

## การรังสรรค์นวัตกรรมแบบจำลองการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กจากครอบครัวเปราะบาง

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

แพทย์ศรี สงวนสิงห์

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.)

ดัชนี หรือตัวชี้วัด (Indicator) กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กจากครอบครัวเปราะบาง มุ่งใช้เป็นกรอบ และเกณฑ์การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลความคืบหน้าของนโยบาย และยุทธศาสตร์ ในทุกระดับการปกครองและจัดการในประเทศไทย มุ่งให้สร้างเจตน์จำนงค์ร่วมของแต่ละพื้นที่ชุมชน ให้นำไปปรับปรุง ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ ของกิจกรรม หรือบริการ แก่เด็กที่เผชิญภาวะคุกคามทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอด จนมุ่งให้สื่อสารป้อนกลับข่าวสารแก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้จัดการระบบบริการ ให้นำไปใช้ในการ ควบคุมกำกับพันธกิจ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ชุมชน และสื่อความเข้าใจจน เกิดการร่วมวางแผน และดำเนินงานตามนโยบาย แปลงไปสู่แผนปฏิบัติการ ในหมู่ภาคีผู้ร่วมให้บริการได้จริง

หากแต่ การขึ้นนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ฝ่าฟันภาวะคุกคามต่าง ๆ โดยเฉพาะจากความยากจน หรือ ความยากไร้ที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย จึงไม่อาจใช้เพียงแค่ กลวิธีดัชนีชี้วัดพื้นที่ชุมชน หรือจังหวัด เป็นกลยุทธ์ กลวิธี มุ่งผลสัมฤทธิ์ได้ หากแต่ต้องเลือกใช้รูปแบบ (Model) พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ซึ่งเป็นกลวิธี (Tactics) ที่เหมาะสมด้วย

สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (กปร.) ได้สรุปหลักการ ดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนในระดับพื้นที่ สำหรับใช้กับกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มเฉพาะ ให้เริ่มจากการเตรียม สมรรถนะ ของผู้ที่เข้าร่วมภารกิจ ผู้ดำเนินงาน ผู้ให้บริการ และผู้รับการพัฒนา 3 ประการ<sup>1</sup> ได้แก่

1. **เข้าใจ** : ทำอะไรต้องเข้าใจปัญหา เข้าใจหนทางแก้ไข เข้าใจกระบวนการจัดการ และปรับความเข้าใจ ระหว่างผู้ให้ ผู้รับเสียก่อน ให้เข้าใจซึ่งกันและกัน

2. **เข้าถึง** : เมื่อเข้าใจระหว่างกันทุกประการครบถ้วนแล้ว ต้องเข้าถึงการกระทำ สร้างความร่วมมือจากผู้ เกี่ยวข้อง เข้าถึงเครื่องมือเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ และความสามัคคีร่วมใจร่วมใจของผู้ปฏิบัติ ร่วมมือร่วมไม้กัน ทำงาน

3. **พัฒนา** : เมื่อต่างฝ่ายต่างเข้าใจกันแล้ว เข้าถึงกันแล้ว การพัฒนาก็จะดำเนินการไปอย่างยั่งยืน ไม่ส่งผลกระทบ ที่ติดลบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการเมือง หากแต่นำไปสู่ความสมดุล มั่นคง และยั่งยืน

ตารางที่ 1 แสดงนัยสำคัญทางระเบียบวิธี หรือเทคนิคเฉพาะด้านของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ตามพระราชดำริ<sup>1</sup>

เข้าใจ (Understanding)	เข้าถึง (Connecting)	พัฒนา (Development)
<ul style="list-style-type: none"><li>• ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Data)</li><li>• ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Existing Data)</li><li>• การวิเคราะห์และวิจัย (Analysis and Research)</li><li>• การทดลองจนได้ผลจริง (Experiment till actionable results)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ระเบิดจากข้างใน (Inside-out blasting)</li><li>• เข้าใจกลุ่มเป้าหมาย (Understand target)</li><li>• สร้างปัญญา (Educate)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• เริ่มได้ด้วยตนเอง (Self-initiated)</li><li>• พึ่งพาตนเองได้ (Self-reliance)</li><li>• ต้นแบบเผยแพร่ความรู้ (Prototype and role model)</li></ul>

ดังนั้น การวางแผนสร้างบูรณาการระบบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กที่เปราะบาง ซึ่งมีภารกิจเกี่ยวพันมากมาย ระหว่างหน่วยงานให้บริการต่างภาคส่วนและต่างระดับการบริหารปกครองในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนต้องจัดวางแผนให้ เกิดความร่วมมือภายในชุมชน ครัวเรือน ครอบครัว และผู้ปกครองของเด็ก ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ให้เกิดขึ้นด้วย แม้จะ เริ่มต้นจากการกำหนดดัชนีชี้วัด ที่สื่อความสำคัญจุดเป้าหมายของการดำเนินงานในทุกระดับแล้วก็ตาม หากแต่การจัด

วางแผนจำลองการทำงานเบื้องต้น (Prototype) สำหรับสื่อสารให้เกิดการปฏิบัติงานมุ่งผลร่วมกัน (Co-Production) จนเกิดเป็นระบบบริการ ในแต่ละพื้นที่ชุมชน และมีหลักฐานแสดงประสิทธิผลที่บังเกิดขึ้นแก่กลุ่มเป้าหมายได้จริง

## 1 ความเป็นมา

ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตเด็กไทยในโครงการนี้ จึงมุ่งให้เป็นเครื่องชี้นำ (Means) ผู้ปกครอง และเด็ก ให้ตระหนัก และเข้าใจถึงภาวะคุกคามต่อคุณภาพชีวิต ที่เด็กกำลังเผชิญอยู่ ให้ตระหนักถึงอุปสรรคต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อันเป็น ทรัพยากรมนุษย์ ที่มีคุณค่าต่อประเทศชาติ และสังคมไทย ในอนาคต

การทบทวนเป้าประสงค์ ของการพัฒนาดัชนีชี้วัดเด็ก เริ่มจากการพัฒนาดัชนีชี้วัดทางการแพทย์ สาขากุมาร เวชศาสตร์ (Paediatrics) และสุขภาพจิต (Mental Health) มุ่งวัดประเมินคุณภาพชีวิตที่เผชิญปัญหาทางสุขภาพ หรือปัญหาทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการดูแลรักษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง เติบโตเต็มส่วนขาด คุณภาพชีวิต ที่ช่วยให้เด็กปรับตัว เพื่อดำรงชีพได้อย่างมีความสุข เท่าที่พึงเป็นไปได้ ในกรณีของกุมารเวชศาสตร์ ใช้ กับเด็กตั้งแต่เริ่มเกิด จนถึงอายุ 12 ปี<sup>2</sup> และคุณภาพชีวิตของเยาวชน ใช้กับเด็กอายุมากกว่า 15 จนถึง 24 ปี<sup>3</sup>

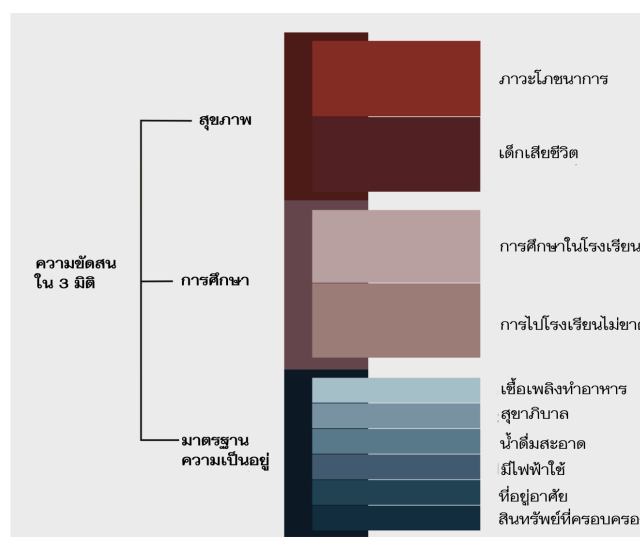
การออกแบบดัชนีชี้วัดทางวิชาชีพกุมารเวชศาสตร์<sup>2</sup> จึงวัดประเมินคุณภาพชีวิตเด็กแต่ละคน สำหรับใช้วางแผน พัฒนาคุณภาพชีวิตเฉพาะเด็ก โดยผู้ปกครองที่รับผิดชอบเด็กแต่ละคน ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเยาวชน<sup>3</sup> เป็นการวัดประเมินสถิติของเยาวชนระดับภาพรวมทั้งประเทศ มิได้แยกแยะเป็นข้อมูลเฉพาะบุคคล เป็นลักษณะ ข่าวดารประเมินสัมฤทธิ์ผล (Achievement) ของการดำเนินงานในระดับชาติ หรือระดับจังหวัด ซึ่งใช้ประโยชน์แตกต่างจากการใช้ตัวชี้วัดเฉพาะบุคคล ซึ่งมุ่งเน้นที่การปรับบริการทางสังคม และสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้บริการ

การกำหนดวาระการพลิกโฉมโลก สู่ การพัฒนาที่ยั่งยืนภายใน พ.ศ. 2573 (Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development)<sup>4</sup> เมื่อปี พ.ศ. 2558 ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญอันดับหนึ่ง คือ การ ขจัดความยากจนให้หมดไป ส่งผลให้มีการพัฒนาตัวชี้วัดแสดงองค์ประกอบต่างมิติ ที่ส่งผลต่อความยากจน ในแต่ละ ประเทศ และริเริ่มการใช้ดัชนีชี้วัดความยากจนหลายมิติ (Multi-dimension Poverty index) ของประชากร<sup>5</sup> และ ของเด็ก/เยาวชน<sup>6,7</sup> จากข้อมูลสถิติระดับประเทศ เพื่อประเมินวิเคราะห์ และจัดอันดับความยากจนของแต่ละประเทศ

### เป้าประสงค์ของการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (Quality of life Indicators) มีจุดมุ่งหมายคล้ายกับดัชนีชี้วัดความยากจน แต่วางกันที่ ยุทธศาสตร์ขจัดความยากจน มุ่งเป้าที่การทำนายผู้กำหนดนโยบายประเทศ ให้ริเริ่มการวางแผนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ใน แต่ละประเทศ หรือเขตปกครอง หากแต่ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต มุ่งทำนายผู้ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ชุมชน ให้หันมาร่วม กันพัฒนามาตรการ กลวิธี และระเบียบวิธี ในการปฏิบัติงาน ต่างระดับการปกครอง ในประเทศ เช่น จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น<sup>8</sup>

ภาพที่ 1 การจำแนกดัชนีชี้วัดเป็น 3 มิติความขัดสน ในการจัดทำดัชนีชี้วัดความยากจนหลายมิติ<sup>8</sup>



เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของดัชนีดังกล่าว มุ่งก่อนวัดกรรมตัวชีวิต ที่ต่างกันในแต่ละระดับ ให้เลือกใช้เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติงานแต่ละระดับ (Multi-level Governance) อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ เมื่อต้องการขยายความท้าทายดังกล่าว ให้สื่อสร้างจิตสำนึกสู่การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือในระดับบุคคล ได้ด้วย<sup>8</sup>

### 1.1 ดัชนีชีวิตเป้าหมายเชิงนโยบายในระดับประเทศ หรือพื้นที่ปกครอง

ภายหลังจากการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญกับการชี้แนะ โดยการใช้เป้าหมายนำไปกำหนดเป็นนโยบายระดับ หรือพื้นที่ปกครองทั่วโลก จึงมอบให้ **"โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และแก้ไขความยากจน แห่งมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด"** จัดทำรายงานดัชนีชีวิตความยากจนหลายมิติระดับโลก<sup>8</sup> ขึ้น

แนวคิดสำคัญของการจัดทำดัชนีชีวิตดังกล่าว มุ่งสะท้อนความไม่เท่าเทียมเป็นธรรม ในการขับเคลื่อนนโยบายในแต่ละประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ตัวชีวิตที่เรียกว่า **"ความขัดสนทางสังคม (Social Deprivation)"** ได้อาศัยการวัดประเมินความเป็นอยู่ประจำวัน (Daily lives) เพื่อให้ก้าวพ้นชีวิตประเมินเดิมที่จำกัดเพียง **"ระดับรายได้ต่อหัวของประชากร"** อันเป็นการสื่อความหมายของ **"การขจัดความยากจน"** ให้ขยายขอบเขตไปสู่ **"เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)"** ซึ่งสื่อลงไปถึงนัยสำคัญของเหตุปัจจัยแห่งความยากจนด้วย<sup>8,9</sup>

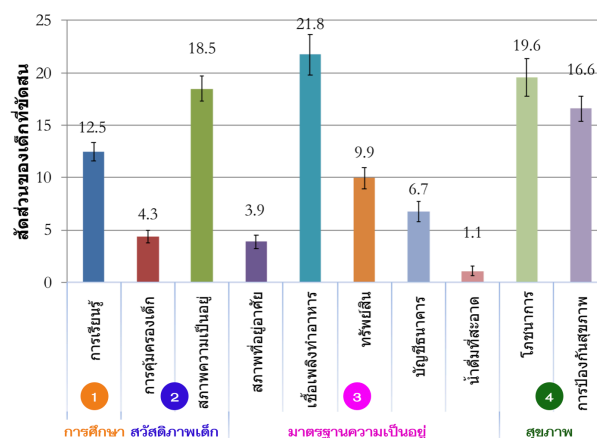
10 ตัวชีวิต ที่ใช้ในการสำรวจสถิติบุคคลและครัวเรือน จำแนกเป็นองค์ประกอบ 3 มิติ คือ สุขภาพ การศึกษา และมาตรฐานการดำเนินชีวิต (Standard of living) เป็นการชี้ภาพที่ชัดเจน ทั้งในเชิงการบ่งชี้ผู้ที่ยากจน และในเชิงแสดงเหตุปัจจัย ของความยากจนไปพร้อมกัน<sup>8,9</sup> นอกจากนี้ ตัวชีวิตดังกล่าว สามารถบ่งชี้เป้าหมายที่ควรได้รับการพัฒนาในกลุ่มประชากร ที่มีภาวะความขัดสนในระยะเฉียบพลัน (Acute Deprivation) ต้องการความช่วยเหลือทันที ถือเป็นคุณสมบัติสำคัญของตัวชีวิต **"ดัชนีชีวิตความยากจนหลายมิติ (Multidimensional Poverty Index หรือ MPI)"** ซึ่งองค์การสหประชาชาติมุ่งให้แต่ละประเทศ นำไปปรับใช้เป็นข้อบ่งชี้ ในการเลือกดำเนินการ ใน**"กลุ่มประชากร"** ที่ถูกมองข้าม หรือประสบกับความเหลื่อมล้ำ เพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลสนับสนุนเบื้องต้นในภาวะวิกฤติ<sup>8</sup>

ดัชนีความยากจน หรือความขัดสน แต่ละมิติ (Dimension) จึงอาจแยกย่อย (Disaggregation) เป็นรายด้าน (Domain) สำหรับวิเคราะห์แยกแยะความแปลกแยกหรือเหลื่อมล้ำ ตามกลุ่มอายุ หรือพื้นที่ชุมชนต่างสภาพภูมิศาสตร์ ในแต่ละประเทศได้ ใช้บ่งชี้ความไม่เท่าเทียมเป็นธรรม (Inequality) ในการขับเคลื่อนนโยบายในแต่ละพื้นที่ บ่งชี้กลุ่มประชากร ที่มีความขัดสนมากที่สุด ให้สามารถวางยุทธศาสตร์เข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ เพื่อช่วยเหลือจนยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิต จนมีคุณภาพชีวิตทัดเทียมกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ในแต่ละพื้นที่<sup>8</sup>

### 1.2 ดัชนีชีวิตเป้าหมายความขัดสนในเด็กระดับประเทศ จังหวัด

การวัดความยากจนหลายมิติของกลุ่มเด็กเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จากความเสี่ยงที่ประสบกับความยากจนสูงมาก ทั้งที่รู้กันว่า เป็นทรัพยากรสำคัญในอนาคตของประเทศ หากแต่การปกป้องคุ้มครองและพัฒนาประชากรกลุ่มนี้ เป็นส่วนที่ยากลำบากกว่ากลุ่มอื่น<sup>6</sup>

ภาพที่ 2 แสดงอัตราความขัดสนของเด็กระดับประเทศการสำรวจ ใน พ.ศ. 2558 -2559 โดยจำแนกตามประเภทตัวชีวิตความขัดสนใน 4 มิติ<sup>6</sup>



การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2559 จึงวัดประเมินความยากจน 4 มิติ ได้แก่ การศึกษา สวัสดิภาพเด็ก มาตรฐานความเป็นอยู่ และ สุขภาพ แยกเป็นสิบตัวชี้วัด โดยใช้หลักการอัลไคร์-ฟอสเตอร์ (Alkire-Foster Method หรือ AF Method) ในการวัดความยากจน หรือความขัดสนทางสังคม โดยกำหนด การทดสอบทางสถิติ ให้ความแม่นยำของผลการศึกษาในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับจังหวัด โดยใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี แหล่งเดียว<sup>6</sup>

ตารางที่ 2 ดัชนีตัวชี้วัดความยากจน 4 มิติของกลุ่มเด็ก เกณฑ์ความขัดสน และน้ำหนัก ที่ใช้ในการคำนวณ<sup>10</sup>

