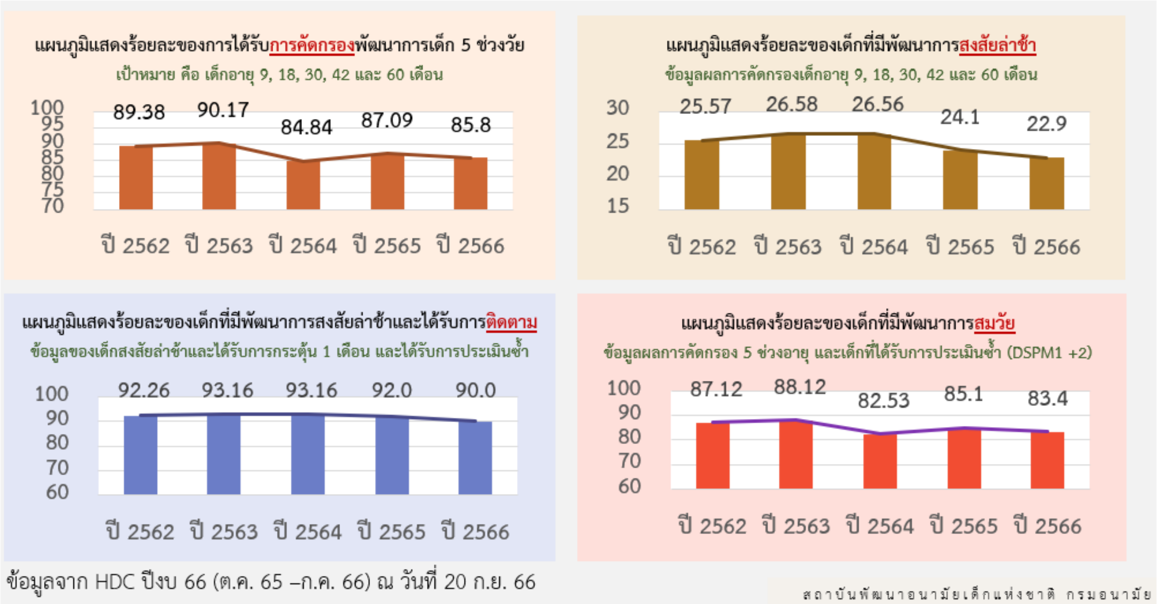
ตัวชี้วัด ดัชนีพัฒนาการสมวัย

1. บทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด (Assessment)

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการและการมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น) ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี รวมทั้งความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1.1.1 การเปรียบเทียบ (ผลผลิต/ผลลัพธ์) ระดับ C (Comparisons) และแนวโน้ม (ผลผลิต/ผลลัพธ์) ระดับ T (Trends) <u>ด้านพัฒนาการ</u>ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี

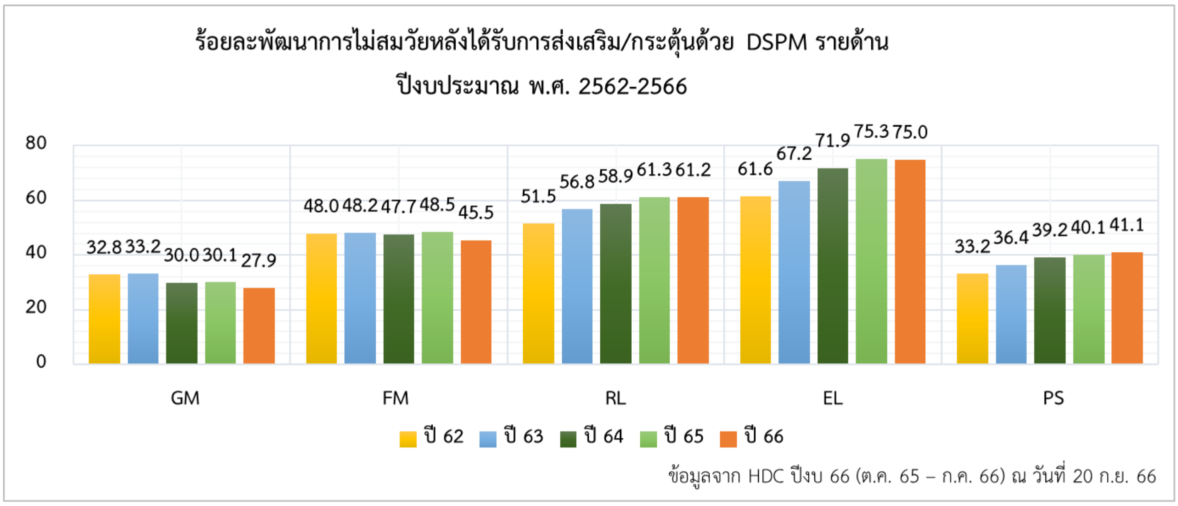
จากรายงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 5 ปี โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 ใน 5 ช่วงอายุ (9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน) พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566 มีแนวโน้มการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น แต่ปลายปีงบประมาณ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



ภาพที่ 1.1 ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566

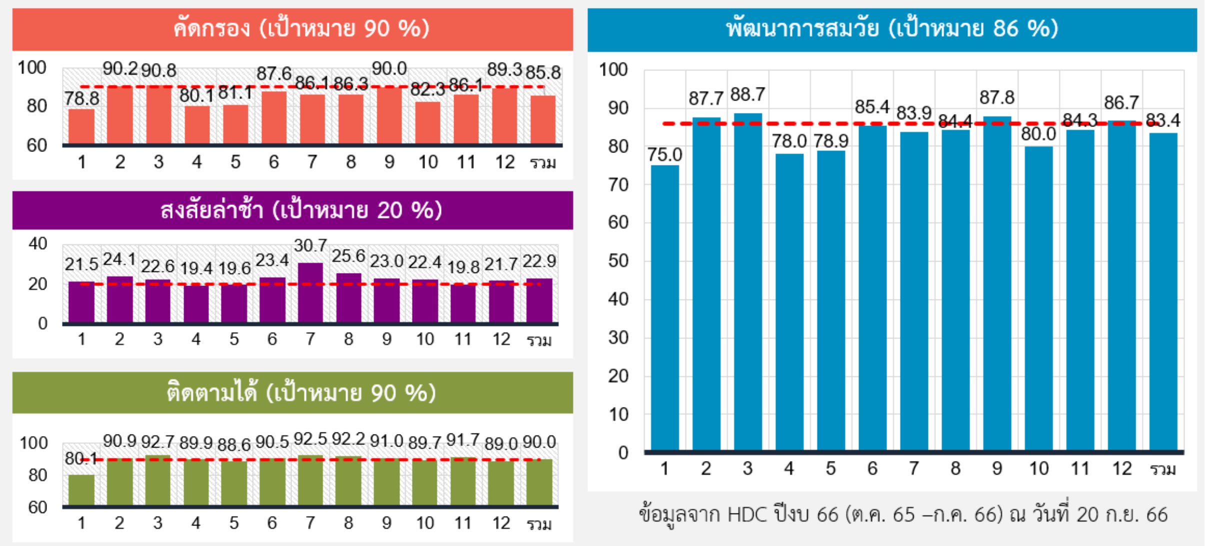
เมื่อนำข้อมูลเด็กที่ยังคงมีพัฒนาการล่าช้า หลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการภายใน 30 วัน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พัฒนาการล่าช้าสูงสุดด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75 และ

รองลงมาคือด้านการเข้าภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 61.2 เมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า พัฒนาการไม่สมวัยด้านภาษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 1.2)



ภาพที่ 1.2 ร้อยละพัฒนาการไม่สมวัยหลังได้รับการกระตุ้นด้วย DSPM รายด้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566

ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยแยกตามเขตสุขภาพและภาพประเทศ ปี พ.ศ. 2566 (คัดกรอง, ติดตามได้, สงสัยล่าช้า, พัฒนาการสมวัย) จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566 ณ วันที่ 20 กันยายน 2566 พบว่า ในภาพรวมของประเทศ มีเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 85.6 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 22.9 (เป้าหมายร้อยละ 20) ติดตามได้ร้อยละ 90 (เป้าหมายร้อยละ 90) และเด็กมีพัฒนาการสมวัยรวมร้อยละ 83.4 (เป้าหมายร้อยละ 86) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีอื่น และพบว่าร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ และพัฒนาการสมวัย ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เมื่อแยกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีร้อยละการคัดกรองพัฒนาการสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 9 ตามลำดับ (ภาพที่ 1.3)



ภาพที่ 1.3 ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย รายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1.1.2 การเปรียบเทียบ (ผลผลิต/ผลลัพธ์) ระดับ C (Comparisons) และแนวโน้ม (ผลผลิต/ผลลัพธ์) ระดับ T (Trends) <u>ด้านการมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น)</u> ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี

- รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า
    - ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ใช้เวลาเล่นกับเด็กน้อย โดยพบว่าใช้เวลาเล่นกับเด็กมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มีเพียงร้อยละ 19.7 และใน 1 สัปดาห์เล่นกับเด็กเกิน 3 วัน มีเพียงร้อยละ 37.90
    - พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็ก มีถึงร้อยละ 67.30 โดยมีระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็กมากกว่า 1 ครั้งต่อวันมีถึงร้อยละ 88.1
- สำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีของประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 50.9 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเลต เครื่องเล่นเกม
- ตามข้อแนะนำของการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็ก รูปแบบของกิจกรรมการเคลื่อนไหวในภาพรวมตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องพิจารณาตลอดทั้งวัน ทั้งช่วงที่เป็นเวลานอน ช่วงเวลาเนือยนิ่ง และช่วงเวลาของการมีกิจกรรมทางกายในระดับเบา ปานกลาง หรือระดับหนัก สำหรับทารก (อายุน้อยกว่า 1 ปี) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้มีกิจกรรมทางกายในหลากหลายวิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเล่นบนพื้นทั่วไปแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งการเล่นในท่านอนคว่ำ (ช่วงระยะพัฒนาการด้วยการใช้หน้าท้อง) อย่างน้อย 30 นาที ส่วนช่วงเวลาเนือยนิ่งไม่ควรเกินกว่า 1 ชั่วโมง และระยะเวลาของการนอนหลับที่มีคุณภาพควรอยู่ที่ 14-17 ชั่วโมง (สำหรับเด็กช่วงอายุ 0-3 เดือน) หรืออยู่ที่ 12-16 ชั่วโมง (สำหรับเด็กช่วงอายุ 4-11 เดือน) ส่วนเด็กที่มีอายุ 1-2 ปี ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำของการเคลื่อนไหวในภาพรวมตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 3 กิจกรรมต่อไปนี้เช่นกัน คือ 1) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีทุกวัน 2) ไม่ควรมีพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือพฤติกรรมติดหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) ควรมีเวลานอนหลับอย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 11-14 ชั่วโมง เช่นเดียวกันกับในเด็กที่มีอายุ 3-4 ปี ที่ควรปฏิบัติให้ได้ทั้ง 3 กิจกรรม คือ 1) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีทุกวัน โดยมีกิจกรรมที่ใช้พลังงานของร่างกายอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน 2) ไม่ควรมีพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือพฤติกรรมติดหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) ควรมีเวลานอนหลับอย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 10-13 ชั่วโมง
- การเคลื่อนไหวของร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของสมอง และส่งผลดีต่อพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ยิ่งไปกว่านั้น การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอในเด็กปฐมวัยยังส่งเสริมสุขภาวะทางสังคมและอารมณ์ รวมถึงมีความสอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ของชีวิตในอนาคต โดยมีความเชื่อมโยงต่อการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีเมื่อเด็กมีอายุ 4 ปี ลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน และภาวะอ้วนลงพุงในวัย 7 ปี ด้วยเหตุนี้ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย ไม่เพียงส่งผลดีในระยะสั้นเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลเชิงบวกในระยะยาวอีกด้วย เพราะการมีประสบการณ์เชิงบวกในการมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ช่วงปฐมวัย จะมีพลังในการหล่อหลอมทัศนคติเชิงบวกในระดับปัจเจกให้ใส่ใจต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไปตลอดช่วงชีวิต ซึ่งภายใต้กระบวนการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของเด็กในช่วงวัยดังกล่าวนี้ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถือเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในกลุ่มดังกล่าวมากที่สุด

1.1.3 ผลการดำเนินงาน<u>ด้านพัฒนาการ</u>ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ทั้งผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ Le (Level)

ผลการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ.2565) จากสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ประกอบด้วย 3 โครงการ ได้แก่

➢ **โครงการขับเคลื่อนพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566**

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

- พัฒนาศักยภาพเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM สำหรับเครือข่ายบุคลากรระดับเขตสุขภาพ โดยเครือข่ายบุคลากรและผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับเขตสุขภาพ เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 71 คน และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปฝึกทักษะและประเมินการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับเครือข่ายบุคลากร และพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพของตนเองได้ จำนวน 13 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 92.3 เครือข่ายบุคลากรและผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ (CPM : Child Project Management) ทั้ง 13 เขต จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM สำหรับพยาบาลหลังคลอด มีพยาบาลแผนกหลังคลอดจากโรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ผ่านการอบรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM รวมจำนวน 755 คน

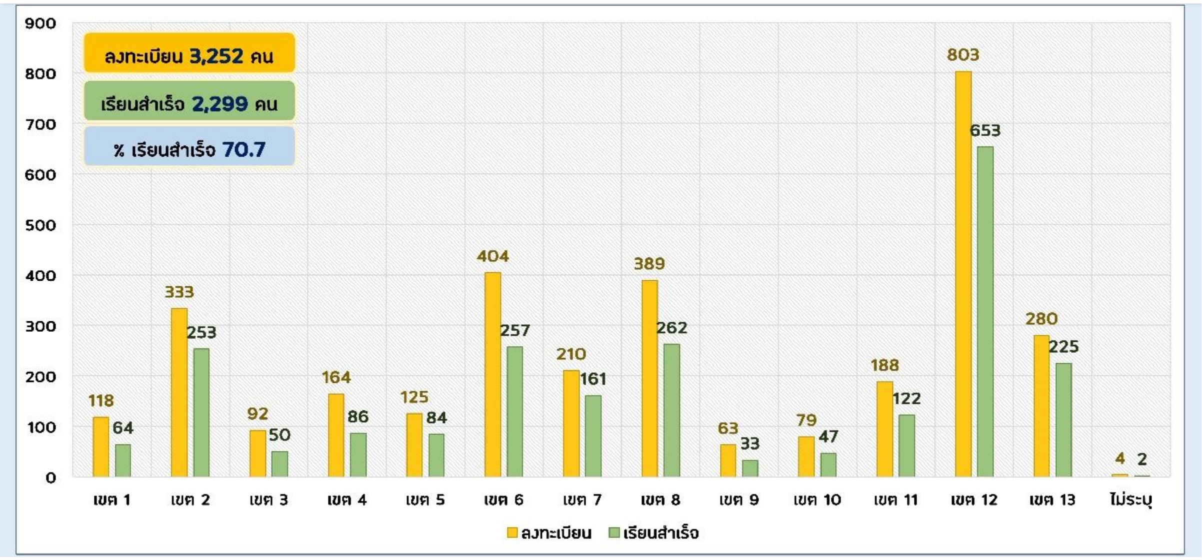
ภาพที่ 1.4 การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ด้วยคู่มือ DSPM สำหรับเครือข่ายบุคลากร ระดับเขตสุขภาพ เมื่อวันที่ 7-9 ธันวาคม 2565

ขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือ DSPM ให้กับบุคลากรด้านสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย ผ่านการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning หลักสูตร การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเผยแพร่ผ่านระบบการเรียนของกรมอนามัย Mooc Anamai หรือเว็บไซต์ https://mooc.anamai.moph.go.th และได้ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง Facebook สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ

ภาพที่ 1.5 โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

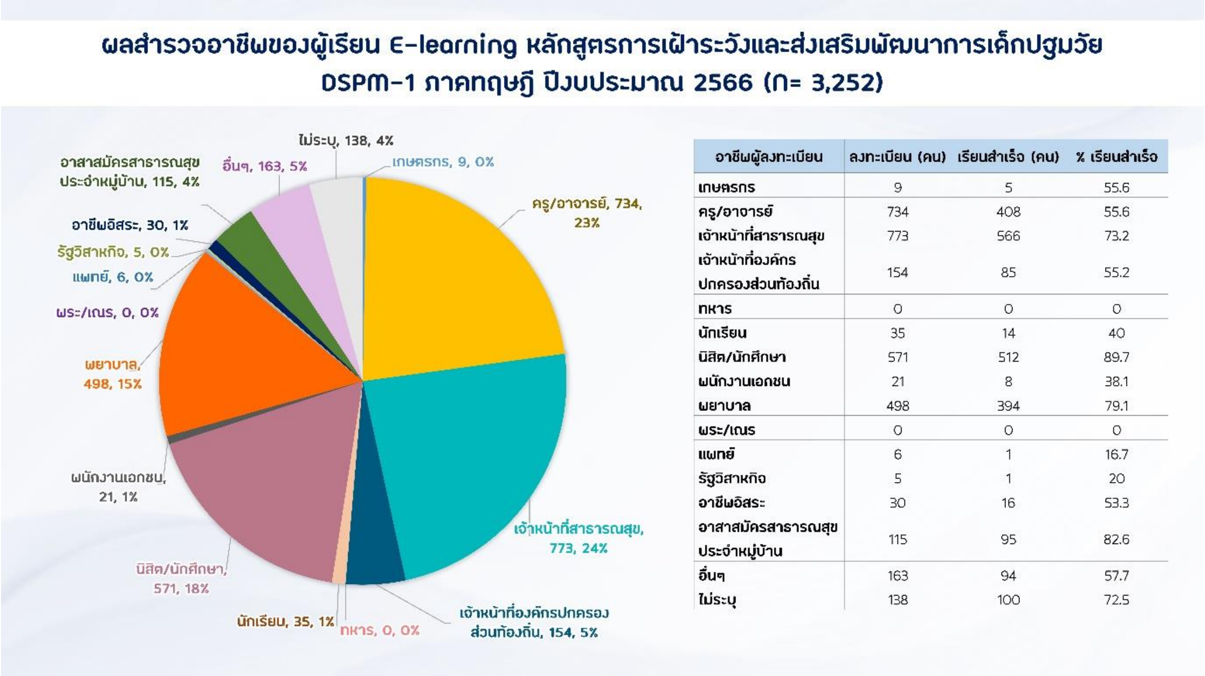
ผลการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2566

- **ภาคทฤษฎี (DSPM-1)** มีผู้ลงทะเบียนเรียนจำนวน 3,252 คน เรียนสำเร็จจำนวน 2,299 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 สามารถจำแนกรายเขตสุขภาพ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1.6 จำนวนผู้ลงทะเบียนและเรียนสำเร็จ หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคทฤษฎี

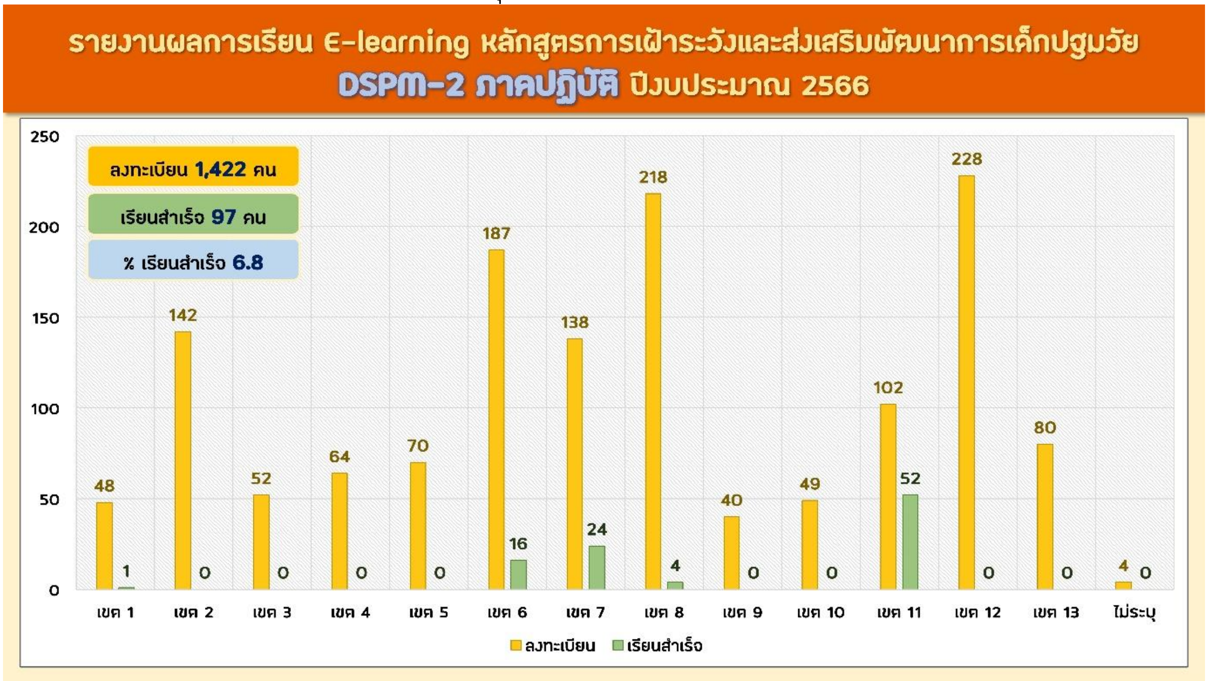
ผู้เรียนสำเร็จจำนวน 2,299 คน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 773 คน คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมาคือครู/อาจารย์ จำนวน 734 คน คิดเป็นร้อยละ 23 นิสิต/นักศึกษา จำนวน 571 คน คิดเป็นร้อยละ 18 พยาบาล จำนวน 498 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และประกอบอาชีพอื่นๆ ดังภาพ



อาชีพผู้ลงทะเบียน	ลงทะเบียน (คน)	เรียนสำเร็จ (คน)	% เรียนสำเร็จ
เกษตรกร	9	5	55.6
ครู/อาจารย์	734	408	55.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	773	566	73.2
เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	154	85	55.2
ทหาร	0	0	0
นักเรียน	35	14	40
นิสิต/นักศึกษา	571	512	89.7
พนักงานเอกชน	21	8	38.1
พยาบาล	498	394	79.1
พระ/เณร	0	0	0
แพทย์	6	1	16.7
รัฐวิสาหกิจ	5	1	20
อาชีพอิสระ	30	16	53.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	115	95	82.6
อื่นๆ	163	94	57.7
ไม่ระบุ	138	100	72.5

