ก 0 – 5 ปีที่ยังคงมีพัฒนาการล่าช้า หลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการภายใน 30 วัน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำแนกตามพัฒนาการรายด้าน พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2567

และเมื่อจำแนกตามพัฒนาการรายด้าน พบว่า เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยด้านภาษามากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยเฉลี่ย 3 ใน 4 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) 3 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) รองลงมา คือ พัฒนาการไม่สมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social) และด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) ตามลำดับ โดย 1 ใน 4 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) (ภาพที่ 1.2)



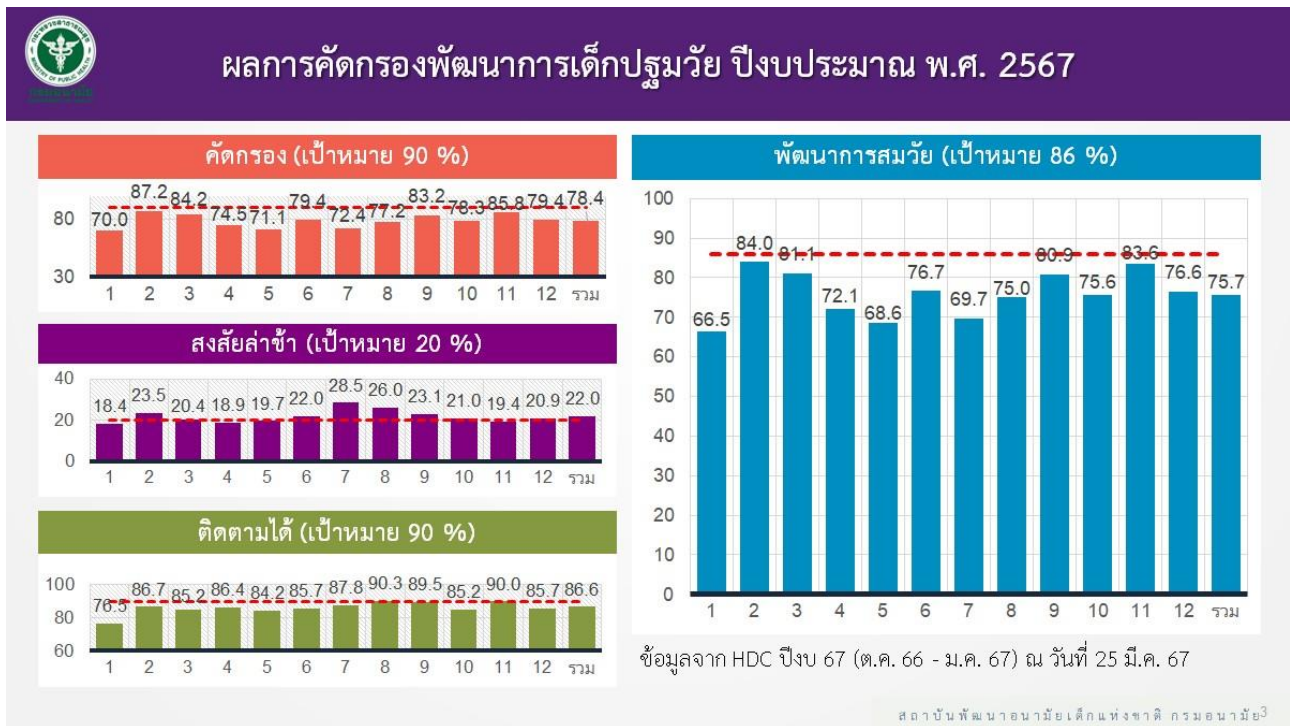
ภาพที่ 1.2 ร้อยละพัฒนาการไม่สมวัยหลังได้รับการกระตุ้นด้วย DSPM รายด้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2567