มิติ	ตัวชี้วัด	ช่วงอายุ	เกณฑ์ความขัดสน (ขัดสนถ้า ...)	น้ำหนัก
การศึกษา	การเรียนรู้	ต่ำกว่า 3 ปี	เด็กมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม	25%
		3 - 4 ปี	เด็กมีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม	
		5 - 17 ปี	เด็กไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครองเด็ก	ต่ำกว่า 1 ปี	เด็กไม่ได้จดทะเบียนการเกิด	12.5%
		1 - 14 ปี	เด็กถูกระงับการรุนแรง (1) เขียนตัวอย่างแรงเท่าที่จะทำได้ซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือ (2) ตบหรือตีที่หน้า ศีรษะ หรือหู	
		15 - 17 ปี	เด็กเคยสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย/ผู้หญิงจนสามารถมีครรภ์	
	การเป็นอยู่	ต่ำกว่า 5 ปี	ให้เด็กอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เกินกว่า 1 ชั่วโมง	12.5%
		5 - 17 ปี	เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในกรณีที่พ่อแม่หรือแม่ยังมีชีวิตอยู่	
มาตรฐานความเป็นอยู่	สภาพที่อยู่อาศัย	ทุกช่วงอายุ	ถ้า (1) หลังคา ทำจาก ใบไม้ ไม้กระดาน ก่อกระดาช อื่นๆ หรือ (2) ฝาบ้าน ทำจาก ท่อนไม้ ไม้ไผ่ ไม้อัด เศษไม้ อื่น ๆ หรือ (3) พื้นบ้าน ทำจาก ดินหรือทราย เศษไม้ ไม้ไผ่ อื่น ๆ	5%
	เชื้อเพลิงทำอาหาร	ทุกช่วงอายุ	ใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน	5%
	สินทรัพย์	ทุกช่วงอายุ	ไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 4 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่น้อย 1 ชิ้น	5%
	บัญชีธนาคาร	ทุกช่วงอายุ	ในครัวเรือนไม่มีบัญชีธนาคาร	5%
	น้ำดื่ม	ทุกช่วงอายุ	แหล่งน้ำดื่มหลักเป็นบ่อน้ำหรือน้ำพุที่ไม่มีการป้องกัน รกน้ำ รกเขื่อนน้ำ น้ำตามแม่น้ำ คลอง บึง หรืออย่างอื่นและไม่ได้ใช้วิธีทำให้น้ำปลอดภัยขึ้น	5%
สุขภาพ	โภชนาการ	ต่ำกว่า 6 เดือน	เด็กไม่ได้ทานนมแม่	12.5%
		6 เดือน - 4 ปี	เด็กอยู่ในสภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น/Stunting หรือ ผอมลีบ/Wasting)	
		5 - 17 ปี	ไม่ได้บริโภคเกลือที่มีไอโอดีนมากกว่า 15 PPM	
	การป้องกัน	ต่ำกว่า 5 ปี	ไม่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด	12.5%
		5 - 14 ปี	ไม่มีสถานที่ล้างมือ	
		15 - 17 ปี	ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	

จากการสำรวจอีกครั้งใน พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนของเด็กที่ยากจนหลายมิติเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 21.50 ของการสำรวจใน พ.ศ. 2558/2559 มาเป็น ร้อยละ 21.60 ใน พ.ศ. 2562 โดยที่ดัชนีความยากจน



หลายมิติลดลงจาก 0.747 เป็น 0.717 และระดับขีดสนเฉลี่ยของเด็กที่ยากจน ลดลงจาก ร้อยละ 34.73 เป็น 33.19 ในช่วงเวลาการสำรวจเดียวกัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าดัชนีความยากจนหลายมิติ ของกลุ่มเด็กมากที่สุดคือ มิติทางการศึกษา รองลงมาเป็นมิติด้านสุขภาพ<sup>10</sup>

ประเด็นสำคัญที่พบในการศึกษา คือ ความยากจนหลายมิติในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 4 ปี) มีระดับสูงกว่ากลุ่มวัยเรียนระดับมัธยมปลาย (15 - 17 ปี) และกลุ่มวัยเรียนตอนต้น (5 - 14 ปี) โดยกลุ่มเด็กปฐมวัยมีเหตุปัจจัยมาจากปัญหาด้านสุขภาพเป็นหลัก การส่งเสริมพัฒนาการทางสุขภาพของเด็กในวัย 5 ปีแรกของชีวิต จึงเป็นส่วนสำคัญในการ สร้างพื้นฐานการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปีแรก มีผลตอบแทนสูงกว่า โดยเฉพาะ บทบาทของครัวเรือนมีส่วนสำคัญต่อการแก้ปัญหาความยากจนของเด็ก สะท้อนจากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า เด็กจากครัวเรือน ซึ่งผู้ปกครองมีการศึกษาสูง มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็กมากกว่า สามารถส่งเสริมการศึกษาของเด็กได้ดีกว่า<sup>10</sup>

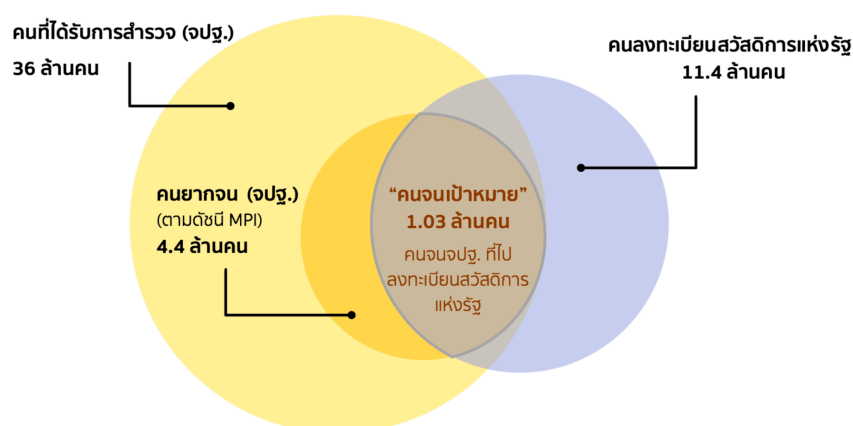
สำนักงานสภาพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ใช้ดัชนีความยากจนหลายมิติ (MPI) สำหรับวิเคราะห์ความขัดสนใน 4 มิติ ที่ดำเนินการศึกษาทั้งในระดับประชากรทั่วไป และเจาะลึกลงไปเฉพาะเด็ก และสตรี ในประเทศไทย ในกรณีเด็ก ได้ให้นิยามกลุ่มผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์<sup>11</sup>

การจัดวางมิติของความขัดสน ทั้ง 4 ด้าน (Domain) แสดงภาพคร่าว ๆ ของสภาวะการณ์ พฤติกรรมของครัวเรือนที่เด็กอยู่อาศัย และสถานะของผู้ปกครอง หรือครอบครัวที่ดูแลเด็กอยู่ ที่วิเคราะห์ได้จากการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional Study) ช่วยบ่งชี้สถานการณ์ได้ แต่ยังไม่พอเพียง สำหรับใช้ออกแบบวางแผนจัดบริการให้จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ในแต่ละพื้นที่ ผ่านครอบครัวที่มีความขัดสนแตกต่างกัน เพราะเป็นเพียงดัชนีที่บ่งชี้กลุ่มประชากรในพื้นที่ เชิงภูมิรัฐศาสตร์การปกครอง ทั้งที่การจำแนกหน่วยงานที่รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิตในเด็กจากหน่วยงานหลายวิชาชีพ หลายภาคส่วน ในหน่วยราชการ และภาคีประชาสังคมในประเทศไทย เป็นไปอย่างกว้างขวาง แต่ยังขาดกรอบการจัดความเชื่อมโยง ระหว่างต่างหน่วยบริการ และภาคส่วนให้เกิดการการปฏิบัติงานจริง

### 1.3 ระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า

คณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์มีมติเห็นชอบให้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบ Big Data ของภาครัฐ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นเจ้าภาพ มุ่งระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งในด้านการเพิ่มรายได้ ลดภาระค่าครองชีพ และเพิ่มโอกาสด้านอาชีพ

ภาพที่ 3 แสดงแหล่งข่าวสารหลัก 3 ฐานข้อมูล ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า ที่มีความซ้อนทับกัน และจำนวนประชากรที่แหล่งข้อมูลทั้งสามครอบคลุม ในการวิเคราะห์ข้อมูล ปี พ.ศ. 2562<sup>11</sup>



จากข้อเสนอดังกล่าว สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ กับศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาระบบเบื้องต้นบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform หรือ TPMAP) เพื่อนำไปใช้ใน

การดำเนินการแก้ปัญหาความยากจน เมื่อ พฤษภาคม พ.ศ. 2560<sup>11</sup> และมีการลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ให้นำ TPMAP มาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดิน เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2561<sup>12</sup>

การคำนวณตัวชี้วัด และเกณฑ์วัดความยากจนในระบบ TPMAP อ้างอิงตามหลักการคำนวณดัชนีความยากจนหลายมิติ ที่คณะทำงานจากมหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดร่วมกับ UNDP<sup>7</sup> ซึ่ง สศช. ใช้เป็นแนวทาง โดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) จากกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยเป็นฐานคนจน ร่วมกับข้อมูลการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยกระทรวงการคลัง (คนจนในทะเบียน จปฐ. ที่ไปลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ) ดังภาพที่ 3 เป็นบูรณาการจากหลากหลายข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล โดยจำแนกเป็น 5 มิติ (Domain) คือ ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ ด้านความเป็นอยู่ ด้านรายได้ และด้านการเข้าถึงบริการรัฐ มีน้ำหนัก 1 ใน 5 เท่ากัน<sup>13</sup>

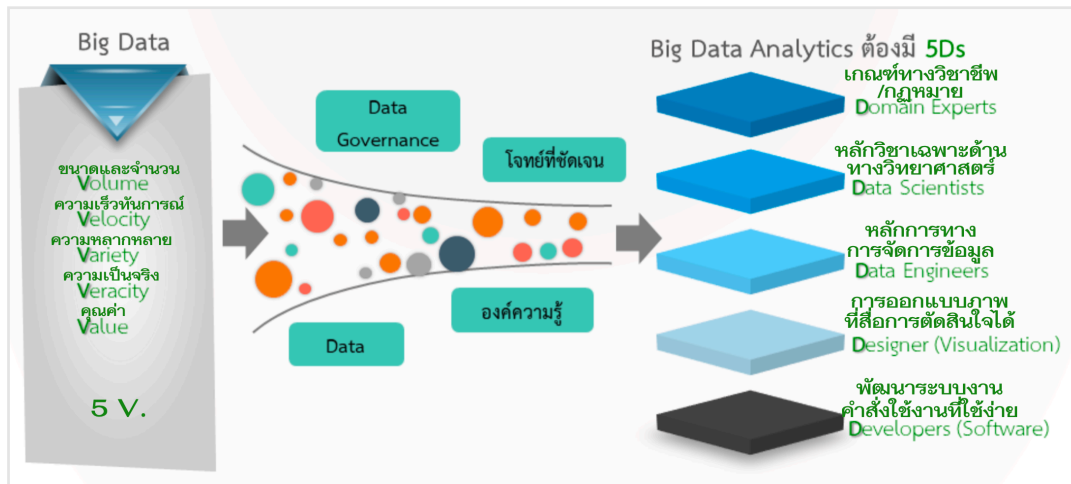
"คนจนเป้าหมาย" ในระบบ TPMAP จึงยังจำกัดเพียง **ผู้ที่ถูกสำรวจจากข้อมูล จปฐ. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความขัดสน MPI และลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ โดยใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักเชื่อมโยงข่าวสารทั้งสองส่วนเข้าด้วยกัน** เท่านั้น<sup>11</sup> ซึ่งควรเพิ่มความแม่นยำ ด้วยข่าวสารจากบริการทางสังคมที่จำเป็น เข้ามาประกอบภาพที่ 4 แนวคิดการพลิกโฉมการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่แบบกระจายศูนย์ สำหรับบริการร่วมหลายหน่วย<sup>14</sup>



กรอบแนวคิดของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.)<sup>14</sup> ซึ่งใช้สำหรับออกแบบแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางของประเทศ ดังภาพที่ 4 ช่วยให้ตระหนักถึงวิธีการพลิกโฉม (Transformation) ระบบข่าวสารที่ใช้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ สู่เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน หากแต่ ต้องยอมรับว่า การแก้ไขปัญหาคความขัดสนด้วยตัวชี้วัดกว้าง ๆ ของคนจนทั่วประเทศ หรือแก้ปัญหาแบบปูพรม (One size fits all) โดยที่ยังทำงานแบบแยกส่วนผ่านหลายคอขวด คงไม่เอื้อให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างตรงจุด และทั่วถึง เพราะยังขาดความเข้าใจ และไม่อาจเข้าถึงเหตุปัจจัยเฉพาะ ของแต่ละครัวเรือน จากแต่ละพื้นที่ชุมชน จนสามารถพัฒนาเด็กแต่ละคน ในแต่ละช่วงวัย ให้เห็นถึงผลสำเร็จตามกรอบวิธีจัดบริการแต่ละด้าน (Domain) ในแต่ละมิติ (Dimension) ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดหลักฐานแสดงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการจัดบริการร่วม ในรูปของข้อมูลข่าวสารเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนได้

ผลจากการศึกษา "โครงการการบริหารจัดการและการพัฒนาการนำข้อมูลขนาดใหญ่ มาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดิน ในประเด็นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต" เป็นความหวังให้หน่วยงาน ในระดับจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น สามารถบ่งชี้ครัวเรือนเป้าหมายที่ยากจน ให้เข้าใจเหตุปัจจัยของปัญหาความยากจน และมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกช่วงวัยในแต่ละพื้นที่ชุมชน ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละภูมิสังคม หากแต่ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคีต่าง ๆ ยังขาดวิธีการคัดแยกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มุ่งพัฒนา (Targeting Triage) ตามความหลากหลาย (Variety) ที่เป็นจริง (Veracity) ให้สอดคล้องกับค่านิยม (Value) ของผู้คนในแต่ละพื้นที่ชุมชน พร้อมทั้งต้องคำนึงถึงระเบียบวิธีการ

วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนต้องสามารถสังเคราะห์วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเกณฑ์การป้องกันแก้ไขปัญหาของแต่ละวิชาชีพ และข้อบังคับทางกฎหมาย (Domain Expert) ตลอดช่วงวัยบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพที่ 5 ภาพที่ 5 องค์ประกอบการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data Analytics) ให้เกิดประโยชน์จริง<sup>14</sup>



ทั้งนี้ การเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูล และวิเคราะห์ข่าวสาร ที่เหมาะสมสอดคล้องกับการนำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต และลดความขัดสน (Deprivation) ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นภารกิจร่วมระหว่างกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และหน่วยงานให้บริการจากหลายภาคส่วน หลายระดับการปกครองจัดการ ต้องอาศัยความเข้าใจในเกณฑ์ทางวิชาชีพ และกฎหมาย (Domain Experts) ความเข้าใจระเบียบวิธีวิเคราะห์ทางสังคม สถิติ ระบาดวิทยา ฯลฯ เพื่อช่วยให้สื่อสารความรู้ที่ใช้แลกเปลี่ยนระเบียบวิธีการวินิจฉัยปัญหาที่แตกต่างกัน ผ่านระบบการจัดการข้อมูล ที่นำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เป็นภาพอุปมา (Illustration) เป็นผังสถิติ (Dashboard) ซึ่งสื่อการตัดสินใจของผู้ใช้งานข่าวสารแต่ละกลุ่ม ที่มีพื้นหลังการศึกษาแตกต่างกัน ตลอดจนระบบการใช้งานของเครื่องมือทางดิจิทัล (Digital Devices) ของผู้ใช้แต่ละคน ซึ่งมีระบบคำสั่งใช้งานที่ทำงานได้ง่ายสอดคล้องกับสถานการณ์

## 2 ตัวชี้วัดบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กไทย

การพลิกโฉม (Transformation) กรอบแนวคิดจากการตัวชี้วัดเชิงลบ "ดัชนีชี้วัดความยากจน"<sup>6,7</sup> มาสู่ตัวชี้วัดเชิงบวก "ดัชนีชี้วัดการพัฒนาทุกช่วงวัย"<sup>13</sup> ซึ่งมีได้มุ่งหวังเพียงแค่การจัดลำดับความยากจนของแต่ละจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น หรือความขัดสนในมิติ ต่าง ๆ ของคนไทยตามพื้นที่ภูมิภาค หรือตามกลุ่มช่วงวัยกว้าง ๆ เท่านั้น

หากแต่ การใช้ดัชนีชี้วัดการพัฒนาทุกช่วงวัย ในระดับครัวเรือน และเด็กกับผู้ปกครองแต่ละคน ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะ และคุณภาพ ของการจัดบริการทางสังคม สุขภาพ และคุ้มครองสิทธิ ที่ร่วมกันออกแบบให้สอดคล้องกับความคาดหวังของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทั้งตามอุปสงค์ (Demand) คือ ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย กับ ความจำเป็น (Normative Needs) ทางวิชาการ และตามกฎหมาย แสดงถึงวิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มุ่งท้าทายกลุ่มเป้าหมายให้ตระหนักความเป็นพลเมือง ที่เพียบพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ จนก้าวเข้ามีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน ร่วมวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวตนเอง เป็นการสร้างเสริมสมรรถนะ (Empower) การยกระดับคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน ในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า และมีคุณภาพ เป็นพลังพัฒนาประเทศชาติ ต่อไปในอนาคต

### 2.1 ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กับคุณภาพชีวิต

วิวัฒนาการของความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หรือ Basic Minimum Needs ริเริ่มมาจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ที่มีความมุ่งหวังเปลี่ยนแปลงบทบาทของเจ้าหน้าที่รัฐ จากการเป็นเพียง "ผู้ให้บริการแก่ประชาชน" มาเป็น "ผู้สนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของชุมชน" อันเป็นหลักการสำคัญของ "การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)" แต่การดำเนินการไม่อาจบรรลุเป้าหมาย ที่วาง

ไว้ได้ จึงได้ร่วมกับ 4 กระทรวงหลักในขณะนั้น คือ กระทรวงเกษตรฯ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงมหาดไทย รวมทั้งทบวงมหาวิทยาลัย ร่วมกันพัฒนาปรับปรุงขึ้นเป็น จปฐ. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อแสดง มาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ โดยให้ความหมายตามหลักสากล<sup>15</sup> 3 ประการ คือ

1. เป็นความต้องการขั้นต่ำในการบริโภค (Consumption) ของครอบครัวหนึ่ง ๆ ในเรื่องการมีอาหารเพียงพอ มีที่อยู่อาศัย มีเครื่องนุ่งห่ม เครื่องมือเครื่องใช้ในบ้าน
2. จัดบริการที่จำเป็นให้ชุมชนโดยส่วนรวมในเรื่องของการคมนาคม การศึกษา และวัฒนธรรม การสาธารณสุข น้ำสะอาดบริโภค ฯลฯ

3. มีสิทธิมนุษยชน ความร่วมมือร่วมใจ และเชื่อมั่นสมรรถนะของตนเอง (Self-Reliance) ของคนในชุมชน

การพัฒนาตัวชี้วัด จปฐ. ริเริ่มจากหน่วยราชการ แต่มุ่งที่การระดมความคิดเห็นจากประชาชน ร่วมกับผู้วางแผน พัฒนาประเทศ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานภาคสนามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนในที่สุด ได้กำหนดเป็นลักษณะของสังคมไทย และบุคคลที่พึงประสงค์ พร้อมไปกับร่วมกำหนด **"ความจำเป็นพื้นฐานของคน ไทย เป็นดัชนีชี้วัดเป้าหมายที่มุ่งบรรลุ ภายใน พ.ศ. 2543"** ใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรที่ให้ความเสมอภาค และความยุติธรรมแก่พื้นที่ ที่มีปัญหา และยังช่วยตนเองไม่ได้ ให้เกิดพลังและความสามารถในการช่วยตนเองได้มากขึ้น ในเรื่องที่ยังขาดแคลน ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 ให้นำเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) และปรับแก้ครั้งที่ 2 ใน พ.ศ. 2526 มี 13 ข้อ พร้อมเครื่องชี้วัด 52 ตัว<sup>15</sup>