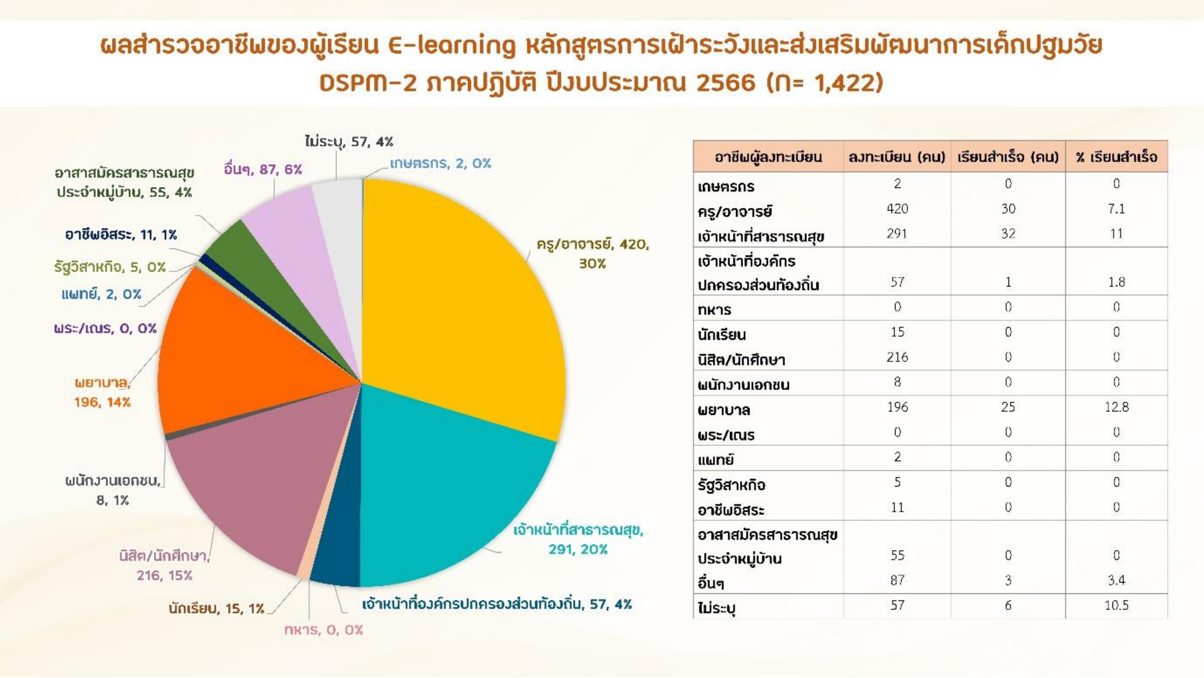
ภาพที่ 1.7 อาชีพของผู้เรียนหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคทฤษฎี

- **ภาคปฏิบัติ** (DSPM-2) มีผู้ลงทะเบียนเรียนจำนวน 1,422 คน เรียนสำเร็จจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 สามารถจำแนกรายเขตสุขภาพ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1.8 จำนวนผู้ลงทะเบียนและเรียนสำเร็จ หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคปฏิบัติ

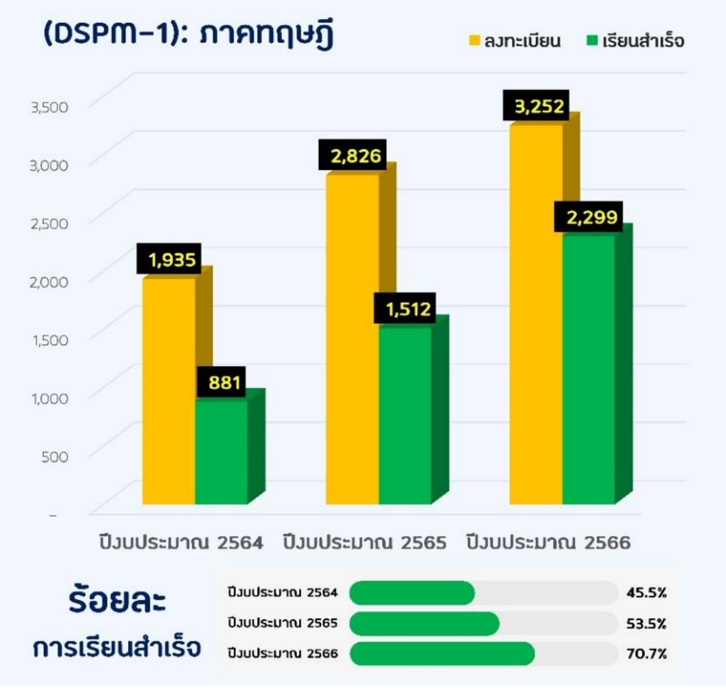
ผู้เรียนสำเร็จจำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นครู/อาจารย์ จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 20 นิสิต/นักศึกษา จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 15พยาบาล จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 14 และประกอบอาชีพอื่นๆ ดังภาพ



อาชีพผู้ลงทะเบียน	ลงทะเบียน (คน)	เรียนสำเร็จ (คน)	% เรียนสำเร็จ
เกษตรกร	2	0	0
ครู/อาจารย์	420	30	7.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	291	32	11
เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	57	1	1.8
ทหาร	0	0	0
นักเรียน	15	0	0
นิสิต/นักศึกษา	216	0	0
พนักงานเอกชน	8	0	0
พยาบาล	196	25	12.8
พระ/เณร	0	0	0
แพทย์	2	0	0
รัฐวิสาหกิจ	5	0	0
อาชีพอิสระ	11	0	0
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	55	0	0
อื่นๆ	87	3	3.4
ไม่ระบุ	57	6	10.5

ภาพที่ 1.9 อาชีพของผู้เรียนหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคปฏิบัติ

ผลการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตั้งแต่เปิดระบบ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่า มีแนวโน้มการลงทะเบียนและเรียนสำเร็จสูงขึ้นทุกปี



ภาพที่ 1.10 ผลการเรียนการสอนรูปแบบ E-learning หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2564 – 2566

3. ผลิตคลิปวิดีโอ ทักษะการสื่อสารและ การให้ความรู้แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้คู่มือ DSPM

ผลการดำเนินงาน

ชุดสื่อวีดีโอ เรื่อง “ทักษะการสื่อสาร และหลักการแจ้งผลการประเมินพัฒนาการ” สำหรับบุคลากรสาธารณสุขใช้แนวทางในการแจ้งผลประเมินพัฒนาการ เนื้อหาประกอบด้วย หลักการในการพูดคุย/ให้คำปรึกษา และตัวอย่างการแจ้งผลในสถานการณ์สมมุติ 4 กรณี ได้แก่ เด็กมีพัฒนาการสมวัย เด็กมี

พัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กมีพัฒนาการสมวัยหลังได้รับการกระตุ้น และเด็กมีพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อ โดยได้มีการอัพโหลดคลิปวีดีโอในเว็บไซต์สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ที่ https://nich.anamai.moph.go.th/th/communication ซึ่งได้ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง Facebook Fanpage และ LINE group

ภาพที่ 1.11 โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ชุดสื่อวีดีโอ เรื่อง ทักษะการสื่อสารและหลักการแจ้งผลประเมินพัฒนาการ

2.2 โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ดูแลเด็กในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่และผู้ปกครอง ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2566

1. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1) มีการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย จำนวน 41 คน จาก 23 หน่วยงาน โดยมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเล่น การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้อำนวยการเล่นในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และฝึกปฏิบัติพัฒนาแผนการสอนและสาธิตกิจกรรมการสอนในโรงเรียนพ่อแม่แบบ BBL โดยได้พัฒนาแผนการสอนจำนวน 4 เรื่อง คือ 1) เล่นให้ได้เรื่อง 2) เรื่องอ้วนที่ไม่ธรรมดา 3) ฟันดี ไม่มี BAD และ 4) เด็กสำลัก ของติดคอเราช่วยได้

2) **ชุดการเรียนรู้รูปแบบ e- learning เรื่อง** หลักสูตรการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ด้านสุขภาพ 4D และส่งเสริมการเล่นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก นักวิชาการ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย

3) ขยายผลการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ด้านสุขภาพ 4D และส่งเสริมการเล่นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ รวมจำนวน 41 แห่ง จากเป้าหมาย 13 แห่ง โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบไปด้วยผู้ปกครอง จำนวน 1,078 คน ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 1,556 คน และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ จำนวน 480 คน

2.3 โครงการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2.3.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระหว่างวันที่ 10 – 11 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการดำเนินงาน

จัดประชุมในรูปแบบ onsite ณ ห้องประชุมราชนครินทร์ ชั้น 4 สภาการพยาบาล มีผู้เข้าร่วมประชุม จาก 86 สถาบันการศึกษาพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 215 คน ประกอบด้วย วิทยากร 26 คน คณะทำงาน 21 คน และผู้เข้าร่วมประชุม 168 คน เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก (73.3%) สาขาการพยาบาลมารดาทารก (14.7%) สาขาการพยาบาลชุมชน (10.3%) และสาขาการพยาบาลจิตเวชและการพยาบาลพื้นฐาน (1.7%) ได้แนวทางการบูรณาการเนื้อหาสาระหลัก/เนื้อหาจำเป็นเข้าในหลักสูตร

รูปแบบที่ 1 : เพิ่มเนื้อหาการใช้เครื่องมือ DSPM & DAIM ในการประเมินพัฒนาการทารกแรกเกิด ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก (การให้คำแนะนำมารดาก่อนกลับบ้าน พร้อมให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือ)

รูปแบบที่ 2 : นำเนื้อหาในหัวข้อพัฒนาการเด็กไปเริ่มสอนในรายวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ส่วนในรายวิชาการพยาบาลเด็ก จะเริ่มจากการทบทวนพัฒนาการเด็กและเน้นสอนการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM & DAIM

รูปแบบที่ 3 : เพิ่มการนำเครื่องมือ DSPM & DAIM ไปใช้ในการดูแลครอบครัวในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

โดยมีแนวทางการพัฒนาอาจารย์ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

- นำเสนอผู้บริหารเกี่ยวกับนโยบาย หลักสูตร ขอบเขต เนื้อหาสาระและความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ส่งอาจารย์ไปอบรมเฉพาะทาง หลักสูตรการประเมินพัฒนาการเด็ก
- ทำ KM/work shop ให้ทุกคนทราบ และมีแนวปฏิบัติเดียวกัน
- มีการติดตามการใช้ DSPM ในการเรียนการสอน
- จัดสัมมนา/ศึกษาดูงานในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน
- สร้างความตระหนักและพัฒนาทักษะ/ความมั่นใจให้กับอาจารย์สาขาที่เกี่ยวข้องในการใช้เครื่องมือ

2. สภาการพยาบาลร่วมกับกรมอนามัยจะจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพอาจารย์พยาบาลด้านการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ท่านมีความเห็นอย่างไร

- เห็นด้วยและพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยเสนอรูปแบบการจัดอบรมดังนี้

1) เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้เครื่องมือ DSPM&DAIM และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ควรมีการอบรมหลาย ๆ รอบใน 1 ปี)

2) อบรมระยะสั้น เรื่อง พัฒนาการเด็ก การใช้เครื่องมือ (1 สัปดาห์)

3) ฟื้นฟูความรู้ เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็กและการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ

2.3.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการจัดการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ผลการดำเนินงาน

มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 29-30 มิถุนายน 2566 และ รุ่นที่ 2 วันที่ 19 -20 ตุลาคม 2566

รุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 29-30 มิถุนายน 2566 จัดประชุมในรูปแบบ onsite ณ ห้องประชุมราชนครินทร์ ชั้น 4 สภาการพยาบาล มีผู้เข้าร่วมประชุม จาก 40 สถาบันการศึกษาพยาบาล เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลมารดาทารก สาขาการพยาบาลชุมชน และสาขาการพยาบาลจิตเวชและการพยาบาลพื้นฐาน รวมจำนวนทั้งสิ้น 67 คน

ภาพที่ 1.11 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการเรียนการสอน DSPM & DAIM ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อวันที่ 29-30 มิถุนายน 2566

1.1.4 ผลการดำเนินงาน<u>การมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น)</u> ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ทั้งผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ Le (Level)

ผลการดำเนินงานด้านการมีกิจกรรมทางกาย (การเล่น) ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 คือ โครงการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ (Key Activity) และผลลัพธ์ของการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ภาพที่ 1.12 ผลการดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก พ.ศ. 2566 รอบ 5 เดือนแรก

ผลการดำเนินงาน รอบ 5 เดือนหลัง

1. เยี่ยมเสริมพลังติดตามประเมินผลการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

เยี่ยมเสริมพลัง จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DAY CARE) ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ครั้งที่ 2 ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลบางจาก และศูนย์เด็กเล็กบ้านเด็กโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รวมทั้ง ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลดอนกรวย ราชบุรี

ครั้งที่ 3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ซับน้อย และศูนย์

พัฒนาเด็กเล็กบ้านเกาะบรเพ็ด อ.วิเชียรบุรี จ.เพชรบูรณ์ รวมทั้ง ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลิง จ.นครสวรรค์

ครั้งที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบวกครกน้อย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองแม่เหียะ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลขัวมุง

2. วิจัยประสิทธิผลของการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผลการวิจัย พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) คือองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการสนับสนุนการเล่นและเป็นผู้ที่พัฒนาเด็กให้มีพัฒนาการตามช่วงวัย มีทักษะและความสามารถด้าน SOFT SKILL ช่วยพัฒนาศักยภาพให้เป็นเด็กไทยสู่ศตวรรษที่ 21

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการผลการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านสุขภาพ 4D และด้านส่งเสริมการเล่น รวมทั้งสรุปผลการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว (Family Play Worker) พบว่า ในปีงบประมาณ 2567 ได้ดำเนินการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับครอบครัว จำนวน 26 แห่ง และมีผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว (Family PlayWorker) จำนวน 1,284 ครอบครัว ครอบคลุมทั้ง 13เขตสุขภาพ

ตัวอย่างนวัตกรรม/ Best Practice

- นวัตกรรมกล่องนมและถุงนม (นำกล่องนมและถุงนมที่ทานหมดแล้วมารีไซเคิล ทำชุดหมวก โดยให้ผู้ปกครองและเด็กช่วยกันทำ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านซับน้อย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
- Line OA Smart Kids ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นช่องทางสื่อสารสร้างความรอบรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และเครื่องมือในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ใช้สื่อสารแลกเปลี่ยน สอบถามประชาสัมพันธ์
- “มากกว่าการเล่น” เช่น กิจกรรมทำผ้ามัดย้อมบูรณาการกับการเล่น ของศูนย์อนามัยที่ 11

ผลผลิตจากการดำเนินงานโครงการ

1. สร้างกระแสการเล่นในครอบครัวและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. จำนวนผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว และจำนวนพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว

ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ได้ดำเนินการขับเคลื่อนยกระดับพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับครอบครัว ผ่านการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านส่งเสริมการเล่น โดยได้ถ่ายทอดทักษะผู้อำนวยการเล่น และตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมการเล่นให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้รับการพัฒนาทักษะและเป็นผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว (Family Play Worker) จำนวน 1,284 ครอบครัว และยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นเป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกเป็น “พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว” จำนวน 26 แห่ง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ โดยสามารถจำแนกตามเขตสุขภาพได้ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวน ผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว (ครอบครัว)	จำนวนพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับครอบครัว (แห่ง)
ศูนย์อนามัยที่ 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
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง	50	2
รวม	**1,284**	**26**

นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ยังมีผู้ที่สนใจเข้ามาเรียนออนไลน์ “หลักสูตรผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER)” ผ่านทาง MOOC ANAMAI ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ที่ทั้งครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ สามารถเข้ามาอบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการเป็นผู้อำนวยการเล่น ((PLAY WORKER) สำหรับส่งเสริมและเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างเพียงพอเหมาะสมตามช่วงวัย และช่วยพัฒนาทักษะ ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างสมวัย โดยสรุปจำนวนผู้สมัครเรียนและจำนวนผู้ที่เรียนสำเร็จ จำแนกตามเขตสุขภาพ ได้ดังนี้

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้สมัครเรียน (คน)	จำนวนผู้ที่เรียนสำเร็จ (คน)
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	91	26
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	274	134
ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	294	114
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	754	181
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	1,007	582
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	1,302	606
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	144	52
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	419	183
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	67	17
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	507	246
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	276	86
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	753	257
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง	154	63
รวม	**6,042**	**2,547**

(ข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2563 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566)

4) ความรู้/บทความวิชาการที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล และสนับสนุนการดำเนินงานตัวชี้วัด

การเล่น หมายถึง พฤติกรรม หรือกระบวนการที่ริเริ่ม ควบคุม หรือจัดโครงสร้างโดยเด็ก ๆ เอง การเล่นเกิดขึ้นเมื่อไรหรือที่ไหนก็ได้ ตามแต่โอกาสจะอำนวย การเล่นนั้นไม่ใช่สิ่งที่ถูกบังคับ เกิดขึ้นด้วยแรงผลักดันภายในตัวเด็กอย่างอิสระอย่างเป็นธรรมชาติ ทำให้เด็กมีความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน นำไปสู่การเรียนรู้ที่ดีในทุกเรื่องและเป็นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตวัยเด็ก ทำให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวเปลี่ยนแปลงความคิด เข้าใจสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว อยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเรียกว่า การเกิดสุขภาวการณ์เล่น มูลนิธิเพื่อพัฒนาเด็ก (มพด.) พูดถึง “การเล่น” คือ ธรรมชาติและความต้องการของเด็ก การเล่น ทำให้เกิดความสุข สนุกสนาน นำไปสู่การเรียนรู้ที่ดี มันเป็นเรื่องของสมอง แล้วส่งผลสู่พัฒนาการรอบด้านอย่างอิสระ

การเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย

เด็กกับการเล่นเป็นสิ่งที่คู่กันและการเล่นก็เป็นสิ่งสำคัญจำเป็นนนชีวิตเด็ก เนื่องจากการเล่นเป็นโอกาสที่ทำให้เด็กได้สัมผัสบรรยากาศของการเรียนรู้ที่สนุกและมีความสุข ก่อนให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เด็กรู้จักฝึกฝนตนเอง ดังนั้นการเล่นที่เหมาะกับช่วงวัยหรือพัฒนาการของเด็กย่อมจะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ที่สำคัญคือพ่อแม่ต้องมีส่วนร่วมในการเล่นกับลูก ซึ่งนอกจากจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการแล้ว ยังส่งเสริมเรื่องความสัมพันธ์ภายนนครอบครัวอีกด้วย โดยการเล่นจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ ให้แก่เด็ก ดังนี้

1. ด้านร่างกาย การเล่นเป็นการพัฒนากล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย การเคลื่อนไหวขณะเล่นจะทำให้กล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้ดี ส่งผลให้เกิดการพัฒนากล้ามเนื้อ
2. ด้านจิตใจและอารมณ์การเล่นจะช่วยสร้างจิตใจที่ดีและปรับอารมณ์ของเด็กได้ เด็กจะได้รู้จักการแก้ปัญหาคลายความเครียด วิตกกังวล
3. ด้านสติปัญญา การเล่นสอนให้เด็กได้มีโอกาสคิด แสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความคิดริเริ่มและเสริมพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดจินตนาการ รู้จักยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพต่อไป
4. ด้านสังคมและศีลธรรม รู้แพ้ รู้ชนะ รู้อภัย เป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญที่ได้จากการเล่น เด็กจะได้ฝึกเมื่อได้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ เด็กจะเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้ที่จะแบ่งปัน ถ้อยทีถ้อยอาศัย รู้จักการรอคอย เรียนรู้ที่จะปรับตัวเพื่อให้อยู่ในกลุ่มเพื่อนได้อย่างมีความสุข

โดยเด็กแต่ละวัยก็จะมีลักษณะการเล่นที่แตกต่างกันตามช่วงวัย ดังนี้

1. ช่วงอายุ 0-1 ปี เด็กจะสนุกกับการดูเด็กอื่นเล่น และเด็กวัยนี้ก็จะมีการเล่นที่เป็นการตอบสนองระบบประสาทสัมผัสแบบตรงไปตรงมา เช่น เด็กชอบเล่นจ๊กจี๋ สนใจของเล่นที่มีสีสดใส ของเล่นที่เคาะแล้วเกิดเสียงดังเป็นต้น เด็กจะสนใจการเล่นในแต่ละครั้งไม่เกิน 3-5 นาที
2. ช่วงอายุ 1-2 ปี เด็กมักชอบเล่นคนเดียว ชอบที่จะมีโลกของตนเองในช่วงสั้น ๆ ไม่ค่อยสนใจและไม่ค่อยร่วมเล่นกับคนอื่น โดยเด็กจะมีความสนใจในการเล่นประมาณ 5-7 นาที ในแต่ละกิจกรรม
3. ช่วงอายุ 2-3 ปี เด็กจะมีลักษณะการเล่นเป็นแบบคู่ขนาน คือ ต่างคนต่างเล่น เด็กจะเล่นของเล่นเหมือนกัน ด้วยวิธีเล่นที่คล้าย ๆ กัน ชอบดูเพื่อนข้าง ๆ เล่น และเล่นเป็นพัก ๆ ส่วนใหญ่จะสนใจเฉพาะกิจกรรมที่ตนเองทำ จนอายุ 5 ปี ถึงจะสนใจผลงานของตนเอง
4. ช่วงอายุ 4-5 ปี เด็กจะเริ่มเล่นกับเพื่อนแบบมีความสัมพันธ์เบื้องต้น คือเล่นกับคนอื่นแต่เป็นไปในแนวทางที่ตนต้องการ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมบางส่วนแต่ไม่แบ่งหน้าที่กันชัดเจน เช่น วิ่งไล่จับกันไปมา เป็นต้น เริ่มมีการเล่น

สมมติที่เกี่ยวข้องกับคนรอบตัว เช่น เล่นสมมติเรื่องครอบครัว เล่นขายของ เป็นต้น เด็กจะมีช่วงเวลาการเล่นประมาณ 10-15 นาที

5. ช่วงอายุ 5-8 ปี เด็กจะเล่นอย่างมีปฏิสัมพันธ์ เล่นแบบรวมกันเป็นกลุ่ม และแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจนในการเล่น เช่น เล่นซ่อนหา เล่นตี่จับ เป็นต้น

แนวคิดและการวัดกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กปฐมวัยระดับสากล

ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก กิจกรรมทางกาย (Physical Activity: PA) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกล้ามเนื้อโครงร่าง หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ช่วยให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานสำหรับเด็กปฐมวัยการมีกิจกรรมทางกายนั้นจะอยู่ในรูปแบบของการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งใช้พลังงานมากกว่าการพักผ่อนหรืออยู่นิ่ง เช่น การเดิน การคลาน การวิ่ง การกระโดด การทรงตัว การปีนป่ายไปมา การเล่นของเล่น การเต้นรำ การขี่ของเล่นที่มีล้อ หรือการปั่นจักรยาน เป็นต้น

กิจกรรมทางกายทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์มากมายสำหรับเด็ก กิจกรรมทางกายแบบไม่มีโครงสร้าง หรือกฎกติกาที่แน่นอน เช่น การเล่นของเด็กด้วยตนเอง การออกไปเล่นหรือสำรวจสิ่งแวดล้อมด้วยตัวเด็กเองอย่างอิสระ โดยนิยามของการเล่นนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์ของตนเอง (ปราศจากเป้าหมายเฉพาะ) ตามความสมัครใจ ผู้เล่นเกิดความสุขความเพลิดเพลินและจินตนาการ ทั้งนี้สามารถเล่นเดี่ยวหรือมีสังคม การให้เวลาเด็กได้ทำกิจกรรมทางกายแบบไม่มีโครงสร้างนั้น สามารถส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์กล้าแสดงออกและสร้างปฏิสัมพันธ์ เกิดความร่วมมือระหว่างคนและวัตถุในขณะเล่น

กิจกรรมทางกายแบบมีโครงสร้างจะถูกวางแผนไว้ โดยมีข้อแนะนำและเป้าหมายที่ชัดเจน เป้าหมายอาจจะเพื่อพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาความแข็งแรงของร่างกายและสุขภาพ หรือพัฒนาทักษะในการควบคุมวัตถุหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมทางกายแบบมีโครงสร้างที่ถูกออกแบบมาเพื่อพัฒนาทักษะทางด้านจิตใจของเด็ก และส่งผลให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living หรือ ADL) เช่น การสร้างความร่วมมือ ความมั่นคง ความตระหนักและการรับรู้มิติด้านความสัมพันธ์ เป็นต้น

เพื่อให้เป็นไปตามข้อแนะนำของการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กรูปแบบของกิจกรรมการเคลื่อนไหวในภาพรวมตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องพิจารณาตลอดทั้งวัน ทั้งช่วงที่เป็นเวลานอน ช่วงเวลาเนือยนิ่ง และช่วงเวลาของการมีกิจกรรมทางกายในระดับเบา ปานกลาง หรือระดับหนัก สำหรับทารก (อายุน้อยกว่า 1 ปี) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้มีกิจกรรมทางกายในหลากหลายวิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเล่นบนพื้นทั่วไปแบบไม่มีปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งการเล่นในท่านอนคว่ำ (ช่วงระยะพัฒนาการด้วยการใช้หน้าท้อง) อย่างน้อย 30 นาที ส่วนช่วงเวลาเนือยนิ่งไม่ควรเกินกว่า 1 ชั่วโมง และระยะเวลาของการนอนหลับที่มีคุณภาพควรอยู่ที่ 14-17 ชั่วโมง (สำหรับเด็กช่วงอายุ 0-3 เดือน) หรืออยู่ที่ 12-16 ชั่วโมง (สำหรับเด็กช่วงอายุ 4-11 เดือน) ส่วนเด็กที่มีอายุ 1-2 ปี ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำของการเคลื่อนไหวในภาพรวมตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 3 กิจกรรมต่อไปนี้เช่นกัน คือ 1) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีทุกวัน 2) ไม่ควรมีพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือพฤติกรรมติดหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) ควรมีเวลานอนหลับอย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 11-14 ชั่วโมง เช่นเดียวกันกับในเด็กที่มีอายุ 3-4 ปี ที่ควรปฏิบัติให้ได้ทั้ง 3 กิจกรรม คือ 1) ควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 180 นาทีทุกวัน โดยมีกิจกรรมที่ใช้

พลังงานของร่างกายอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน 2) ไม่ควรมีพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือพฤติกรรมติดหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) ควรมีเวลานอนหลับอย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 10-13 ชั่วโมง

หนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงในการนำมาใช้เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการในกลุ่มเด็กปฐมวัย คือ การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างและกระตุ้นการเรียนรู้ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของสมอง และส่งผลดีต่อพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ยิ่งไปกว่านั้น การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอในเด็กปฐมวัยยังส่งเสริมสุขภาวะทางสังคมและอารมณ์ รวมถึงมีความสอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ของชีวิตในอนาคต โดยมีความเชื่อมโยงต่อการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีเมื่อเด็กมีอายุ 4 ปี ลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินและภาวะอ้วนลงพุงในวัย 7 ปี ด้วยเหตุนี้ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย ไม่เพียงส่งผลดีในระยะสั้นเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลเชิงบวกในระยะยาวอีกด้วย เพราะการมีประสบการณ์เชิงบวกในการมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ช่วงปฐมวัย จะมีพลังในการหล่อหลอมทัศนคติเชิงบวกในระดับปัจเจกให้ใส่ใจต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไปตลอดช่วงชีวิต ซึ่งภายใต้กระบวนการส่งเสริมการเคลื่อนไหวของเด็กในช่วงวัยดังกล่าวนี้ ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ถือเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในกลุ่มดังกล่าวมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์ ระดับ และแบบแผนการเคลื่อนไหวของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยในปัจจุบันยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัดและไม่เพียงพอที่จะระบุถึงความสัมพันธ์ในเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กปฐมวัยที่เป็นมาตรฐานที่สามารถประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยได้ ข้อมูลที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน มีเพียงการรายงานการสำรวจและคัดกรองพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จากการสำรวจการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมายเพื่อการเฝ้าระวังพัฒนาการในภาพรวมเพื่อบ่งชี้ถึงสถานะของเด็กในแต่ละช่วงวัยเท่านั้น

เล่นเปลี่ยนโลก คือ กระบวนการส่งเสริมการเล่นของเด็กไทย ทั้งในบ้าน โรงเรียน และพื้นที่สาธารณะ โดยผู้ใหญ่เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระ ด้วยความสนุกสนาน มีความสุข คอยสนับสนุนการเล่นใกล้ๆ หรือเล่นร่วมกับเด็ก มีการจัดพื้นที่เล่น ลานเล่น ที่เอื้อให้เด็กได้เล่นอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งเป็นผู้อำนวยการเล่นให้เด็กได้เล่นร่วมกับเพื่อน ๆ ในชุมชน มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เอื้อให้เด็กและครอบครัวได้ใช้เวลาในการทำกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนารอบด้าน

เล่นเปลี่ยนโลกสำคัญอย่างไร เพียงแค่ผู้ใหญ่เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระ เพราะ“หน้าที่ของเด็กคือการเล่น” เมื่อเด็กได้เล่นอิสระ เด็กจะเกิดความสนุกสนาน มีความสุข ถือเป็นโอกาส แห่งการเรียนรู้และเสริมสร้างพัฒนาการในทุกด้าน ซึ่งกว่าจะเห็นผลต่อเมื่อเด็ก ๆ เหล่านี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว จะมีคุณค่าต่อโลกเราแน่นอน ‘

แนวคิดการขับเคลื่อน “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก Model” การเล่นรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ concept 3F ซึ่งประกอบด้วย

Family คือ การเล่นกับครอบครัว/ เพื่อน พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีทักษะ/ สร้างแรงจูงใจในการเล่น

Free คือ การเปิดโอกาสให้เด็กเล่นอิสระตามความต้องการอยากจะเล่น โดยมีมุมเล่น ลานเล่นสนามเด็กเล่นที่บ้าน โรงเรียน ชุมชน ให้เด็ก “เล่นที่ไหนก็ได้ขอให้ปลอดภัย”

Fun คือ การเล่นให้สุข สนุก โดยมีกิจกรรม/ สื่อของเล่นหลากหลาย หาง่าย ไม่ซับซ้อน เป็นไปตามวัยเน้นธรรมชาติ

Concept 3F มีองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบที่จะทำให้เกิดต้นแบบ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” ดังต่อไปนี้