แนวโน้มของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการไม่สมวัยยังคงน่าเป็นห่วง อาจเป็นผลจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เด็กไทยประมาณ 1 ใน 5 ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) เนื่องด้วยในปัจจุบัน ความรัดตัวทางเศรษฐกิจส่งผลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลบุตรหลานของตนด้วยตนเอง หลายคนอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้ความเข้าใจในการดูแลบุตรหลานอย่างมีคุณภาพ ซึ่งการเล่นถือเป็นกิจกรรมทางกายอย่างหนึ่งของเด็กปฐมวัย ที่ส่งผลดีต่อพัฒนาการ แต่ผู้ดูแลเด็กบางคนอาจยังไม่เห็นความสำคัญของการเล่นและการใช้เวลาคุณภาพกับเด็กเท่าที่ควร มีการศึกษา พบว่า ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ใช้เวลาเล่นกับเด็กน้อย โดยพบว่าใช้เวลาเล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มีเพียงร้อยละ 19.7 และใน 1 สัปดาห์เล่นกับเด็กเกิน 3 วัน มีเพียงร้อยละ 37.90 รวมทั้งบางครอบครัวยังปล่อยให้เด็กใช้เวลากับหน้าจอเกินความจำเป็น จากการสำรวจ พบว่าพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็กถึงร้อยละ 67.30 โดยมีระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็กมากกว่า 1 ครั้งต่อวันมีถึงร้อยละ 88.1 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560) ดังนั้นการสร้างกระแสให้เห็นความสำคัญของการเล่น เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัย รวมทั้งส่งเสริมการเล่นทั้งในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยควบคู่กัน เพื่อเพิ่มโอกาสให้เด็กได้เล่นมากขึ้น จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้น

1.1.3 ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยแยกตามเขตสุขภาพและภาพประเทศ ปี พ.ศ. 2567 (คัดกรอง, ติดตามได้, สงสัยล่าช้า, พัฒนาการสมวัย) จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 ณ วันที่ 25 มีนาคม 2567 พบว่า ในภาพรวมของประเทศ มีเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 78.4 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 22.0 (เป้าหมายร้อยละ 20) ติดตามได้ร้อยละ 86.6 (เป้าหมายร้อยละ 90) และเด็กมีพัฒนาการสมวัยรวมร้อยละ 75.7 (เป้าหมายร้อยละ 86) โดยทั้งหมดยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เมื่อแยกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 รองลงมา คือเขตสุขภาพที่ 11 และเขตสุขภาพที่ 3 ตามลำดับ (ภาพที่ 1.3)



ภาพที่ 1.3 ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย รายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ส่วนผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการผ่านการมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น) ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2565 ได้ขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก โดยเน้นพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่นให้แก่ครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตามองค์ประกอบ 4P ได้แก่ Play Worker (ผู้อำนวยการเล่น) Play Process (กระบวนการเล่น) Play Space (พื้นที่เล่น) และ Play Management (หน่วยบริหารจัดการการเล่น) โดยบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ เกิดผู้อำนวยการเล่น 13,204 คน และเกิดพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก 12,215 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2567 มีการดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกต่อเนื่องจากเดิม โดยขยายผลสู่บริบทครอบครัว ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง หรือพี่เลี้ยงดูเด็ก เป็นผู้อำนวยการเล่นให้แก่เด็กปฐมวัย เพื่อเพิ่มโอกาสการมีกิจกรรมทางกายของเด็กปฐมวัยครอบคลุมทั้งบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของสมอง และส่งผลดีต่อพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ทั้งยังส่งเสริมสุขภาพทางสังคมและอารมณ์ รวมถึงมีความสอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ของชีวิตในอนาคต

โดยมีความเชื่อมโยงต่อการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีเมื่อเด็กมีอายุ 4 ปี ลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน และภาวะอ้วนลงพุงในวัย 7 ปี ด้วยเหตุนี้ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย ไม่เพียงส่งผลดีในระยะสั้นเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลเชิงบวกในระยะยาวอีกด้วย เพราะการมีประสบการณ์เชิงบวกในการมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ช่วงปฐมวัย จะมีพลังในการหล่อหลอมทัศนคติเชิงบวกในระดับปัจเจกให้ใส่ใจต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไปตลอดช่วงชีวิต ซึ่งภายใต้กระบวนการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของเด็กในช่วงวัยดังกล่าวนี้ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถือเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในกลุ่มดังกล่าวมากที่สุด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดำเนินการขับเคลื่อนยกระดับพื้นที่ต้นแบบเด็กไทย เล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับครอบครัว ผ่านการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านส่งเสริมการเล่น โดยได้ถ่ายทอดทักษะผู้อำนวยการเล่น และตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมการเล่นให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้รับการพัฒนาทักษะและเป็นผู้อำนวยความสะดวกระดับครอบครัว (Family Play Worker) จำนวน 1,284 ครอบครัว และยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกเป็น “พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว” จำนวน 26 แห่ง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยสามารถจำแนกตามเขตสุขภาพ ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวน ผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว (ครอบครัว)	จำนวนพื้นที่ต้นแบบเด็กไทย เล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว (แห่ง)
เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่	24	1
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	135	3
ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	55	1
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	20	1
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	21	1
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	25	1
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	609	8
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	41	1
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	40	1
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	174	4
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	50	1
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	40	1
สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง	50	2
รวม	1,284	26