การจำแนกคุณลักษณะของ จปฐ. แบ่ง 6 ข้อแรกเป็นมิติคุณลักษณะ (Dimension) ของครอบครัว อาชีพ และ กิจกรรมร่วมกับชุมชน ข้อ 7 และ 8 เป็นการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสังคมขั้นพื้นฐาน และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ อาชีพและการดำรงชีพ ข้อ 9 และ 10 เป็นการดูแลเด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และบริการเจริญพันธุ์ (ในขณะ นั้น มุ่งที่การวางแผนครอบครัว) ข้อ 11 12 และ 13 เป็นการเข้าร่วมในการเมืองและการปกครองท้องถิ่น ความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน กับความประพฤติปฏิบัติตามค่านิยมพื้นฐาน หลักศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งกรอบ จปฐ. ดังกล่าว ถูกนำไปทดลองใช้ทั้งจังหวัด ที่จังหวัดนครราชสีมาเป็นเบื้องต้น ให้คณะกรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้วางแผนแก้ไขปัญห โดยมิเกณฑคุณภาพ ของแต่ละคุณลักษณะประกอบการประเมินด้วย หลังจากทดลองในจังหวัด สุรินทร์ กาฬสินธุ์ อุบลราชธานี ฯลฯ จน ปรับความจำเป็นพื้นฐาน เป็น 8 หัวข้อ และเครื่องชี้วัด 32 ตัว คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาเป็นโครงการรณรงค์คุณภาพ ชีวิตของประชาชนในชาติ เมื่อ เดือนมกราคม 2528<sup>15</sup>

จปฐ. ในขณะเริ่มแรกจึงเป็นทั้งเครื่องมือ และเป็นเกณฑ์ ที่นำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ชาติ โดยเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนได้เรียนรู้ถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ใน ขณะที่สร้างประสบการณ์ในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาที่แท้จริงและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหานั้น ๆ อย่างเป็นระบบ ประชาชนพึงรู้ปัญหาของชุมชน และมีส่วนร่วมวางแผน แก้ไขปัญหานั้น ๆ เอง ซึ่งส่วนหนึ่งสามารถแก้ไขได้เอง โดย อาศัยความร่วมมือ และทรัพยากรภายในชุมชน ส่วนที่เกินความสามารถก็ให้เสนอเป็นแผนเข้าสู่ คณะกรรมการระดับ ตำบล หรือ กสต. (ปัจจุบัน คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อให้รับไปดำเนินการ หากเกินกว่านั้นก็นำเสนอไปสู่ ระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลางต่อไป<sup>15</sup>

อย่างไรก็ตาม หลัง พ.ศ. 2543 อันเป็นวาระประกาศชัยชนะของการสาธารณสุขมูลฐาน<sup>16,17</sup> ดัชนีชี้วัด จปฐ. ใน แต่ละชุมชน ก็ลดความสำคัญในระบบสุขภาพลง และมีการนำเอารูปแบบวิธีการใช้ดัชนีชี้วัดดังกล่าว ไปใช้กับชุมชน ชนบทในรูปของตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย<sup>17</sup>

## **2.2 ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กับบริบทความต้องการสังคมไทย ณ ปัจจุบัน**

40 ปี ที่ จปฐ. ยังยืนหยัดทำหน้าที่มาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2524 ถึง พ.ศ. 2564) ผ่านวาระบรรลุเป้าหมาย ใน พ.ศ. 2543 ตามเป้าหมาย **"สุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543 (Health for all in 2000)"** ของประเทศไทยได้ เป็นที่ชื่นชมของนานาชาติ<sup>16</sup> คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ(กชช.) ได้มีมติให้สำนักงานคณะกรรมการ

พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มอบโครงการปีรณรงค์ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงาน ภายใต้ **"งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.)"** ให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน เป็นประจำทุกปี และมีการปรับปรุงเครื่องชี้วัด ทุก 5 ปี ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<sup>17</sup>

เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) จำแนกเป็น 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) สุขภาพ 7 ตัวชี้วัด (2) สภาพแวดล้อม 7 ตัวชี้วัด (3) การศึกษา 5 ตัวชี้วัด (4) การมีงานทำ และรายได้ 4 ตัวชี้วัด และ (5) ค่านิยม 8 ตัวชี้วัด ทั้งนี้ ได้กำหนดหน่วยราชการรับผิดชอบการพัฒนาแต่ละด้านด้วย<sup>17</sup>

การจัดเก็บข้อมูลโดยผู้จัดเก็บข้อมูลประกอบด้วย กรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล อาสาสมัครพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครอื่น แต่จากข้อจำกัดของผู้จัดเก็บ กรมพัฒนาชุมชนได้ขออนุมัติงบประมาณ สำหรับจ้างบุคคลภายนอก มาดำเนินงานจัดเก็บข้อมูลร่วมด้วย ให้สัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน คู่สมรส หรือสมาชิกในครัวเรือน ที่สามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน โดยใช้แบบสอบถามที่จัดเก็บข้อมูลแต่ละปี รวม 5 ครั้ง (พ.ศ. 2560 - 2564) ให้ผู้กรอกข้อมูลเฉพาะแต่ละปี เป็นผู้จัดเก็บข้อมูลเท่านั้น<sup>17</sup>

แบบฟอร์มของการรวบรวมและประมวลข้อมูลเหล่านี้ จึงดูเหมือนเป็นการเก็บบันทึกคุณลักษณะประเด็นความขัดสนแต่ละด้าน (Domain) และเกณฑ์คุณภาพ ที่ต้องการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี หากแต่ลักษณะรายงานที่นำเสนอ กลับนำเสนอผลการวิเคราะห์ความขัดสนแต่ละด้าน ในรูปของการประมวลข่าวสารแบบพรรณนา และเป็นข่าวสารแสดงภาพตัดขวาง (Cross-sectional Survey) แต่ละปี<sup>17</sup> ไม่อาจแสดงการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ของแต่ละครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (Longitudinal Study) เปรียบเทียบการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคน และครอบครัว ประกอบเข้ากับการวิเคราะห์ด้วย หลักการอัลไคร์-ฟอสเตอร์ (Alkire-Foster Method หรือ MPI)<sup>9</sup> ด้วย

ในขณะเดียวกัน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็กำลังพัฒนา **"สมุดพกครอบครัว"** ขึ้นมาใน ปี 2564 มุ่งที่จะใช้ในการติดตาม แก้ไขปัญหาของครอบครัวยากจน 4.1 ล้านครัวเรือน โดยจัดความร่วมมือกับหน่วยงาน 12 กระทรวง เพื่อปรับแก้เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยากจนขึ้นแก่ครอบครัวเหล่านี้ โดยให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) เป็นผู้เก็บรวบรวมจากผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้าครัวเรือน คู่สมรส หรือสมาชิกครัวเรือนที่ให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และให้เก็บจากครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงในหมู่บ้าน ชุมชน ทั้งที่มีเลขบ้าน และไม่มีเลขบ้าน ที่มีคนอาศัยอยู่ ไม่น้อยกว่า 6 เดือนในปีที่ผ่านมา โดยผู้เก็บสมุดพกครอบครัว คือหน่วยงานสังกัดกระทรวง พม.<sup>18</sup>

แนวโน้มการพัฒนาเครื่องมือรวบรวมข่าวสาร และการวิเคราะห์ด้วยระเบียบวิธีที่ก้าวหน้ามากขึ้น (Advanced Model of Analysis) ของสำนักงานการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ร่วมกับ **"การจัดเก็บข้อมูล จปฐ."** ของกระทรวงมหาดไทย<sup>15</sup> ความมุ่งหวังที่ได้จัดทำ **"สมุดพกครอบครัว"** กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และแนวทางประสานความร่วมมือ 12 หน่วยงานที่ทำข้อตกลงร่วมกันในการขจัดความยากจน<sup>18</sup> ปรากฏการณ์นี้บ่งชี้ **อุปสงค์ (Demand) ของระบบราชการ และสังคมไทย** ที่ต้องการระบบบริหารจัดการดิจิทัลมากยิ่งขึ้นอย่างไม่รู้ตัว<sup>18,19</sup>

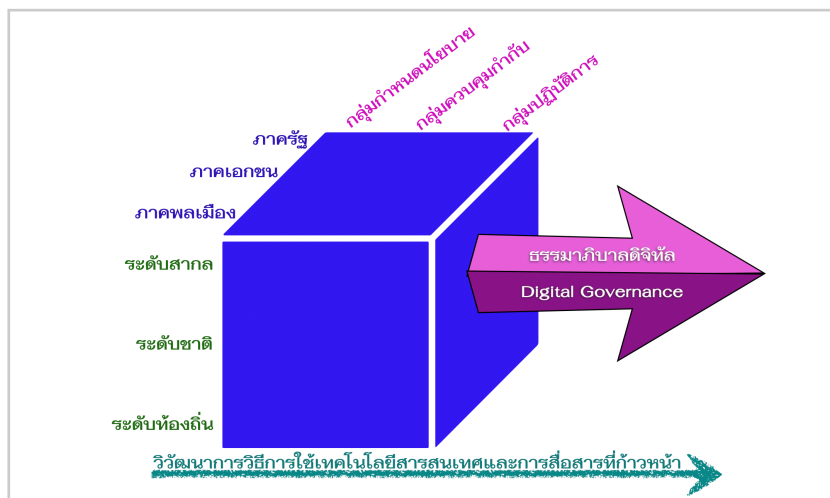
การจัดการข่าวสารผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล จึงต้องวิเคราะห์อุปสงค์ของทุกภาคส่วน ที่แสดงออกในรูปของแรงผลักดันระดับโลกาภิวัตน์ การออกกฎหมายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ ข้อกำหนดทางวิชาชีพของผู้ให้บริการทางสังคม และสุขภาพแต่ละสาขา ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ตลอดจน นโยบายและข้อจำกัดในระดับท้องถิ่น

แม้ว่า ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสารในต่างระดับ มุ่งใช้ข่าวสารเหล่านี้ร่วมกัน หากแต่วิธีการออกแบบนำเสนอภาพให้สื่อการตัดสินใจ (Design of Visualization) แตกต่างกันในแต่ละฝ่าย (**ดังกรอบการวิเคราะห์ในภาพที่ 4 และ 5**) แต่มุ่งให้เกิดการแปลงนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติงาน และการปฏิบัติตามเป้าหมายร่วม ซึ่งต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้ใช้บริการรับรู้ และเข้าใจสิทธิของตนต่อสวัสดิการ ที่ประชาชนควรได้รับจากภาครัฐ และเรียนรู้แนวทาง การร่วมใช้สิทธิและหน้าที่ในการร่วมจัดการภารกิจอันพลเมืองดีของชาติ จึงควรเข้าร่วมจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตส่งผลให้บริการทางสังคม สุขภาพและการคุ้มครองสิทธิมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น<sup>20,21</sup>



ภาพที่ 6 แสดงแรงขับเคลื่อนทิศทางของธรรมาภิบาลอิเล็กทรอนิกส์ (e-Governance) เพื่อให้บริการร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน ใช้ประโยชน์จากข่าวสารควบคุมกำกับ ภาระงาน และการปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามนโยบาย<sup>21</sup>



## 2.3 ระบบดิจิทัลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเด็ก

การทบทวนอุปสงค์ และความต้องการ จากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลข่าวสาร และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของครอบครัวและเด็ก ดังภาพที่ 6 ในการจัดบริการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และขจัดความยากจน ด้วยยุทธศาสตร์เข้าไปถึงเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่เปราะบางตามระบบข้อมูลข่าวสารที่วางเอาไว้ และจัดบริการที่มุ่งให้บูรณาการภารกิจบริการสังคม สุขภาพ สวัสดิการ และอาชีพให้กับครอบครัวที่เปราะบาง ซึ่งเป็นผู้รับภาระการดูแลเลี้ยงเด็กให้เติบโตขึ้นทั้งที่ต้องเผชิญกับความขัดสนทั้ง 4 มิติ (4 dimension of Alkire-Foster's Deprivations) โดยให้ผู้ปกครองและเด็ก มีส่วนร่วมสร้างภาพคุณภาพชีวิต เป็นกรอบการจัดระบบบริการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของเด็กและครอบครัว ร่วมกับฝ่ายผู้ให้บริการสหวิชาชีพหลายภาคส่วน เป็นข้อมูลข่าวสารเฉพาะตน (Personalized Data) ของเด็กและผู้ปกครอง พร้อมกับข้อมูลข่าวสารที่ผู้ให้บริการสหสาขาจากต่างภาคส่วนใช้กันอยู่แล้วด้วย<sup>22</sup>

ภาพที่ 7 ภาพแพลตฟอร์มทางดิจิทัลที่มุ่งให้ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความขัดสนทุกด้านของครอบครัวและเด็ก โดยผู้กำหนดนโยบาย/ผู้จัดบริการต่างภาคส่วนกระตุ้นการใช้ข้อมูลเฉพาะตนของเด็ก และผู้ปกครอง<sup>22</sup>

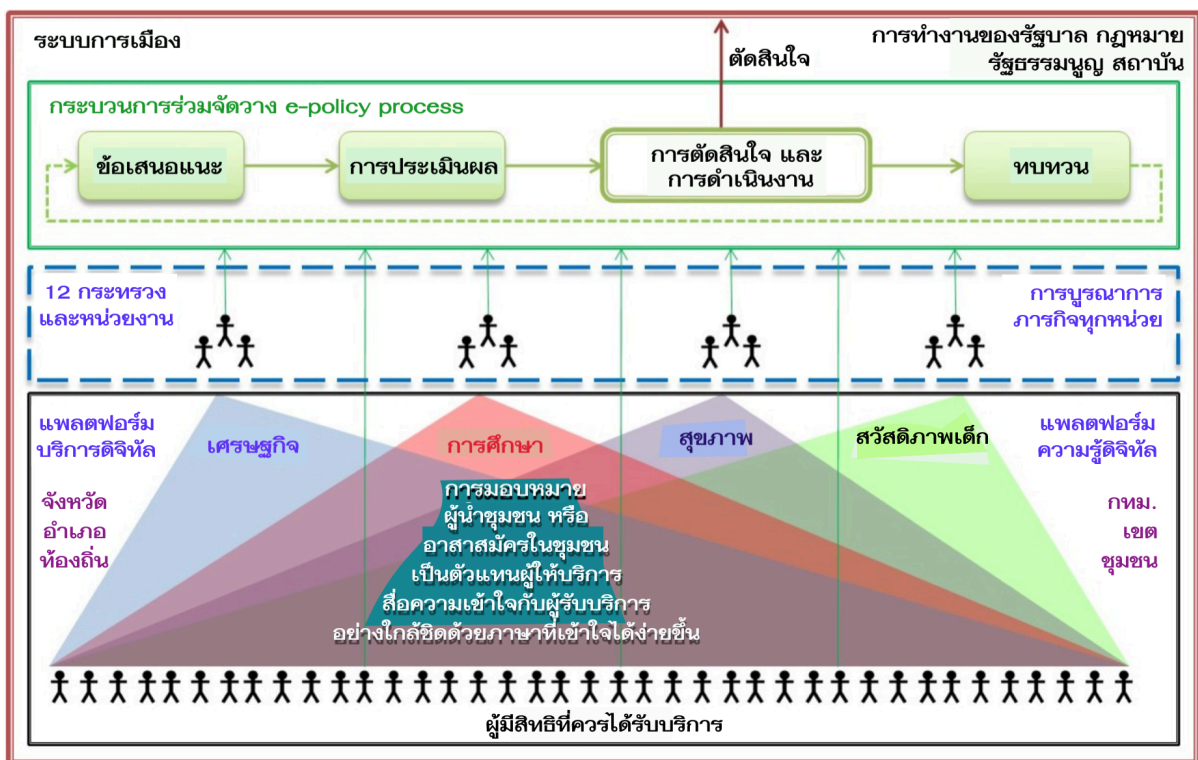


กรอบแนวคิด ดังภาพที่ 7 เป็นผังวิสัยทัศน์ ในการจัดบริการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของเด็กอังกฤษ ประเทศสหราชอาณาจักร ที่องค์กรบริการสุขภาพร่วมกับคณะกรรมการข่าวสารแห่งชาติ (National Information Board) ร่วมกันวางไว้เป็นเป้าหมายของการพลิกโฉม (Transformation) ระบบบริการสุขภาพให้แก่เด็ก<sup>22</sup> ซึ่งอาจปรับใช้กับแนวคิดความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กจากครอบครัวที่เปราะบาง เพื่อให้เกิดบริการที่ต่อเนื่อง และสามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของชาติ ได้ชัดเจนขึ้น

กระบวนการจัดการเชิงนโยบาย สำหรับการพลิกโฉมดังกล่าว ไม่ควรจำกัดอยู่กับการจัดวางดิจิทัลแพลตฟอร์มที่มุ่งเพียงแค่ การจัดเก็บข้อมูลมารวบรวมไว้ในระบบบริการของรัฐ หรือเฉพาะเจ้าหน้าที่ราชการ ที่พึงมี และใช้ข้อมูลข่าวสารส่วนนี้เท่านั้น แต่จำเป็นต้องให้ผู้ให้บริการ ร่วมกับผู้ใช้บริการในแต่ละพื้นที่ชุมชน สามารถเข้าถึง และใช้ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ โดยมุ่งเน้นที่การใช้ประโยชน์ข่าวสารของผู้ให้บริการเฉพาะด้าน ในการจัดระบบการส่งต่อ (Referral System) ซึ่งมีความจำเป็นมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีชีวภาพ และทางเทคนิคสังคม โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางดิจิทัล ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว และถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐาน ในการจัดบริการร่วมกันของหลากหลายภาคส่วน คือ การจัดการร่วมบริการ (Governance of Service) ข้ามภาคส่วน ข้ามสาขาวิชาชีพ ลดข้อจำกัดภาวะพึ่งพาบริการโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะวิชาชีพ ซึ่งแยกแยะความชำนาญเฉพาะด้าน ที่จำเพาะเจาะจงลงลึกไปเรื่อย ๆ