1. ผู้อำนวยการเล่น (play worker) คือ ผู้ที่สนับสนุนการเล่นของเด็ก โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ดูแลเด็กเล่นและเล่นสนุกสนานไปกับเด็กในบางครั้ง อำนวยการเล่นของเด็กให้เกิดความสุข สนุกสนาน และความปลอดภัย มีส่วนช่วยในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะชีวิตต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ ความคิดที่เป็นพื้นฐานต่อการใช้ชีวิตในอนาคตของเด็กให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ช่วยเสริมสร้างคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิด self esteem โดยครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีบทบาทในการสร้าง SOFT SKILL ให้กับเด็ก ดังนี้

1.1 ผู้อำนวยการเล่นช่วยเพิ่มการเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้กับเด็ก (Creator)

1.2 ผู้อำนวยการเล่นช่วยจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ของเด็ก (Facilitator)

1.3 ผู้อำนวยการเล่นช่วยเติมเต็มการเรียนรู้ให้แก่เด็กอย่างต่อเนื่อง (Learner)

1.4 ผู้อำนวยการเล่นช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารการเจรจาพูดคุยกับเด็กอย่างเข้าใจด้วยเหตุและผล (Communication)

1.5 ผู้อำนวยการเล่นส่งเสริมความสามารถของเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ (Developer)

1.6 ผู้อำนวยการเล่นช่วยให้เด็กทุกคนปลดปล่อยผ่อนคลายภาวะกดดันภายในด้วยตัวเอง รู้สึกปลอดภัยทางด้านจิตใจและมีตัวตน (Resilience)

1.7 ผู้อำนวยการเล่นช่วยให้ได้รับความปลอดภัยระหว่างการเล่น (Safe area)

2. พื้นที่เล่น (play space)

2.1 พื้นที่เล่นสร้างสรรค์ตามบริบทพื้นที่ สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กต้องกระตุ้นการเรียนรู้ บรรยากาศในการเล่น มีความรักและความอบอุ่น

2.2. สถานที่ปลอดภัย (Safety)

2.3. พื้นที่เล่นเข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) ไม่ถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบหรือข้อห้ามในการเข้าถึง “เล่นได้ทุกที่ ทุกช่วงเวลา”

3. กระบวนการเล่น (play process)

3.1 การเล่นอิสระ เด็กเป็นผู้นำการเล่น มีโอกาสเลือกและมีความยืดหยุ่น เด็กได้เล่นอย่างเป็นตัวของตัวเอง

3.2 การเล่นที่ครอบครัวมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิด Home-based program และ Positive parenting

3.3 การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย การเล่นที่ส่งเสริมสุขภาพทางกาย/การเจริญเติบโต เช่น การคลาน ยืน เดิน วิ่ง กระโดด ขว้าง ปีนป่าย ว่ายน้ำ เดินขึ้นที่สูง ขึ้น-ลงบันได วิ่งเปี้ยว วิ่งเก็บของ เป็นต้น

4. หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยความสำเร็จของการเป็น ต้นแบบ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” เกิดจากความร่วมมือกันใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

4.1 บ้าน/ครอบครัว

4.2 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/หน่วยบริการสาธารณสุข

4.3 องค์กรปกครองส่วนถิ่น และชุมชน

การเล่นอิสระ คืออะไร

การเล่นของเด็กเกิดมาจากแรงผลักดันภายใน จะผลักดันจากภายในที่เด็ก ๆ ทุกคนต้องถูกระบายออก เด็กที่ไม่ได้เล่นจะเกิดการเรียนรู้ช้า วิธีการของเด็กคือการเล่นอิสระ การเล่นคือการเรียนรู้ การเล่นคือเรียน เรียนคือเล่น การเล่นคืองานของเด็ก

การเล่นที่ช่วยส่งเสริม EF (Executive Functions)

ในช่วงวัย 2-6 ปี เป็นช่วงเวลาทองของชีวิตในการพัฒนาทักษะทางสมองด้านการจัดการ กระบวนการคิด ซึ่งเป็นส่วนที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในชีวิต ซึ่งเราสามารถช่วยพัฒนา EF (Executive Functions) ของเด็กผ่านการเล่นได้ ตัวอย่างเช่น

การเล่นดิน เล่นทราย : การเล่นกองทรายกับน้ำเป็นการเล่นที่มีเสรีภาพ ปล่อยให้เขาเล่นอย่างอิสระ อย่าไปช่วยหรือออกความคิดเห็น ปล่อยเขาเลอะเทอะเปรอะเปื้อนตามสบาย ความเป็นอิสระประกอบกับวัสดุที่ไม่มีขอบเขต เช่น ทรายและน้ำ จะช่วยให้เขาคิดสร้างสรรค์ได้ ความคิดสร้างสรรค์ในเด็กเล็กเรียกว่า Initiative จะทำให้เซลล์ประสาทในสมองยืดแขนงประสาทออกไปแตะและเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทตัวอื่น ๆ เกิดเป็นเครือข่ายใยประสาทนับล้านล้านตัว นี่คือวิธีกระตุ้นและเตรียมความพร้อมสมองที่ดี และราคาถูกที่สุด

ปั้นดินน้ำมัน : งานปั้น สามารถสร้างสรรค์ผลงานตามจินตนาการได้อย่างไม่รู้จบ ช่วยฝึกและเสริมพัฒนาการในด้าน “มิติสัมพันธ์” และกล้ามเนื้อมือให้กับเด็กได้เป็นอย่างดี เช่น มีการหยิบจับได้คล่อง เขียนหนังสือได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การปั้นยังอาศัยทักษะการทำงานประสานกันของมือและตา และเราสามารถเริ่มสร้าง Working Memory ให้กับเด็ก ได้โดยการปั้นรูปทรงต่าง ๆ จากประสบการณ์ชีวิตของเด็กที่ผ่านมา เช่น การปั้นรูปสัตว์, ผักผลไม้ที่เด็กรู้จัก เป็นต้น

เล่นบทบาทสมมุติ : การเล่นบทบาทสมมุติ ช่วยพัฒนาทักษะสมอง EF ในการเล่น เด็กต้องดึงประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับตัวละครนั้น ๆ ทั้งเรื่องท่าทาง การพูด การแต่งกาย เด็กต้องยืดหยุ่นทางความคิด และยั้งคิดไตร่ตรองเสมอว่ากำลังสวมบทบาทเป็นตัวละครนั้นอยู่ ช่วยให้เด็กได้พัฒนาภาษาและสร้างทักษะการเข้าสังคม เราอาจเป็นกองหนุน ให้เด็กเล่นสนุกได้มากขึ้น โดยหาของธรรมดาๆ ให้ลูกเล่น เช่น ไม้กวาด ที่โกยผง ถ้วยชาม หม้อ กระทะ เสื้อผ้า เป็นต้น ซึ่งของเล่นเหล่านี้จะช่วยให้เด็กพลิกบทบาทไปได้เรื่อย ๆ

เล่นในสนามอย่างอิสระ : บางครั้งการปล่อยให้เด็กได้เลือกเล่น กำหนดรูปแบบและสิ่งที่จะเล่นด้วยตัวเอง มีอิสระในการเล่น โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้กำหนดกฎ กติกา ในการเล่น ช่วยฝึกความเป็นผู้นำและรู้จักรักษากฎเกณฑ์ ถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากต่อการพัฒนาทักษะ EF ให้กับเด็ก

ปีนป่าย : การเล่นปีนป่าย เด็กจะได้ใช้ทั้งกล้ามเนื้อมัดเล็กและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การทำงานร่วมกันของร่างกาย ทั้งตาดู หูฟัง และเคลื่อนไหว ยิ่งมีการใช้ประสาทสัมผัสพร้อมกันมากเท่าไร ยิ่งไปกระตุ้นให้สมองส่วนหน้าทำงานมากขึ้นเท่านั้น