ข้อมูล ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2566

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กำลังอยู่ในช่วงระหว่างดำเนินการขยายผลพัฒนาผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัวและยกระดับพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับครอบครัวให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว จังหวัดละ 20 ครอบครัว รวม 1,540 ครอบครัว และพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว จังหวัดละ 1 แห่ง รวม 77 แห่ง โดยในรอบ 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567) ได้สื่อสารสร้างกระแสความร่วมมือการส่งเสริมการเล่นของเด็กปฐมวัยและมอบโล่เชิดชูเกียรติ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและแรงผลักดันให้หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานต่อไป และได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดโรงเรียนพ่อแม่ด้านส่งเสริมการเล่นเพื่อให้บุคลากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนั้น ๆ ไปถ่ายทอดทักษะผู้อำนวยการเล่นให้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง โดยผลผลิตของการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (รอบ 5 เดือนแรก) บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนี้

- 1) ส่วนภูมิภาคเข้าร่วมงานมหกรรม Play Day ระดับประเทศ จำนวน 13 แห่ง (เป้าหมาย 13 แห่ง)
- 2) บุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพในการจัดโรงเรียนพ่อแม่ด้านส่งเสริมการเล่น จำนวน 2,513 คน (เป้าหมาย 167 คน)
- 3) ร้อยละบุคลากรที่เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการจัดโรงเรียนพ่อแม่ด้านส่งเสริมการเล่น ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80 ของคะแนน Post-test) ร้อยละ 93.18 (เป้าหมาย ร้อยละ 75)

1.1.4 ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

- ความสำคัญของการเล่น
- การเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย
- รายงานสรุปผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- Policy Brief เด็กปฐมวัยกับปัญหาพัฒนาการที่รอการแก้ไข
- ทฤษฎีการเล่นของเด็ก
- แนวคิดและการวัดกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กปฐมวัยระดับสากล
- แนวคิดการขับเคลื่อน “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก Model”

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2566. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565

รายงานสรุปผลที่สำคัญ. สืบค้น 4 เมษายน 2567, จาก

[https://www.unicef.org/thailand/media/11316/file/Snapshot%20of%20Key%20Findings%20\(MICS\)%202022%20TH.pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/11316/file/Snapshot%20of%20Key%20Findings%20(MICS)%202022%20TH.pdf)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี สำหรับผู้ปกครอง. สืบค้น 4 เมษายน

2567, จาก <https://www.thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf>

ณชกุล พิชาชาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, และศิริภัทรา จุฑามณี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก

ปฐมวัย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. Singburi Hospital Journal, 31 (3),/ 128 – 142.

สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/261161/177391>

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย. สืบค้น 4 เมษายน 2567, จาก

[https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr66/download?id=105559&mid=37540&mkey=m_document&lang=th&did=32022](https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr66/download?id=105559&mid=37540&mkey=document&lang=th&did=32022)

ปิยนันท์ พูลโสภาก. (ม.ป.ป.). การพัฒนาการเล่น เพื่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยในศตวรรษที่ 21. วารสารศึกษาศาสตร์

ปริทัศน์, 32 (1),/ 20 – 27. สืบค้นจาก https://eledu.ssru.ac.th/duangkamol_ch/pluginfile.php/127/course/section/56/การพัฒนาการเล่น%20ศ.21.pdf

ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย เด็กปฐมวัยกับพัฒนาการที่รอการแก้ไข. สืบค้น 5 เมษายน

2567, จาก https://tpak.or.th/backend/print_media_file/792/Policy_Brief_เด็กปฐมวัยกับปัญหาพัฒนาการที่รอการแก้ไข.pdf