การลงนามร่วมบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ระหว่าง 12 กระทรวง 1 หน่วยงาน เพื่อขจัดความยากจน จึงไม่อาจจำกัดเพียงแค่การบูรณาการความร่วมมือในส่วนกลางเท่านั้น แต่ควรวางกรอบงาน และกลไกการจัดบริการร่วม (Collaborative strategies for improving service quality) ตามความจำเป็น ด้วยการดำเนินงานผ่านระบบดิจิทัล (Digital Governance) ให้สามารถสื่อความเข้าใจ ระหว่างผู้ให้บริการต่างภาคส่วน กับผู้รับบริการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>20</sup>

ภาพที่ 8 การแสดงกรอบการวางแพลตฟอร์มดิจิทัล ที่ต้องเอื้อให้มีการกระจายอำนาจการจัดบริการเป็นข่างานสหสาขาวิชาชีพ ในระดับจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ให้หน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้เสริมหนุน และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ แก่กลไกจัดข่างานบริการ และผู้ร่วมให้บริการแต่ละภาคส่วน ในพื้นที่ชุมชนเดียวกัน<sup>20</sup>



ระบบข่าวสารข้อมูลสำหรับหน่วยงานระดับนโยบายในส่วนกลาง ดังภาพที่ 8 แสดงกรอบกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการสนับสนุนทรัพยากร ลงมายังจังหวัด ซึ่งมีสภาพปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และนิเวศของการ

ดำเนินชีวิตแตกต่างกัน จากการดำเนินงานในแพลตฟอร์มการร่วมจัดบริการ ผ่านระบบดิจิทัลในระดับจังหวัด อำเภอ หรือท้องถิ่น ซึ่งต้องจัดแนวทางวางระบบบริการ ให้สามารถคุ้มครองปกป้องกลุ่มเปราะบาง มิให้ต้องเผชิญกับภาวะ คุกคาม หรือหากต้องอยู่ในภาวะคุกคาม ก็ควรได้รับการช่วยเหลือให้ปลอดภัย จากภัยคุกคามได้เร็วที่สุด ตลอดจนได้ รับบริการแก้ไขปัญหาแทรกซ้อน ที่เป็นผลจากภาวะคุกคามต่าง ๆ ได้ทันการณ์ การประมวล และส่งข่าวสารของกลุ่ม เปราะบาง ให้ได้รับการดูแลปกป้องแต่ต้นมือ จึงเป็นความจำเป็นของบทบาทจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร ในระดับชุมชนท้องถิ่น

สำหรับข่าวสารที่จัดวางไว้ทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาพ สมรรถนะเรียนรู้ สวัสดิภาพเด็ก และการเตรียมอาชีพ ของ เด็กและครอบครัว ในแต่ละครัวเรือน จึงประกอบด้วยข้อมูล สำหรับคุ้มครองป้องกันภาวะคุกคาม ข้อมูลบ่งชี้ภาวะ พร่องพัฒนาที่ต้องรับเร่งปรับปรุง ข้อมูลบ่งชี้ภัยจากการคุกคามที่ต้องให้ความช่วยเหลือ และข้อมูลที่บ่งชี้ทางเลือกของ การพัฒนาทักษะ และเตรียมเด็กสู่อาชีพในอนาคต ซึ่งประเด็นการใช้ และการเข้าถึงเด็ก เพื่อจัดกิจกรรม หรือบริการ ให้แก่เด็ก และครอบครัว ซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนแตกต่าง

### 3 พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) ทดสอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัว

ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสารร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิต ต่างมีภูมิหลังทางวิชาการที่หลากหลายแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ (Normative Information Needs) สำหรับจัดบริการ ให้แก่ เด็กและผู้ปกครอง จากครอบครัวที่เปราะบาง และต่างก็ เผชิญกับภาวะคุกคามหลากหลายรูปแบบ อีกทั้ง ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ข่าวสาร ที่ได้รับจากผู้ให้บริการต่าง สาขาวิชาชีพในระดับพื้นที่ชุมชน ตลอดจนต้องรองรับนโยบายของภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านผู้บริหารหน่วยบริการ และนัก วิชาการในอำเภอ หรือเขต (กทม.) ที่กำกับการโดย คณะกรรมการในระดับจังหวัด หรือกรุงเทพมหานคร<sup>21</sup>

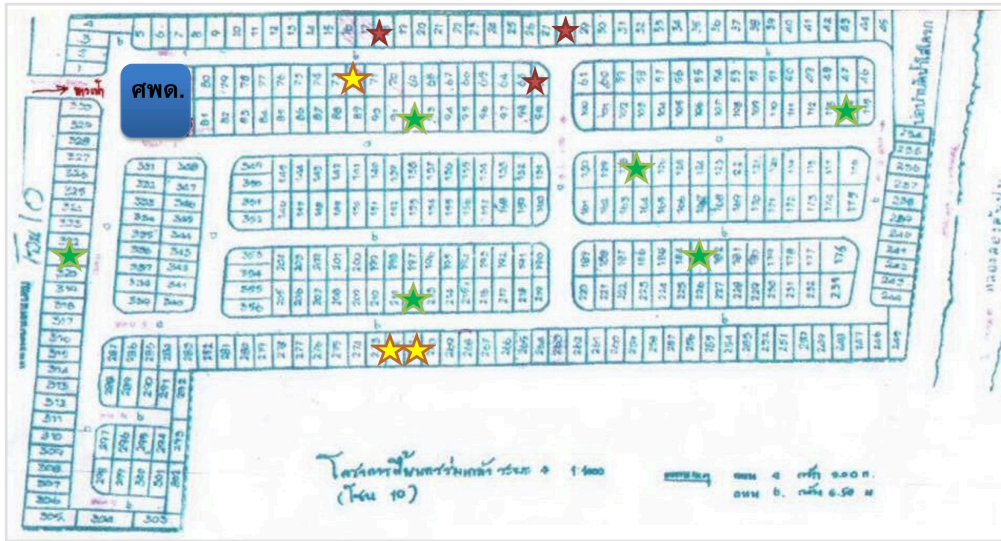
ดังนั้น การสร้างพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัว จึงมุ่งหวังให้แสดงวิธีการ เชื่อมโยงบริการทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ระหว่างต่างภาคส่วน ให้สื่อความเข้าใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ เปราะบาง พร้อมทั้งให้สอดคล้องกับกลไกนโยบาย เทคนิค และทรัพยากร ให้เกิดการพลิกโฉม (Transformation) รูปแบบจัดบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก (Prototype of Networking Management of Child's Quality of Life) จากครอบครัวเปราะบาง

พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) จัดเป็นต้นแบบ (Prototype) สำหรับใช้ศึกษาทดสอบความ เป็นจริงได้ (Feasibility) ของบทบาทหน้าที่และรูปแบบ จัดการแพลตฟอร์มบริการสังคม และข้อมูลข่าวสาร ทั้งใน ระดับผู้บริหาร และกำหนดนโยบาย ในภูมิภาค หรือ กทม. รวมทั้ง ผู้ให้บริการ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติย ภูมิ กับผู้นำในชุมชน อาสาสมัคร ซึ่งเป็นผู้สื่อเชื่อมประสานกับครอบครัว ผู้ปกครอง และเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ให้ เกิดความร่วมมือในการวางแผนเป้าหมาย และแผนการจัดบริการรายปี ให้แก่เด็กแต่ละคน

กรุงเทพมหานคร (กทม.) ได้จัดทำข้อตกลงความร่วมมือกับ สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.) เพื่อกำหนดต้นแบบ บริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในพื้นที่เขตลาดกระบัง เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2563 โดย กำหนดพื้นที่ดำเนินงานเป็น กรณีศึกษาในชุมชนเพื่อทดสอบการดำเนินงานในการจัดระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของ เด็กจากครอบครัวเปราะบางในชุมชนร่มเกล้า โซน 10 ของเขตลาดกระบัง<sup>23</sup> โดยทำการศึกษาใน ปี 2564<sup>24</sup>

การศึกษาจากชุมชนร่มเกล้า โซน 10 ซึ่งประกอบขึ้นจากชาวชุมชน 345 หลังคาเรือนโดยเลือกครอบครัวที่ เปราะบาง ซึ่งมีเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง อยู่ในครรภ์ จนถึงอายุ 15 ปีขึ้นมาจาก 20 ครอบครัว ได้เด็กทั้งสิ้น 48 คน เพื่อทำการเชิญเข้ามาเป็นกลุ่มร่วมศึกษากระบวนการวิเคราะห์และวางแผนป้องกัน แก้ไข ภาวะยากไร้ที่คุกคาม ครอบครัว และเสริมหนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก และผู้ปกครองกลุ่มนี้ อย่างต่อเนื่อง สำหรับทดสอบการจัด วางเส้นทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Journeys of Social Services toward Quality of Life) ที่เด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัวเหล่านี้ควรได้รับ โดยอ้างอิงจากหลักวิชาชีพของแต่ละหน่วยงาน กฎหมายคุ้มครอง และสิทธิเด็ก ร่วม กับภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีพันธกิจในการรับผิดชอบ ในการให้บริการ<sup>24</sup> ภายใต้ข้อตกลง 4 หน่วยงาน<sup>23</sup>

ภาพที่ 9 ผังอาคารที่พักของชุมชนร่วมเกล้า โซน 10 ซึ่งเข้าเป็นกลุ่มศึกษารังสรรค์นวัตกรรม (Sandbox)<sup>24</sup>

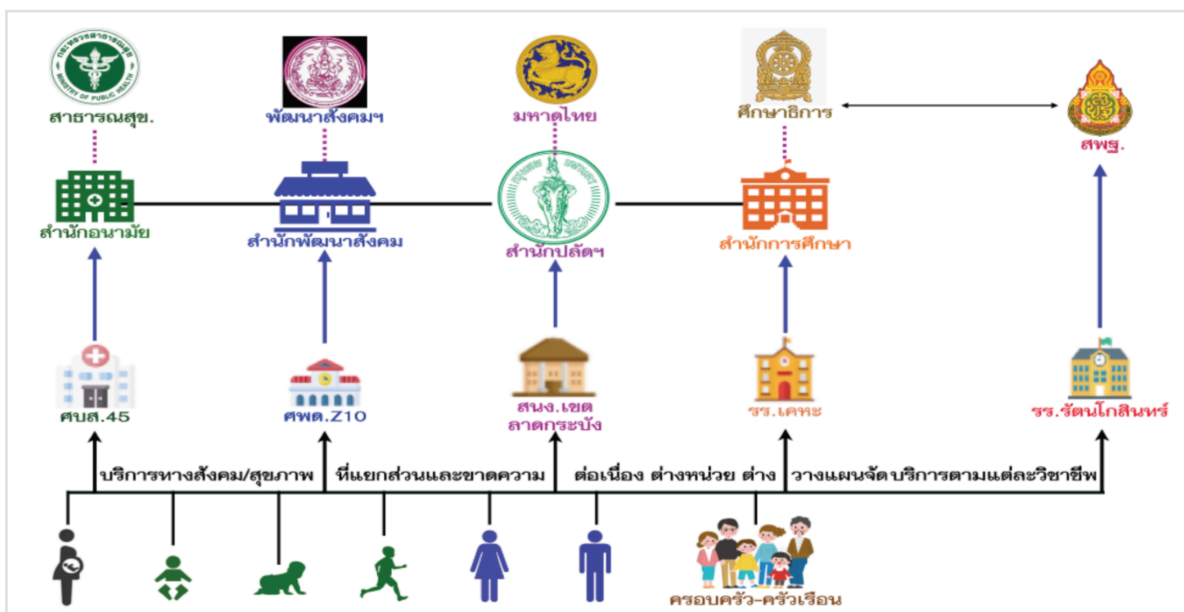


การวางกรอบประชากร และชุมชนให้มีขนาดย่อมพอที่จะศึกษาอย่างงานทางสังคม (Social Network) ในพื้นที่ชุมชน เพื่อศึกษาทำความเข้าใจ และเข้าถึงภาวะยากไร้ หรือความด้อยพัฒนาในมิติทั้ง 4 ตามที่เรียกกันในสากลว่า Global Multi-dimension of Deprivation ตามการศึกษาของ Oxford Poverty & Human Development Initiative และ United Nation Development Program (UNFP) เป็นไปได้ง่าย (Feasibility) ขึ้น เพื่อให้พื้นที่ชุมชนนี้เป็น "พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและผู้ปกครองที่เปราะบาง" ได้

### 3.1 โจทย์การพลิกโฉมระบบงาน ของพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox)

จากการหารือเพื่อร่วมกันจัดพื้นที่ทดลองจนได้ผลจริง (Experiment till actionable results) ดังตารางที่ 1 ร่วมกับท่านปลัดกรุงเทพมหานคร และผู้แทนสำนักฯ ที่ร่วมพันธกิจบนพื้นที่ชุมชน รวมทั้งหน่วยบริการทางสังคมของกทม. ในเขตลาดกระบัง เมื่อต้นปี 2565 ให้กำหนด พื้นที่รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) ที่ชุมชนร่วมเกล้า โซน 10 ของเขตลาดกระบัง<sup>24</sup> เพื่อใช้เป็นแบบจำลอง (Sandbox Model) สำหรับใช้ตรวจสอบลักษณะปัญหาและข้อจำกัดที่คุกคามคุณภาพชีวิตของเด็ก และผู้ปกครอง ตามความเข้าใจของแต่ละฝ่าย ดังภาพที่ 10<sup>24</sup>

ภาพที่ 10 ข้อจำกัดของระบบข้อมูลข่าวสารที่ก่ออุปสรรค ต่อบริการ และการส่งต่อบริการพัฒนาคุณภาพชีวิต<sup>24</sup>



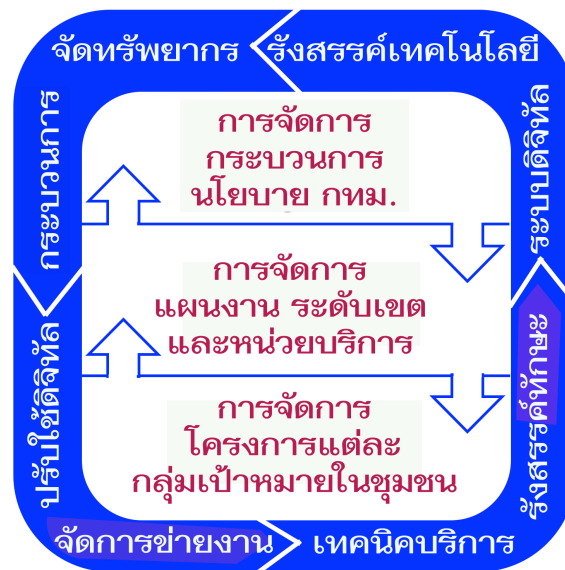






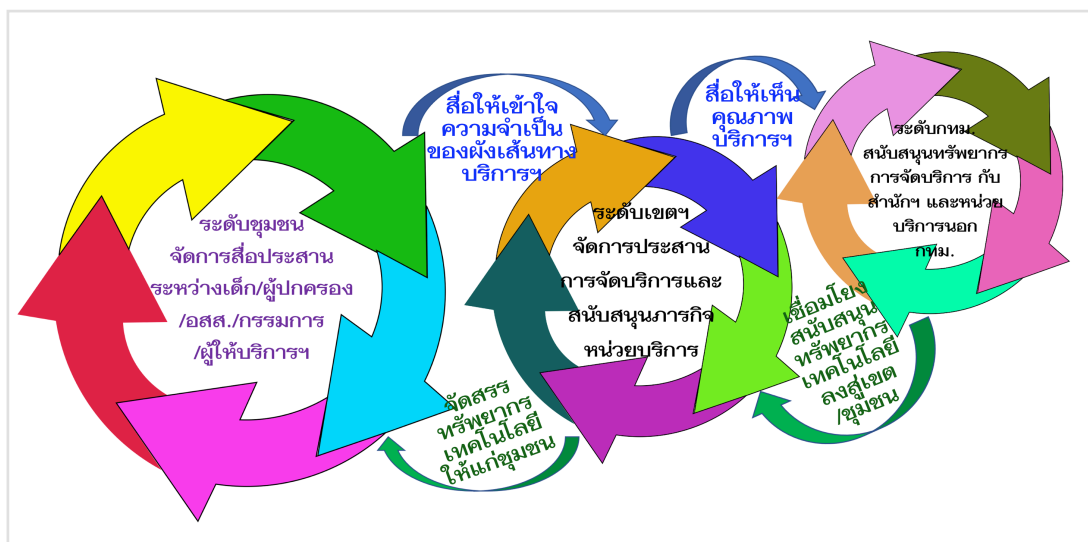
สนับสนุนพันธกิจในระดับสำนักต่าง ๆ ที่มีพันธกิจสำคัญในการกำหนดนโยบาย และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ กลวิธี และมาตรการการประสานบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับหน่วยบริการส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากภายใน กทม.

ภาพที่ 12 สายพานการแปลงนโยบายสู่บริการ ให้รังสรรค์จัดการดำเนินงานบริการ ที่เวียนกลับมาปรับปรุงนโยบาย



กรอบการจัดวางศูนย์รังสรรค์นวัตกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและผู้ปกครองจากครอบครัวเปราะบางจึงใช้แนวทางกระบวนการเรียนรู้ และรังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) อย่างต่อเนื่องดังภาพที่ 12 มาจัดวางเป็นกรอบข้อเสนอ กทม. ในการขยายการดำเนินงานในปลายปี 2565 ดังภาพที่ 13

ภาพที่ 13 การขยายผลพื้นที่รังสรรค์นวัตกรรมระดับชุมชน มาสู่ ระดับเขต และ กทม. เป็น 3 ระดับใน ปี 2565

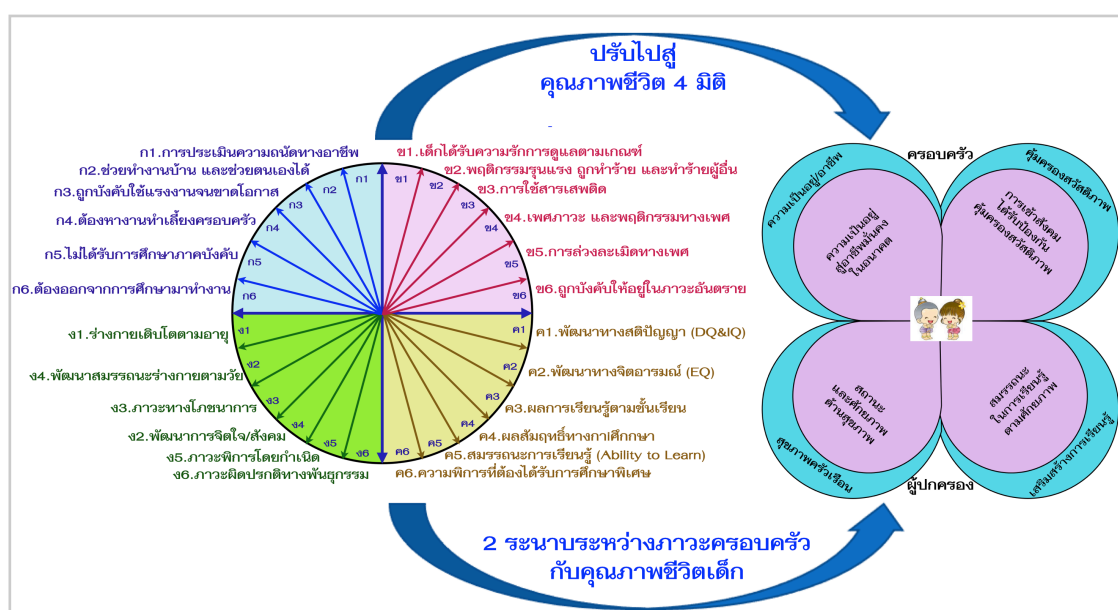


กรอบนโยบายดั้งเดิม ทั้งในด้านการจัดวางระบบบริการ และระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นกระบวนการ (Process) ที่กำหนดเป็นกฎหมาย หรือจากหลักวิชาชีพ หากแต่ยังขาดการประเมิน (Assessment) การให้บริการจริงที่มีหลายหน่วยงานเข้ามาจัดบริการร่วมกัน หรือมีกลไกการส่งต่อที่ซับซ้อน (Complexity) ขาดความแน่ชัด (Uncertainty) ทำให้ไม่อาจสื่อความเข้าใจกับผู้ใช้บริการ ซึ่งมาจากกลุ่มชายขอบ (Marginalized population) มีความเปราะบางสูง จนไม่อาจเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมครบถ้วนได้ จึงได้ให้ความสำคัญกับการริเริ่มวงจรชุมชนเปราะบางเป็นสำคัญ

### 3.2 การสื่อความเข้าใจ กับ ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

บริการทางสังคมประกอบขึ้นจากกระบวนการวินิจฉัยปัญหาของเด็กในช่วงอายุต่างกัน ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 15 ปี มีการจำแนกลักษณะแบบแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่อ้างอิงอยู่กับหลักการของหลากหลาย วิชาชีพ จึงมีนักวิชาการ และผู้ให้บริการเฉพาะด้าน หลายกลุ่มเข้ามากำหนดระเบียบวิธีการวินิจฉัยปัญหา และมีส่วน ในการวางแผนเป้าหมาย และแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามกรอบและเกณฑ์ทางวิชาชีพที่วางกันไว้ แต่ที่สำคัญ ก็คือ เงื่อนไขของกรอบและเกณฑ์เหล่านี้ถูกนำไปอ้างอิงในการคุ้มครอง ป้องกัน และแก้ไข ภาวะคุกคาม หรือภาวะที่ บ่งชี้อุปสรรคที่กีดขวางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก หรือสิทธิของเด็ก ส่งผลให้การละเมิดเด็กตามกฎหมายเหล่านี้มี บทลงโทษตามไปด้วย ตลอดจนมีข้อบังคับตามกฎหมายเข้ามากำกับแผนการคุ้มครองป้องกันเด็กอย่างเข้มงวด

ภาพที่ 14 การปรับกรอบและเกณฑ์ชีวิตภาวะคุณภาพชีวิตของเด็ก และสมรรถนะของครอบครัว ครอบครัว และผู้ ปกครองที่มีบทบาทในการดูแลเลี้ยงดู ปกป้อง คุ้มครอง และให้ความอบอุ่นแก่เด็กในแต่ละช่วงอายุให้สื่อความ เข้าใจกับเด็ก/ผู้ปกครอง ได้ง่าย ตลอดจน ใช้ติดตามผล และนัดหมายบริการได้ทางเครื่องมือสื่อสารดิจิทัลพกพา



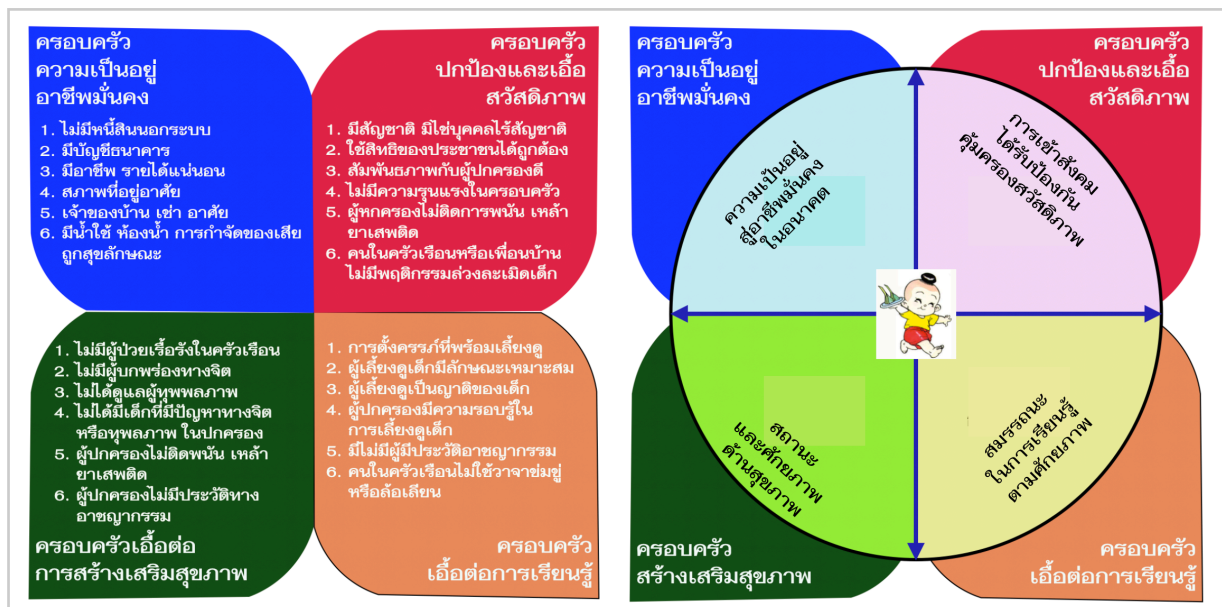
การจำแนกคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัว เป็น 4 มิติตามที่ โครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP) และการริเริ่มวัดความยากจน และพัฒนาคุณภาพมนุษย์ออกซฟอร์ด ใช้เป็นแนวทางการเปรียบเทียบในระดับนานาชาติ พ.ศ. 2564<sup>5</sup> และในรายงานความยากจนหลายมิติของเด็กในประเทศไทย ที่สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติ พ.ศ. 2564<sup>7</sup> และ UNICEF สนับสนุนให้ดำเนินการใน พ.ศ. 2562<sup>6</sup> เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการเปรียบเทียบ กับข้อมูลที่ประมวลในระบบการสำรวจเทียบเคียงในระดับชาติ และระดับโลกได้ต่อไป

การจำแนก 4 มิติ (Dimension Classification) ของครอบครัวในกรณีของ TPMAP<sup>11,12</sup> และเด็ก<sup>10</sup> เป็นข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสำรวจครัวเรือน จึงขาดรายละเอียด และชัดเจนเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการประเมิน (Assessment) หรือแยกความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการกับปัญหา (Triage) หรือวินิจฉัย (Diagnosis) สำหรับเสนอ เป็นเป้าหมายรายปี จนเป็นพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตรายปีอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้น ในระยะแรกทีม วิชาการของ "ศูนย์รังสรรค์นวัตกรรม (Innovation Sandbox) จึงต้องอาศัยกรอบและเกณฑ์ทางวิชาการที่แต่ละภาค ส่วนใช้ในการตรวจคัดกรอง และตรวจวินิจฉัยตามหลักวิชาการแต่ละสาขา รวมทั้งในกรณีที่ข้อบังคับ ข้อกำหนด ตาม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เด็ก และเยาวชน ดังภาพที่ 14 ด้านซ้าย

แตเมื่อนำมาใช้อธิบายกับทีมงานของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครในพื้นที่ หรือแม้แต่ใช้กับผู้ให้บริการในสถาน บริการ ก็เกิดความสับสน เนื่องจาก แตกต่างกับระบบบันทึกข้อมูลที่ใช้กันอยู่ และมีรายละเอียดที่ต้องตรวจทานกับผู้

ให้บริการต่างหน่วยงาน หรือต่างภาคส่วน และสมาชิกของชุมชน ก่อนที่จะนำไปประกอบการสนทนากับผู้ปกครอง หรือสมาชิกของครัวเรือนที่เด็กอาศัยอยู่ จึงต้องปรับลดความซับซ้อน โดยนำเสนอเป็นภาพเล่าเรื่อง (Infographic) ดัง ภาพดอกไม้มากลิ่นสองชั้นทางขวามือของ ภาพที่ 14

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน ซึ่งแต่งตั้งขึ้นโดยผู้อำนวยการเขตลาดกระบังฝั่ง24 ประกอบด้วยผู้นำ ชุมชน อาสาสมัคร และตัวแทนของผู้ปกครอง และเยาวชน ในชุมชน ร่วมกับผู้แทนของผู้ให้บริการจากหน่วยบริการที่ ใกล้ชิดชุมชน 5 หน่วย ซึ่งร่วมกันศึกษากำหนดแนวทางในการดำเนินงานสื่อสารในกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยแยก ข่าวสารสำหรับสื่อความเข้าใจภาพดอกไม้ที่กลีบทั้งสองชั้น ดังภาพที่ 15 ซึ่งแสดง ทั้งสถานะการณ์ปัญหาครอบครัว ที่ สัมพันธ์เป็นเหตุปัจจัย ไปถึงสภาวะการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก และต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขทั้งสองระดับ ภาพที่ 15 กรอบการวิเคราะห์และวินิจฉัยเพื่อการป้องกันแก้ไขภาวะคุกคามการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งในระดับ ตัวเด็ก รวมไปถึงระดับผู้ปกครอง ครอบครัว และครัวเรือนของเด็ก ให้การวางแผนครอบคลุมเป้าหมายรวม



การสื่อสารด้วยผังภาพแสดงทั้งภาวะคุกคาม หรือภาวะขาดส่น (Deprivation) ที่ทั้งครอบครัวและเด็กต้องเผชิญ อยู่ บ่งชี้ให้ตระหนักความท้าทาย (Challenge) และกระตุ้นผู้ปกครองและครอบครัว ให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับยกร ระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวและเด็กไปด้วยกัน โดยมีหน่วยบริการด้านต่าง ๆ จากภายในชุมชน และภายนอก พื้นที่จากหลากหลายความชำนาญการทางวิชาชีพ เข้าร่วมกันสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ให้มั่นคงและยั่งยืน ให้ครอบครัว ก้าวพ้นความยากจน ในขณะที่สามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเด็กให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า นัยสำคัญที่ต้อง สื่อสารแก่ครอบครัว จึงเน้นที่การสร้างทำความเข้าใจให้ผู้ปกครอง เด็ก และผู้อยู่อาศัยร่วมครัวเรือน เรียนรู้ถึงความ สัมพันธ์ของชุมชน ครัวเรือน และครอบครัว ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ที่กำลังเจริญเติบโตต่อไปสู่ออนาคต

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน จึงเริ่มแปลงการร่วมคิด ทดสอบ และปรับเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพชีวิตใน แต่ละมิติ (Dimension) ที่ง่ายสำหรับกลุ่มเด็กเป้าหมาย และประชากรในชุมชนเข้าใจได้ ในขณะที่ผู้ให้บริการโดยตรง ต่อผู้รับบริการทั้งเด็ก และผู้ปกครอง ก็มีความเข้าใจในที่มีขอบเขตบริการตามตัวชี้วัด (Domains) ที่แยกย่อยออกไป หลายส่วน ช่วยให้นำเสนอต่อทั้งสองกลุ่มผู้ใช้ข้อมูลข่าวสารอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจง่าย และสร้างความ ท้าทาย พร้อมกับเสริมแรงจูงใจ (Incentives) ให้ผู้ปกครองรู้สึกอยากเข้ามาร่วมขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพชีวิต ของครอบครัว และเด็ก อย่างจริงจังเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ (Closed Contact Service Providers) เข้าใจเส้นทางการให้บริการ และการส่งต่อบริการได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

แนวทางการสื่อความเข้าใจ ผ่านการเชื่อมโยงประเด็นหลัก ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัวประาะ บาง จากกลุ่มเป้าหมายผ่านทีมงานในระดับชุมชน ซึ่งกลายบทบาทมาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มรังสรรค์นวัตกรรม

(Innovation Sandbox) พัฒนาคุณภาพชีวิต ให้เข้าถึงบริการทางสังคมจากหลายภาคส่วน ที่ให้บริการแบบตั้งรับแก่กลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนถึงอายุ 15 ปี ช่วยให้เกิดกรอบ และเกณฑ์การให้บริการสังคมที่ครอบคลุมครบ เหตุปัจจัยของปัญหาตั้งแต่ต้นน้ำ ถึงปลายน้ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะของข้อมูลข่าวสาร ที่แปลงมาจาก 4 มิติความยากไร้ หรือ 4 มิติภาวะการพัฒนาคุณภาพชีวิต

มิติการพัฒนา/ความยากไร้	ครอบครัว/ครัวเรือน/ผู้ปกครอง	เด็ก/เยาวชน
<b>ความเป็นอยู่/อาชีพ</b> (Life living/Occupation)	ลักษณะที่อยู่อาศัย ถูกสุขลักษณะ แยกส่วนเหมาะสม อาชีพของผู้หาเลี้ยงครอบครัว/ครัวเรือน มีความมั่นคง และรายได้พอเพียงที่จะเลี้ยงดูเด็กได้	เด็กต้องทำงานหารายได้ให้ครอบครัว จนขาดโอกาสในการศึกษา หรือต้องช่วยครอบครัว ในวัยที่ต้องเตรียมตัวสู่อชีพได้รับการประเมินความถนัด
<b>สวัสดิภาพ/การเข้าสังคม</b> (Welfare/Socialization)	ครอบครัวสามารถให้การเลี้ยงดูเด็กได้เหมาะสม สามารถปกป้องคุ้มครองเด็กมิให้ถูกละเมิดทางเพศ และถูกทำร้าย ได้ป้องกันความรุนแรงในชุมชน ยาเสพติด	เด็กมีพฤติกรรมทางสังคมเหมาะสม ไม่อยู่ในภาวะที่ล่อแหลมต่อการถูกละเมิดทางเพศ หรือถูกทำร้าย เด็กไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นในสังคม
<b>การส่งเสริม/สมรรถนะเรียนรู้</b> (Learning Capability and Support)	ผู้ปกครองมีสมรรถนะในการพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็ก สามารถช่วยเสริมหนุนให้เด็กได้เรียนรู้ มีพัฒนาการตามช่วงวัย และแก้ไขปัญหาให้เด็กได้	การพัฒนาทางสติปัญญา (IQ/DQ) จิตอารมณ์ ในเด็กเป็นไปตามเกณฑ์ ผลการเรียนรู้ตามชั้นเรียน สมรรถนะการเรียนรู้ หรือจำเป็นต้องได้รับการศึกษาพิเศษ
<b>สถานะทางสุขภาพ</b> (Health Situation and Potentiality)	มีผู้ป่วยเรื้อรัง หรือติดเตียง อยู่อาศัยในครัวเรือน เป็นผู้ปกครองเด็ก หรือผู้ปกครองต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตลอดเวลา หรือผู้ปกครองมีภาวะผิดปกติทางจิต หรือติดยาเสพติด	ร่างกายเติบโตตามอายุ มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ ตามวัย ภาวะความพิการโดยกำเนิด หรือทางกรรมพันธุ์ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง

การระบุครอบครัว ครัวเรือน และผู้ปกครองในตาราง ที่ 3 สะท้อนจากการร่วมเรียนรู้ในพื้นที่ชุมชน ชี้ให้เห็นว่าครอบครัวเปราะบางเหล่านี้ส่วนหนึ่ง เด็กไม่ได้อยู่กับครอบครัว หรือผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือผู้ปกครองมีสายสัมพันธ์ห่าง ๆ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือทวด ของเด็ก หรือบางกรณีขาดหลักฐานทางกฎหมายที่ยืนยันการเป็นผู้ปกครองของเด็ก ทำให้การประเมินวิเคราะห์ปัญหาการดูแลเด็กส่วนนี้ มีความยุ่งยากมากขึ้น และต้องจัดบริการลงทะเบียนเป็นกรณีพิเศษก่อนที่จะนำเข้าสู่ระบบบริการปกติได้

### 3.3 การจำแนกบริการสังคมตามความซับซ้อนและเร่งด่วนในการแก้ไขป้องกันภาวะคุกคาม

บทสรุปของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมนักวิชาการภายนอก กับผู้ให้บริการแนวหน้า(Closed contact Service Providers) หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิ (Primary Service Providers) ที่จัดบริการให้แก่เด็กและผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมายโดยตรง กับผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัคร (อสส.) ในพื้นที่ เอื้อให้เกิดความมีส่วนร่วมในการรวบรวม และตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ที่นำมาประกอบเป็นข้อบ่งชี้ หรือดัชนีชี้วัด (Indicators) ระดับคุณภาพชีวิตของ ทั้งครัวเรือน ครอบครัว ผู้ปกครอง และเด็ก ทั้งนี้ ทีมนักเทคนิคทางดิจิทัล ได้เข้ามาร่วมวางแผนทางกำหนดตัวชี้วัด ที่จำเป็นต้องใช้ในแพลตฟอร์มดิจิทัล และแพลตฟอร์มส่งต่อบริการ สำหรับใช้เป็นพื้นฐานการวางแผนเป้าหมาย และใน



การออกแบบแผนการจัดบริการ (Journey of Services) ซึ่งใช้ในการติดตามสัมฤทธิ์ผลของพันธกิจของแต่ละหน่วยบริการร่วม (Co-Production) และ ตอบสนองต่อผู้กำหนดนโยบายในการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ในที่สุด

การจำลองเหตุการณ์ และการให้บริการแก่เด็กและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะคุกคามต่อพัฒนาการคุณภาพชีวิตแต่ละรายที่เลือกขึ้นมาในเด็ก 40 ราย ช่วยให้เห็นวิกฤติของบริการจากอีกด้านหนึ่ง คือ ด้านของกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับบริการ แต่อาจมองเห็นได้ยากจากมุมมองของผู้ให้บริการ หรือผู้บริหารจัดการบริการในระบบราชการ ได้แก่ผู้ประสบภาวะคุกคามจากครอบครัวเปราะบาง มักไม่มีโอกาสส่งสัญญาณ หรือขอเข้ารับบริการ เพราะไม่รู้ว่าตนเองตกอยู่ในสภาวะเสี่ยง หรือแม้แต่ตกอยู่ในภาวะคุกคามแล้ว แต่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่รับผิดชอบภารกิจอยู่ในหน่วยให้บริการเชิงรับ (Passive Care) เป็นส่วนใหญ่ เช่น ครูในโรงเรียน ในศูนย์บริการเด็กเล็ก พยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลเยี่ยมบ้านที่จำกัดด้วยจำนวน และขอบเขตพันธกิจ

ดังนั้น ทีมวิชาการที่สนับสนุนศูนย์วิจัยนวัตกรรมชุมชน จึงต้องปรับใช้แนวทางการจำแนกบริการทางสังคม ให้เท่าทันกับความซับซ้อนจากเหตุปัจจัยของภาวะคุกคาม (Complexity) และความไม่แน่ชัดของระเบียบวิธีจัดการบริการ (Uncertainty) ของแต่ละหน่วย แต่ละภาคส่วน เพื่อให้คณะทำงานของชุมชนได้เรียนรู้ และสามารถนำมาใช้รื้อสร้าง (Deconstruct) กรอบและเกณฑ์การทำงานระหว่างภาคส่วน และต่างระดับการปกครอง เป็นการจัดการข่ายงานที่มีกลไก และกระบวนการเรียนรู้ส่วนนวัตกรรมอย่างยั่งยืน เพราะสามารถปรับตัวตามภาวะคุกคามใหม่ที่อุบัติขึ้นเรื่อย ๆ

ภาพที่ 16 การเปรียบเทียบกรอบการจำแนกรูปแบบ และวิธีการจัดการข่ายงานที่มีความซับซ้อน และอุบัติใหม่ ที่กลุ่มเป้าหมาย ผู้ปกครอง ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการพัฒนาคุณภาพชีวิตนำไปปรับใช้ในข่ายงานบริการ<sup>26</sup>

<p><b>ซับซ้อน</b></p> <p>เหตุและผลของปัญหามีจำกัดจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ย้อนไปวิเคราะห์ประวัติของเด็ก/ครอบครัว หรือผู้เชี่ยวชาญภายนอก</p> <p>ศึกษา-เรียนรู้-จัดการ</p> <p>วิถึปฏิบัติงานอุบัติใหม่</p>	<p><b>สับสน</b></p> <p>เหตุปัจจัยที่ก่อภาวะคุกคาม มีมิติรู้ต่างเวลาต่างพื้นที่ทำให้เข้าใจยาก ต้องการข่าวสารจากชุมชนมาประกอบการพิจารณา</p> <p>รับรู้-วิเคราะห์-จัดการ</p> <p>มีแนวทางวิเคราะห์ให้แล้ว</p>	<p><b>บริการที่ซับซ้อน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ส่งต่อเพื่อรับบริการต่างภาคส่วน หรือต่างระดับในหลายหน่วยบริการ</li> <li>การให้บริการจากหน่วยบริการชำนาญการมีเวลาต่อเนื่องยาวนาน</li> <li>ผลลัพธ์ของบริการยังขาดความชัดเจน</li> </ul>	<p><b>บริการที่สับสน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ต้องส่งต่อให้ผู้ให้บริการต่างภาคส่วน หรือต่างระดับในเขตเดียวกัน</li> <li>ต้องรอการนัดหมาย</li> <li>มีทรัพยากรสนับสนุนในการส่งต่อบริการทั้งในและนอกพื้นที่</li> </ul>
<p><b>ส่วนไกลาหล</b></p> <p>ยังขาดความเข้าใจเหตุปัจจัยที่ต้องแก้ไขอาศัยภาคีหลายภาคส่วนเข้าร่วมวิเคราะห์หรือต้องใช้กฎหมาย</p> <p>เร่งรีบ-รับรู้-จัดการ</p> <p>ภาวะวิกฤติ สลับ และเร่งด่วน</p>	<p><b>เข้าใจได้ง่าย</b></p> <p>ลักษณะปัญหาที่เห็นถึงความสัมพันธ์กับเหตุปัจจัยชัดเจน ฐูวิธีแก้ไขได้ตรงไปตรงมา</p> <p>รับรู้-จำแนก-ให้บริการ</p> <p>มีกรอบจัดบริการอยู่แล้ว</p>	<p><b>บริการฉุกเฉิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>บริการที่ต้องส่งต่อให้หน่วยบริการเฉพาะกิจตามกฎหมายกำหนด</li> <li>มีข้อบังคับวิธีการและเวลาตามกฎหมาย</li> <li>ผู้ให้บริการปกติยังไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์</li> </ul>	<p><b>บริการตามปกติ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>บริการเบ็ดเสร็จในหน่วยบริการเดียว</li> <li>มีตารางนัดกำหนดชัดเจน</li> <li>ผู้ให้บริการชุดเดียวกันต่อเนื่อง</li> </ul>

Cynefin Framework by Dave Snowden 1999

ใช้จำแนกลักษณะบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก

การจำแนกลักษณะภาวะคุกคามคุณภาพชีวิตเป็นมิติ (Dimension) และแยกผู้ให้บริการแต่ละด้าน (Domain) ยังไม่เอื้อให้จัดวางผังการให้บริการ (Journey of Services) เป็นแต่ละหน่วยงานได้ เนื่องจากบริการทางสังคมต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามารับภารกิจจากหลายภาคส่วนได้ ทีมวิชาการจึงเลือกใช้ Cynefin Framework เป็นเครื่องมือสำหรับผู้จัดการข่ายงาน (Network หรือ Platform Manager) ใช้จำแนกลักษณะบริการ ดังในภาพที่ 16 ซึ่งจำแนกสถานการณ์ของภาวะคุกคามเป็น 4 ด้านด้วยตาราง 2 X 2 (2 by 2 Matrics)

กรอบด้านซ้ายมือสี่เหลี่ยมเป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มาขอรับบริการ (เชิงรับ) ด้วยปัญหาที่ผู้ให้บริการจัดการให้ตามปกติ ด้วยการแก้ไขเหตุปัจจัยของผู้รับบริการส่วนใหญ่รับรู้อยู่แล้ว เช่น การเรียนการสอนของนักเรียนกับครู การให้บริการตรวจเด็กหลังคลอดจากพยาบาล การให้บริการนมผงแก่เด็ก จากครอบครัวยากจนโดยนักสังคมสงเคราะห์



ซึ่งมีการจำแนกผู้รับบริการตามชั้นเรียนและตารางสอน การจำแนกผู้รับบริการตามคลินิกเฉพาะ และกรอบการตรวจวินิจฉัย ทำงานเป็นวัตรปฏิบัติ หรือเป็นระบบงานปกติอย่างเป็นระบบ

ส่วนกรอบบริการสี่เหลี่ยมอาจมีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจกับเหตุปัจจัยของปัญหา และต้องการผู้ให้บริการเฉพาะวิชาชีพ (Specialist) จากหน่วยงานอื่นในเขต เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งต้องส่งต่อไปตรวจประเมินที่อีกหน่วยบริการหนึ่ง เช่น เด็กที่มีข้อสงสัยจากการคัดกรองเบื้องต้นของครู อาจเป็น "บกพร่องการเรียนรู้ (Learning Disability)" จึงต้องส่งไปให้นักจิตวิทยาของศูนย์สาธารณสุขทำการตรวจจำแนกสาเหตุ (Triage) เพื่อตัดสินใจส่งกลับมารับบริการในระบบการศึกษาเด็กพิเศษ ที่โรงเรียน หรืออาจต้องส่งไปที่โรงเรียนอื่น

กรณีเด็กที่มีปัญหาสี่มุม เช่น พบปัญหาทางอารมณ์ หรือผลสัมฤทธิ์การศึกษาไม่ดี ข้อจำกัดในการเจริญเติบโตตามวัย ก็อาจต้องการขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับครอบครัว โดยตรงจากผู้ปกครอง แต่หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองก็อาจต้องขอข้อมูลข่าวสารของประวัติครอบครัว และการป่วยไข้ของเด็กจากชุมชน และจากผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเฉพาะด้านนอกพื้นที่ ดังในกรณี "เด็กมีความผิดปกติทางพันธุกรรมโดยกำเนิด" ทำให้การวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตมีเงื่อนไขจากศักยภาพการดำรงชีพของเด็ก และเป้าหมายที่ควรจะทำในชีวิตของเด็กที่ชัดเจน

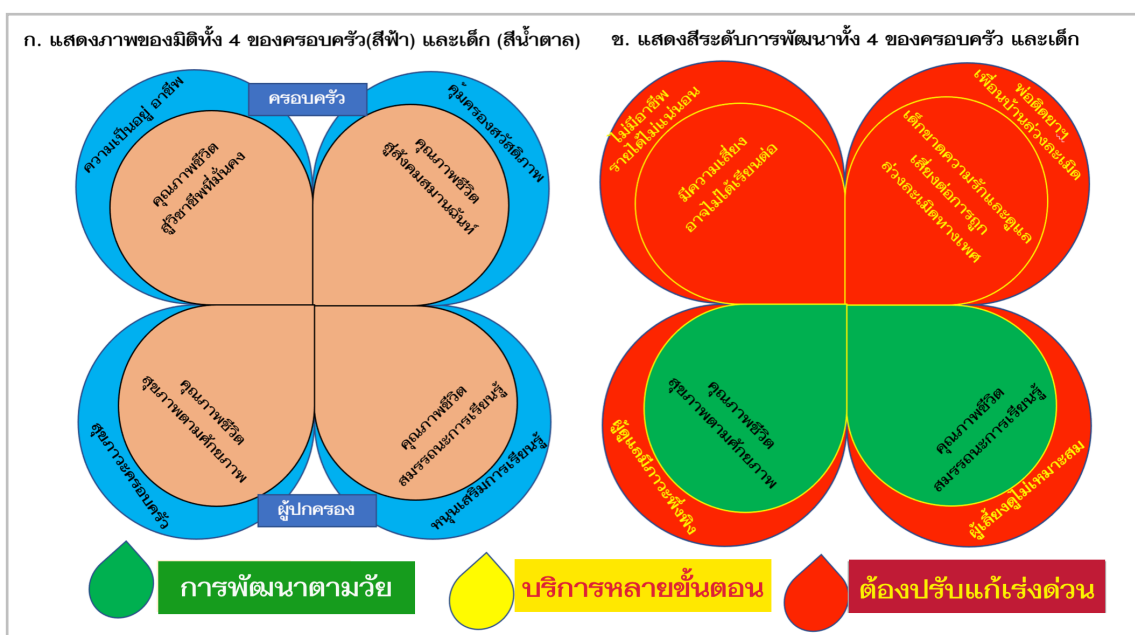
ส่วนในช่องสี่แดง เป็นกรณีที่เด็กเริ่มถูกทำร้าย หรือมีแนวโน้มจะถูกละเมิดทางเพศ ทำให้เด็กมีลักษณะเหม่อลอย หรือมีบาดแผลพบที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำให้ต้องขอข้อมูลข่าวสารเพิ่มจากโรงเรียน หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งต้องขอข้อมูล ข่าวสาร และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากชุมชน ผ่านทางผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัคร ที่เป็นเพื่อนบ้านใกล้เคียง ซึ่งกรณีดังกล่าว จัดว่าเป็นคดีอาญา และอาจต้องการเข้าไปแยกเด็กออกมาจากครอบครัว หรือชุมชนอย่างเร่งด่วน เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก จึงต้องใช้มาตรการทางการปกครอง หรือกฎหมายเข้าร่วมดำเนินการ

### 3.4 ภาพสื่อข่าวสาร (Infographic) และหน้าจอสรุปข่าวสาร (Dashboard) ในชุมชน

#### ภาพสื่อข่าวสาร (Infographic)

การสื่อแสดงภาวะการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัว ทั้ง 4 มิติ ทางโทรศัพท์มือถือให้เด็กแต่ละคน และผู้ปกครองสามารถเรียนรู้ถึงระดับคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 มิติของตนในเบื้องต้น อีกทั้ง เสริมด้วยการสนทนาชี้แนะจากอาสาสมัครที่รับผิดชอบและใกล้ชิดกับครอบครัว หรือครัวเรือนของเด็ก เพื่อทบทวนความเข้าใจ และประเมินความยินยอมรับรู้ของทั้งเด็ก และครอบครัว ตลอดจน สร้างความมั่นใจในการใช้บริการทางสังคม และสวัสดิการของรัฐ ที่มุ่งเสริมหนุนให้เด็ก และครอบครัว ผู้เข้าร่วมรับบริการ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละปี ได้จริง

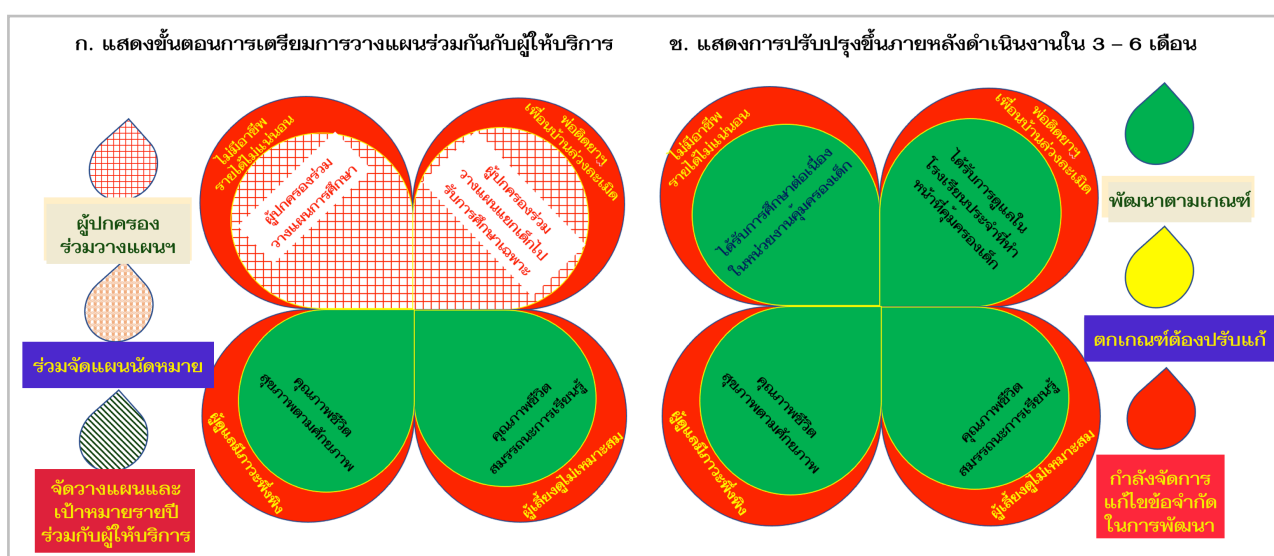
ภาพที่ 17 แสดงระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว ที่นำเสนอผ่านโทรศัพท์มือถือ



หลังจากเข้าใจ และยอมรับเหตุปัจจัยของภาวะคุกคามร่วมกันได้แล้ว อสส. ซึ่งทำหน้าที่สื่อประสานจะแจ้งผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อให้ผู้รับผิดชอบโดยตรงของเด็กกลุ่มเป้าหมาย (Closed Contact Care Provider) จัดการแผนบริการ ตั้งแต่การติดต่อวางตารางนัดกับผู้ให้บริการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือจัดกำหนดนัดพบกับผู้ให้บริการในเขตเพื่อวางแผนรายปี และร่วมตกลงจัดวางตารางนัดบริการตามจุดบริการ รวมทั้งเรียนรู้ช่องทางสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อรับการติดต่อ และเตือน (Alarm) ตามตารางนัดหมาย เพื่อส่งกลับไปให้ อสส. รับรู้การนัดบริการ

หลังจากนั้น จึงเป็นการเข้ารับบริการตามแผน หากขาดการเข้ารับบริการตามแผน ก็มีการเตือนทางระบบดิจิทัล และตามด้วยการขอให้ อสส. แวะเวียนไปสนทนาประเมินปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ และแจ้งข้อจำกัดในการเข้ารับบริการส่งให้ผู้บริการได้รับรู้ ตลอดจน ติดต่อประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหา หากการจัดบริการเป็นไปได้อีกเนื่องจากครบถ้วน ก็จะแสดงผลการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงในภาพที่ 18 ข. จนครบปี แล้วจึงประเมินใหม่อีกครั้ง จนกว่าทุกมิติทั้งเด็ก และครอบครัว จะปรับเข้าสู่สีเขียวหมด ก็ปรับช่วงการประเมินเป็นราย 6 เดือน หรือ 1 ปีต่อไป

ภาพที่ 18 แสดง ก. ขั้นตอนการเตรียมการวางแผนพัฒนาคูณภาพชีวิต และ ข. การเปลี่ยนแปลงหลังให้บริการตามแผน



การทดสอบวิธีสื่อความเข้าใจเป็นภาพสื่อข่าวสาร (Infographic) กับอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน กับเด็ก และผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมายในการสร้างความเข้าใจ และสร้างความเชื่อมโยง (Connecting) ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดวางแผนพัฒนาคูณภาพชีวิตของเด็ก ผู้ปกครอง และผู้อยู่ร่วมในครัวเรือน ถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การสื่อความเข้าใจ และยอมรับเป้าหมายรายปีของแผนการพัฒนาคูณภาพชีวิต ช่วยให้ตระหนัก และเกิดสำนึกร่วม กับหน่วยบริการทางสังคม ในการจัดฝั่งบริการที่แสดงการเปลี่ยนแปลงในเวลาที่รวดเร็ว ( 3 เดือน - 1 ปี)

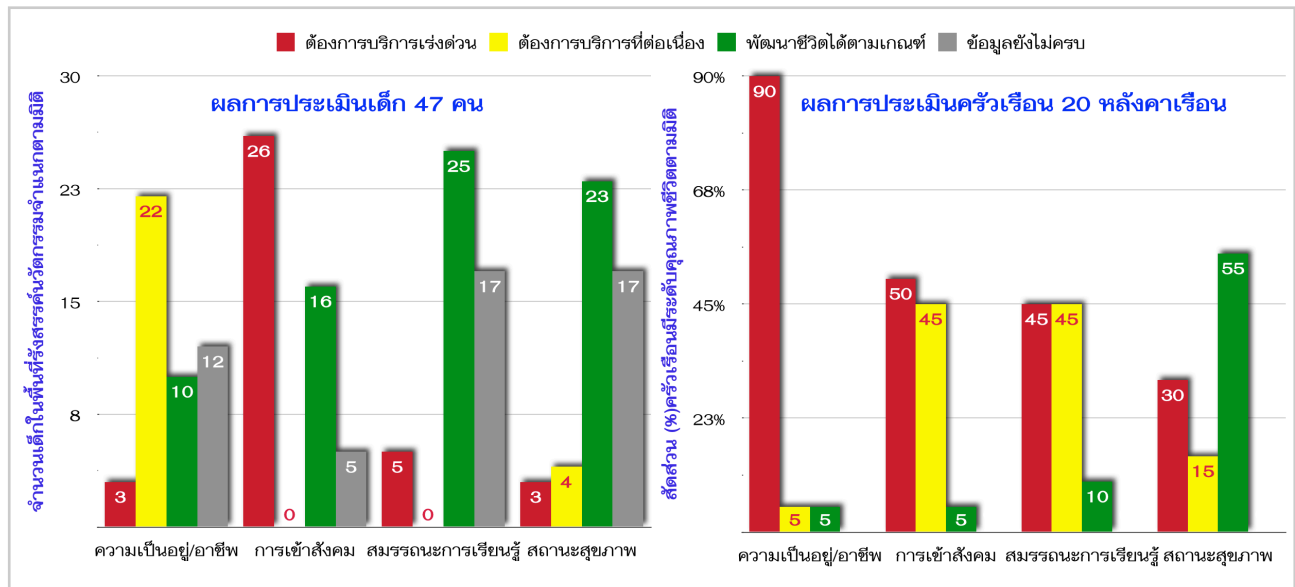
### หน้าจอสรุปรข่าวสาร (Dashboard)

วิธีจัดเก็บข่าวสารรหัสภาพสื่อข่าวสาร (Infographic Code) ดังกล่าว ยังสามารถนำมาปรับแสดงเป็นหน้าจอสรุปรข่าวสารพัฒนาคูณภาพชีวิต (Dashboard) หรือฝั่งการติดตามความคืบหน้าของภารกิจ (Cockpit) สำหรับผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานระดับชุมชน เพื่อติดตามความก้าวหน้าในภาพรวมของการดำเนินงานร่วมกับ เด็กและผู้ปกครองกลุ่มเป้าหมาย ถือเป็นบทบาทหน้าที่ (Role and Function) สำคัญ ขับเคลื่อน และขยายความครอบคลุมในโซน 10 และโซนอื่น ในเขตลาดกระบัง อันเป็นบทบาทสำคัญของ "ศูนย์รังสรรค์นวัตกรรมระดับชุมชน"

กระบวนการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการ ของหน่วยให้บริการทางสังคมของ 5 หน่วยบริการ ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ (Close Contact Service Providers) ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 45 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โซน 10 โรงเรียนเคหะชุมชนลาดกระบัง โรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชลาดกระบัง และสำนักงานเขตลาดกระบัง ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในครัวเรือนเปราะบางที่มีเด็กอายุ 15 ปี ลงไป จนรวมถึงหญิงตั้งครรภ์ สะท้อนวิถีการ

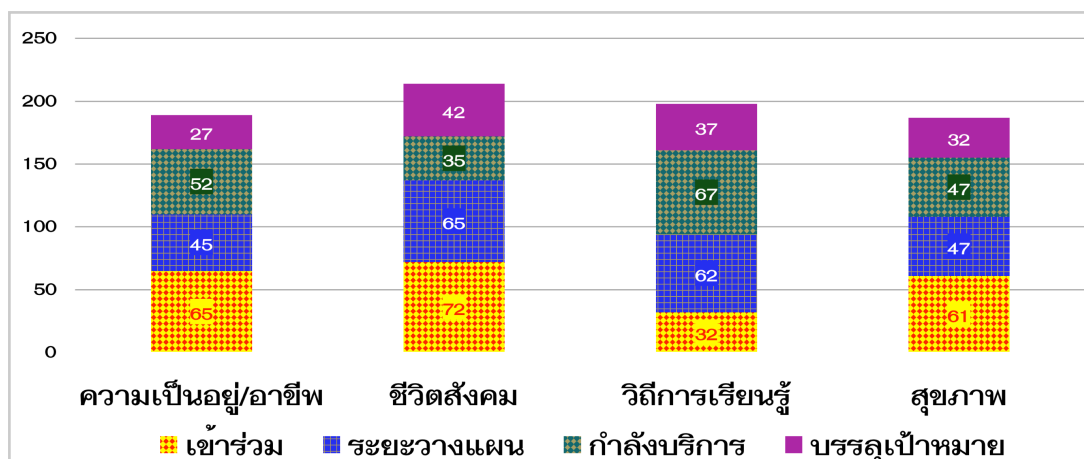
ร่วมกันวิเคราะห์ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ภาพเชิงบวกของภาวะความยากจน หรือความขัดสน) ตลอดจน นำมาใช้ประเมินความเร่งด่วนที่ต้องได้รับบริการ บริการที่ซับซ้อนและต้องจัดให้ต่อเนื่อง กับกลุ่มที่เป็นไปตามเกณฑ์

ภาพที่ 19 ผลการประเมินเด็ก และครอบครัว หรือครัวเรือนที่เปราะบาง ในศูนย์รณรงค์นวัตกรรมชุมชน 10 เขตละตกระบัง ซึ่งใช้กรณีศึกษาที่เลือกจาก 345 ครัวเรือน ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็น Sandbox ในระดับชุมชน คัดแยก (Triage) ผู้ควรได้รับบริการตามความเร่งด่วน การบริการที่ต่อเนื่อง เด็กและผู้ปกครองมีการพัฒนาตามเกณฑ์



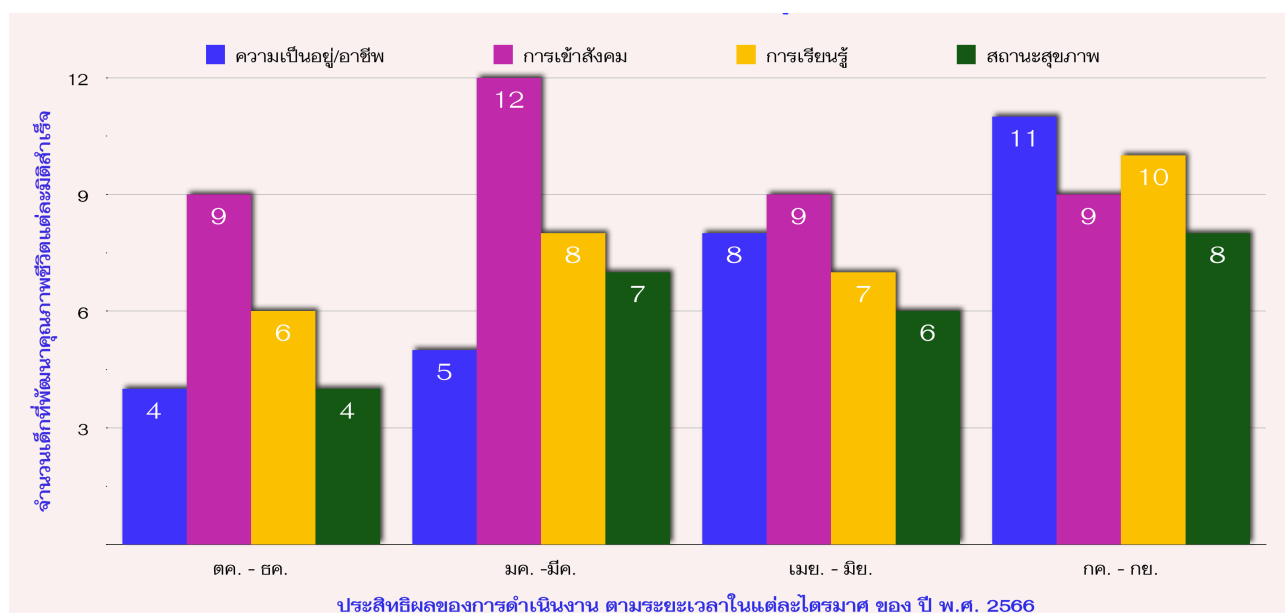
กลุ่มเป้าหมายเด็ก จำนวน 47 คน จากครัวเรือน 20 หลังคาเรือน ที่เลือกมาจาก 345 ครัวเรือน ที่ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ ร่วมกันโดยใช้ข้อมูลข่าวสารที่ทำการวัดประเมิน (Assessment) โดย พยาบาล จนท.สาธารณสุข นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์จากศูนย์สาธารณสุข คุณครู จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนการเคหะฯ โรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภช และนักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานเขตลาดกระบัง นำมาแลกเปลี่ยน และยืนยัน (Confirm) กับข้อมูลข่าวสารที่ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน โดยใช้การสังเกตสอบถามอย่างมีระเบียบวิธี จากผู้ปกครองและเด็กอย่างต่อเนื่อง จนได้เป็นข่าวสารที่นำมา นำมาใช้คัดแยก (Triage) ตามความเร่งด่วน (Emergency) ที่ต้องได้รับบริการทันที เนื่องจากภาวะคุกคามอันตรายมากตามข้อบังคับของกฎหมาย หรือเป็นการให้บริการที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง จากความซับซ้อน (Complexity) ของการนัดหมายเข้ารับบริการ และความไม่แน่ชัดในผลลัพธ์ของบริการ (Uncertainty) ซึ่งจะต้องนำมาปรับใช้เป็นเป้าหมายบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะสั้น (ต่ำกว่า 1 ปี)

ภาพที่ 20 การแสดงตัวอย่างผังข่าวสาร (Dashboard) รายงานจำนวนเด็ก ที่ผู้ปกครองเข้าร่วมวางแผนร่วมบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่บรรลุเป้าหมาย ในปี 2565 ของหน่วยบริการและชุมชนในโซน 10 เขตลาดกระบัง



ทีมวิจัยนวัตกรรมคุณภาพชีวิตระดับชุมชน จึงต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสื่อความเข้าใจกับเด็กและผู้ปกครอง จนสามารถคาดประมาณเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีข้างหน้า หากเข้ารับบริการทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ตามที่จัดให้ได้ ดังตัวอย่างในภาพที่ 20 แสดงให้เห็นว่า หากทีมวิจัยนวัตกรรม (Innovation Sandbox) สามารถทำงานต่อเนื่องไปตลอดปี 2565 อาจขยายภาระงานให้ครอบคลุมจำนวนครัวเรือน และจำนวนเด็กที่เข้ารับบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในโซน 10 โดยมุ่งเป้าไปที่สภาวะคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของเด็ก พร้อมกันนั้น หากมีชาร์ตแสดงคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเข้ามาด้วย ก็จะเห็นภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัว และเด็กไปด้วยกันเป็นภาพรวมของการลดครอบครัวเปราะบางลง

ภาพที่ 21 การแสดงตัวอย่างผังข่าวสาร (Dashboard) รายงานจำนวนเด็กที่ครอบครัวเข้าร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตจนประสบผลสำเร็จในการยกระดับคุณภาพชีวิตขึ้นถึงเกณฑ์กำหนด ในแต่ละมิติที่รายงานในแต่ละไตรมาส



ภาพที่ 20 และ 21 เป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้ดัชนีชี้วัด และแพลตฟอร์มดิจิทัล ที่รองรับแพลตฟอร์มบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กจากครอบครัวเปราะบางอย่างเป็นระบบจะเอื้อให้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเสริมหนุนเป็นฐานหลักรองรับระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ และนำมาใช้ในการวางแผนการจัดการข่าวสารของระดับเขต และกทม. ทำให้ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และนักวิชาการแต่ละสำนักฯ เข้าใจ และตระหนักถึงประเด็นปัญหาทั้งจากรายละเอียดของบริการที่แยกย่อย และภาพรวมในการตอบสนองต่อนโยบายได้อย่างชัดเจน ชัยช่วยในการวางแผนจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ กำลังคน และเทคโนโลยีลงสู่การปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### 4 ผังเส้นทางการใช้บริการ (journey of user) กับบทเรียนสู่แผนงานในชุมชน

ศูนย์วิจัยนวัตกรรม 3 ระดับ (ภาพที่ 13 และภาพที่ 18) เป็นการพลิกวิถีใช้ข่าวสารชุมชนและครอบครัว และพลิกโฉมแนวคิดใหม่ (new mindset) จากการใช้ข่าวสารที่ได้จากการสำรวจ ไปสู่ การวิเคราะห์แผนผังเส้นทางการใช้บริการ (journey of users) ทางสังคมและสุขภาพ เนื่องจาก เด็กและเยาวชนจากครอบครัวเปราะบาง ไม่อาจเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม ที่ผู้ให้บริการของทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ต่างมีเป้าประสงค์ เงื่อนไขและระเบียบวิธีการส่งต่อ ที่แตกต่างกัน จึงได้ปรับใช้ผังเส้นทางการใช้บริการให้สนองตอบต่อบทบาทสำคัญ ดังนี้

1. **สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน** ระหว่างผู้ให้บริการทางสังคมและสุขภาพ ที่เชื่อมโยงการดูแลตนเอง (Self care) ปฐมภูมิ (Primary Care Providers) และทุติยภูมิ กับตติยภูมิ (Secondary and Tertiary Care Providers) เข้าด้วยกันเป็นห่วงโซ่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

2. สร้างการตัดสินใจร่วมกัน ผ่าน "ผังเส้นทางการใช้บริการเสมือน (Virtual Service Navigator)" ให้ผู้ใช้บริการ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก และนำมาปรับใช้เป็นแผนเส้นทางการใช้บริการ

3. การจัดระบบข่าวสารสำหรับติดตาม และประเมินผลการจัดบริการ และการดูแลตนเอง ของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนเด็กเติบโตผ่านช่วงอายุต่าง จนถึงอายุ 15 ปี ให้เรียนรู้ และร่วมกันปรับปรุงระบบการให้บริการได้อย่างเท่าทันสถานการณ์ปัญหา

การทดสอบการร่วมจัดทำผังเส้นทางการใช้บริการ ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง กับ ผู้ให้บริการทางสังคมและสุขภาพในพื้นที่ชุมชน สรุปเป็นขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเข้าใจรู้ลึกถึงเหตุปัจจัยแห่งปัญหา

การทำความเข้าใจ และ วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของเด็กและภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นกับเด็กในปัจจุบัน และการย้อนมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กในอดีต เพื่อค้นหาเหตุปัจจัยแท้จริง ที่ก่อเกิดเป็นข้อจำกัดต่อคุณภาพชีวิต ในปัจจุบัน

#### 2. ขั้นตอนร่วมตัดสินใจจัดเตรียมแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต เติบโตตามศักยภาพ

ทีมผู้ให้บริการได้พิจารณาบริการทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ที่เด็ก/ผู้ปกครองควรได้รับ ตามความสำคัญและความเร่งด่วน ร่วมกับบุคลากร/หน่วยงานที่มีหน้าที่ แก่ไข และปรับปรุง คุณภาพชีวิตแต่ละด้านวิชาชีพ โดยตรง เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต/เติบโตตามศักยภาพ และนำไปสื่อสารกับผู้ปกครองให้ร่วมตัดสินใจ

#### 3. ขั้นตอนติดตามผลการร่วมจัดบริการ

การจัดบริการด้วยการสร้างข่ายงานของชุมชน อาสาสมัคร ผู้ให้บริการจากหน่วยบริการในชุมชน ทั้ง 5 หน่วยงานในพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนในระดับ กทม. และส่วนกลาง ทั้งภาครัฐ และเอกชน เข้าร่วมเติมเต็มผังเส้นทางการจัดบริการ และการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

### กรณีตัวอย่างที่หนึ่ง จากศูนย์รังสรรค์นวัตกรรม : น้อง ป. อายุ 5 ปี

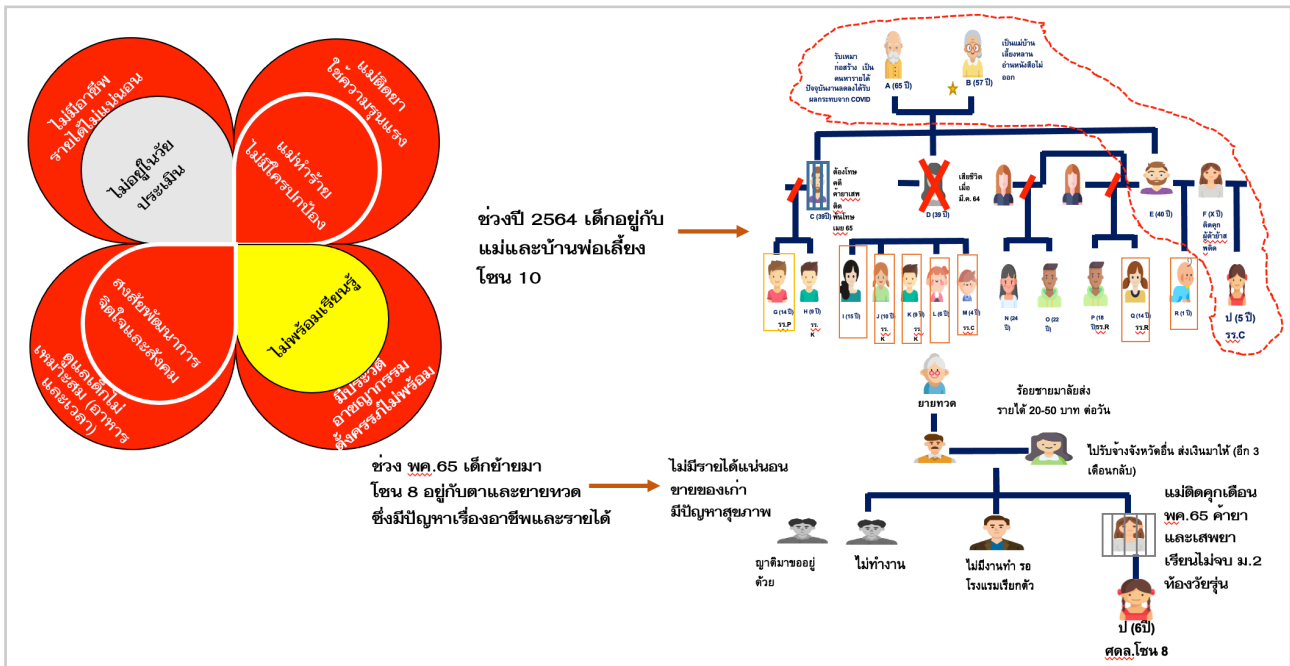
ครูพี่เลี้ยงเห็นน้อง ป. มาศูนย์เด็กเล็กด้วย อาการเหม่อลอย ซึม พัฒนาการทางจิตสังคมไม่พร้อม มักบาดเจ็บ และมีร่องรอยการทำร้ายจากแม่ที่เสพติดยา คนในบ้านและพ่อเลี้ยงไม่มีใครปกป้องสนใจน้อง ป. เพราะน้อง ป. เป็นลูกติดจากสามีเก่า แม่ของน้อง ป. ก็มักทำร้ายน้องวัยไม่ถึงขวบที่เกิดกับพ่อเลี้ยงคนปัจจุบัน แต่น้องยังมีกูปักขาคอยปกป้อง ซึ่งครอบครัวของพ่อเลี้ยงมีประวัติติดคุกเพราะยาเสพติดมาโดยตลอด

ต่อมาในเดือน พ.ค.65 ทางครอบครัวพ่อเลี้ยงโทรให้ตาที่อาศัยอยู่อีกโซนหนึ่งมารับน้อง ป. ไปเลี้ยง เพราะแม่ถูกจับติดคุกในคดีค้าและเสพยา ตาเต็มใจรับน้อง ป. มาอยู่ด้วย มียายทวดคอยดูแล น้อง ป. ได้เรียนศูนย์เด็กเล็กที่ใหม่ในชุมชน การติดตามของ อสส.โซน 10 ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ศบส.45 เมื่อเดือน มิ.ย.65 น้อง ป. มีแววดาแจ่มใส ร่าเริง เติบโตสมวัย มีความสัมพันธ์ที่ดี ได้รับความรักการดูแลจากตาและยายทวด ความกังวลของตา คือ อาชีพรายได้ที่ไม่แน่นอน พยายามเก็บเงินให้หลานได้ไปศูนย์เด็กเล็ก วันละ 20 บาท ตาหวังว่าลูกจะช่วยให้แม่ของเด็กได้รับการบำบัดเลิกยาและฝีกอาชีพ ตนเองไม่สามารถอบรมเลี้ยงลูกสาวได้อีกแล้ว ด้วยลูกสาวออกโรงเรียนกลางคันตั้งแต่ชั้น ม.2 คบผู้ชาย เกี่ยวข้องยาเสพติด ตั้งท้องไม่พร้อมเลี้ยงดู (ปัจจุบันแม่น้อง ป. อายุ 26 ปี) ดังภาพที่ 22

ขณะนี้ นักสังคมสงเคราะห์ ศบส.45 ร่วมกับ อสส. ตา และยายทวด ได้ข้อสรุปแผน (1) แผนประกอบอาชีพให้กับตาเปิดขายข้าวขาหมูหน้าบ้าน โดยยื่นเอกสารกับฝ่ายพัฒนาฯ ของเขตเพื่อเข้าคิวพิจารณาปีงบประมาณ 2566 ซึ่งตาเคยเปิดร้านข้าวขาหมูเลี้ยงครอบครัวแต่โดนไล่ที่ ไม่สามารถเสียค่าเช่าที่ใหม่ได้ จึงต้องมายึดอาชีพขายของเก่าและมีปัญหาสุขภาพทำงานหนักไม่ไหวจากอุบัติเหตุ ภรรยาจึงไปรับจ้างอยู่ที่สมุทรปราการ ส่งเงินกลับมาช่วยครอบครัว (2) ทีมปฐมภูมิเยี่ยมบ้านจาก ศบส. 45 จัดทำแผนเยี่ยมเด็กเพื่อดูพัฒนาการด้านจิตสังคม ที่ ศูนย์เด็กเล็ก เนื่องจากเด็กอาจได้รับผลจากการเคยถูกทำร้าย ดังภาพที่ 23



ภาพที่ 22 แสดงการวิเคราะห์ภาวะคุณภาพชีวิตร่วมกันของ อาสาสมัครในชุมชน กับผู้ให้บริการใกล้ชิดเด็ก ที่นำไปสนทนา หรือข้อสรุปกับผู้ปกครองของเด็ก จนยอมรับสถานะคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัวร่วมกัน

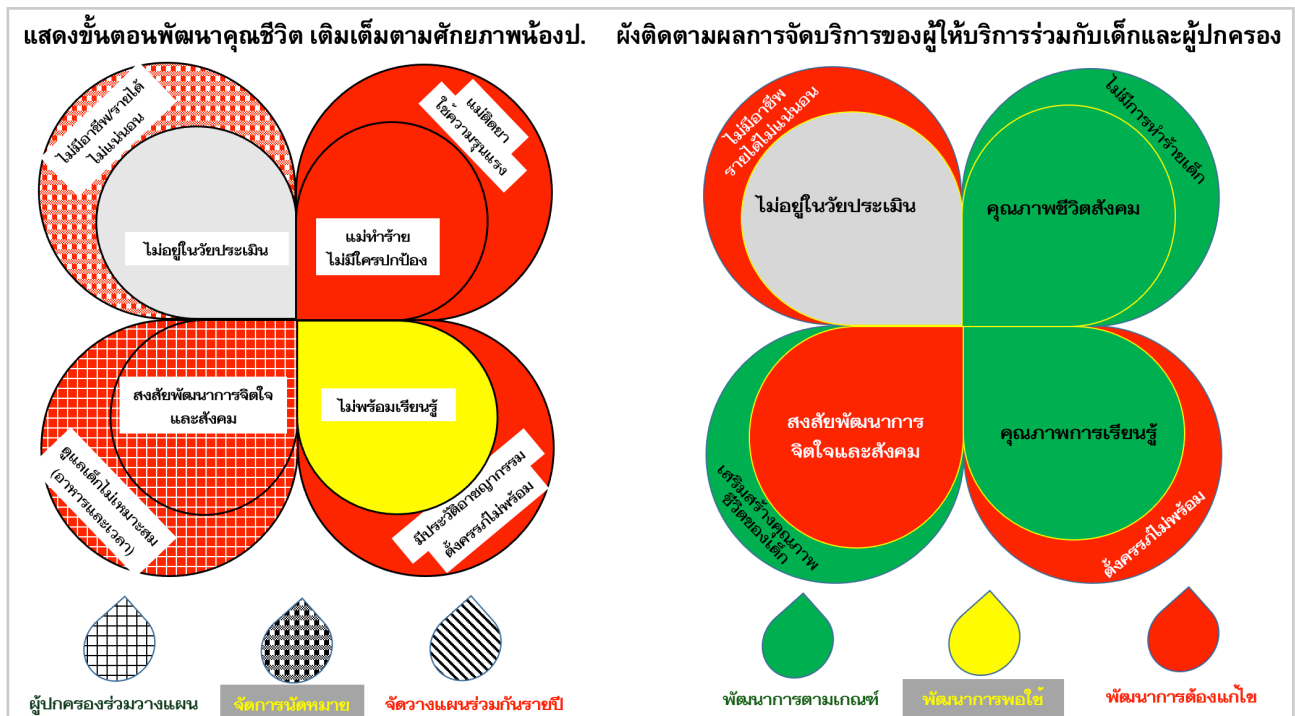


ภาพที่ 23 แสดงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก ร่วมกับผู้ปกครองที่ประกอบด้วยเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับผู้รับผิดชอบจัดบริการตามปกติ (Schedule) ที่ร่วมดำเนินการโดยหน่วยงานภายในเขตได้



การกำหนดเป้าหมาย และร่วมกันวางแผน ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ (เด็กและผู้ปกครอง) ที่สื่อผ่าน ทางอาสาสมัคร และผู้นำชุมชนอย่างใกล้ชิด จะแสดงผลการดำเนินงานเป็นผังภาพ ดังภาพที่ 24 สู่เครื่องรับโทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) ของผู้ปกครองและเด็ก เพื่อให้รับรู้ถึงการร่วมทำงานต่อเนื่อง และพร้อมที่จะรับคำถามผ่านระบบ Line ทางโทรศัพท์มือถือ ในกรณีที่มีข้อสงสัย หรือข้อข้องใจต่าง ๆ นอกจากนั้น ในช่วงติดตามผลการรับบริการ ยังสามารถใช้เป็นระบบการเตือนเมื่อถึงวันนัดหมายได้ด้วย

ภาพที่ 24 แสดงขั้นตอนการเป้าหมายและแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นรายปี ที่เชื่อมโยงไปยังการติดตามผลสัมฤทธิ์ของการจัดบริการที่ต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นในโทรศัพท์มือถือ ของเด็กและผู้ปกครอง



กรณีตัวอย่างที่สอง จากศูนย์รังสรรค์นวัตกรรม : น้อง ท. อายุ 10 ปี และน้อง อ. อายุ 7 ปี

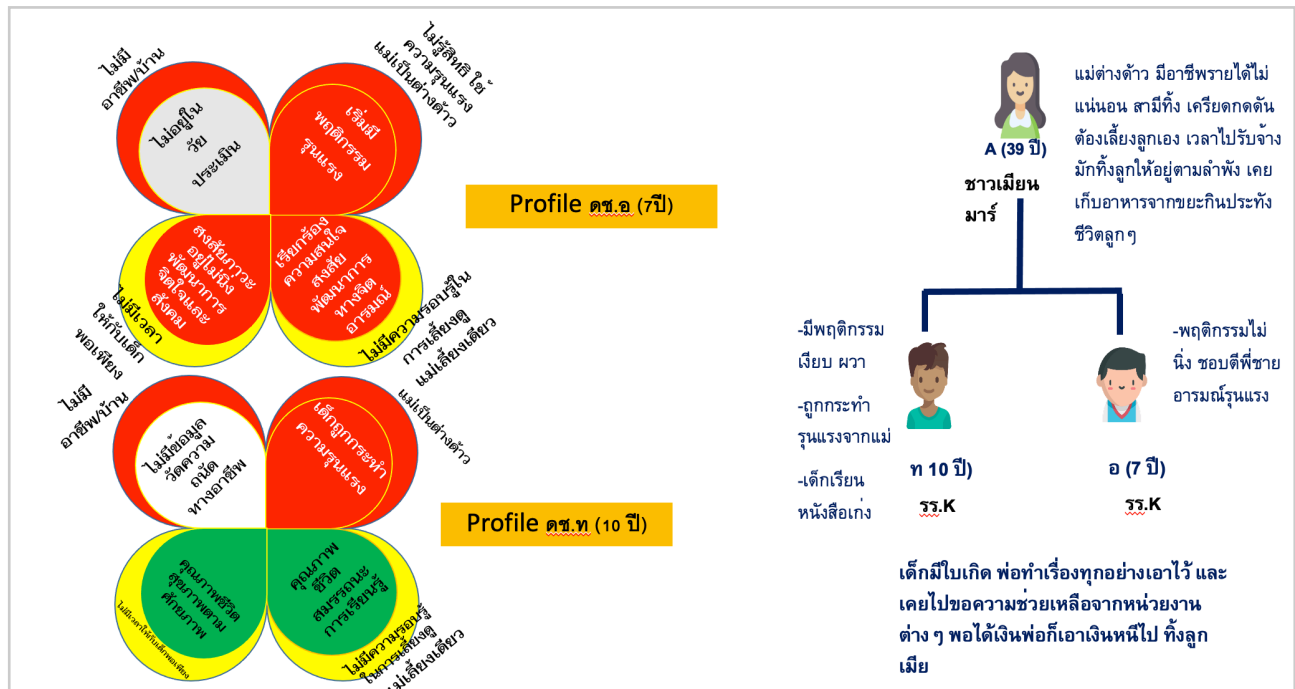
**ครูประจำชั้น** พบว่า น้อง อ. สงสัยภาวะอยู่ไม่นิ่ง เริ่มมีพฤติกรรมรุนแรง สนทนากับเพื่อนในห้องที่มีพฤติกรรมก่อการวิวาท และใช้ช้อนทำร้ายเพื่อน โดยรับข้อมูลส่งต่อน้อง อ.จาก ครู ศูนย์เด็กเล็ก ว่าน้อง อ.มีภาวะอยู่ไม่นิ่งและเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ช่วงที่น้อง อ. และพี่ชาย คือ น้อง ท. เรียนที่ ศูนย์เด็กเล็ก เป็นช่วงที่พ่อคนไทยทิ้งแม่ไป ทำให้แม่ที่เป็นคนต่างดาวเครียดอยู่ไม่นิ่ง ได้ทำร้ายน้อง ท. (พี่ชาย) อย่างรุนแรงบ่อยๆ รวมถึงบังคับใช้ให้น้อง ท. ไปเจรจาต่อรองขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์กับพ่อ ต่อนาน้อง อ. ครู ที่ศูนย์เด็กเล็ก ได้ช่วยเหลือแม่ในทุกด้านมาตลอด รวมถึงให้คำปรึกษาแนะนำไม่ให้ทำร้ายเด็ก จนแม่ของเด็กรู้สึกได้ว่า ครู และ อสส. เป็นเหมือนแม่คนที่สอง ขณะนี้ น้อง ท.พี่ชายน้อง อ.อยู่ชั้น ป.4 ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมาอยู่ในระดับดีมาก ถนัดคณิตศาสตร์ ในช่วงโควิดเรียนออนไลน์ ผลการเรียนรู้ของน้อง ท.ตกลงมาที่ปานกลาง อย่างไรก็ดี น้อง ท.ยังมีอาการหวาดผวา เจ็บ สรุปลงภาพที่ 25

โรงเรียนได้ประสานกับ ศบส.45 ส่งน้อง อ.เข้าสู่บริการตรวจประเมินจากนักจิตวิทยา เพื่อวางแผนช่วยเหลือ ในขณะเดียวกันน้อง ท. พี่ชาย ควรเข้ารับบริการเพราะมีประสบการณ์ได้รับความรุนแรงในวัยเด็กที่อาจเป็นบาดแผลทางจิตใจ และ อสส.ได้ช่วยเหลือให้แม่มีงานทำมีรายได้ประจำเป็นแม่ครัว รวมทั้งการระดมทุนจากมูลนิธิแห่งหนึ่งในการช่วยเหลือแม่และเด็กเป็นรายเดือน จนกว่าเด็กทั้งสองคนจะจบการศึกษา คณะ กก.ชุมชน กำลังพิจารณาช่องทาง การต่อหนังสือทำงานต่างดาวของแม่ที่ขาดอายุไปในช่วงโควิด ซึ่งมีค่าใช้จ่ายมาก และหากทำไม่ถูกต้องทางแม่อาจถูกกักตัวอยู่ที่พม่า ลูกทั้งสองคนจะถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีใครดูแล ดัง ภาพที่ 25 กรณีนี้ แสดงให้เห็นชีวิตครอบครัวที่ต้องรับภาวะกดดันทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนไม่อาจเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ได้โดยง่าย

แม่ของเด็กทั้งสองจึงอยู่ในภาวะ "จนตรอก" และยินยอมรับความช่วยเหลือจากทีมอาสาสมัครในชุมชน และผู้ให้บริการทางสังคม การศึกษา และสุขภาพ จากหน่วยบริการใกล้ชิดในพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ของเด็กทั้งสอง อย่างชัดเจนต่อเนื่อง ดังภาพที่ 26

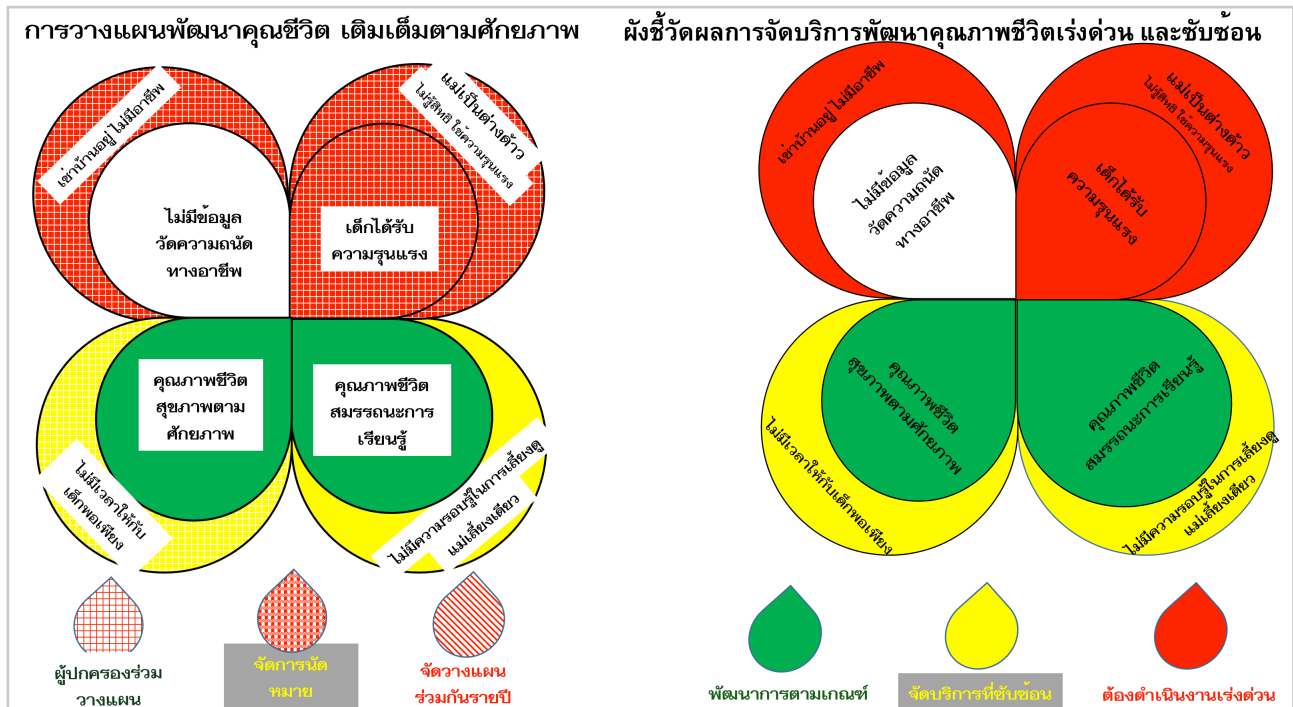
ภาพที่ 25 ภาพการวิเคราะห์สถานะคุณภาพชีวิต ของพี่น้อง 2 คน ซึ่งเลี้ยงดูโดยแม่เลี้ยงเดี่ยวที่ถูกพ่อทอดทิ้ง โดยอาสาสมัครชุมชน ร่วมกับผู้ให้บริการใกล้ชิดเด็ก เข้าร่วมสนทนา หารื้อข้อสรุป กับผู้ปกครองของเด็ก จนยอมรับและเข้าใจภาวะคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้ง 2 ใน 4 มิติ คุกคามต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก



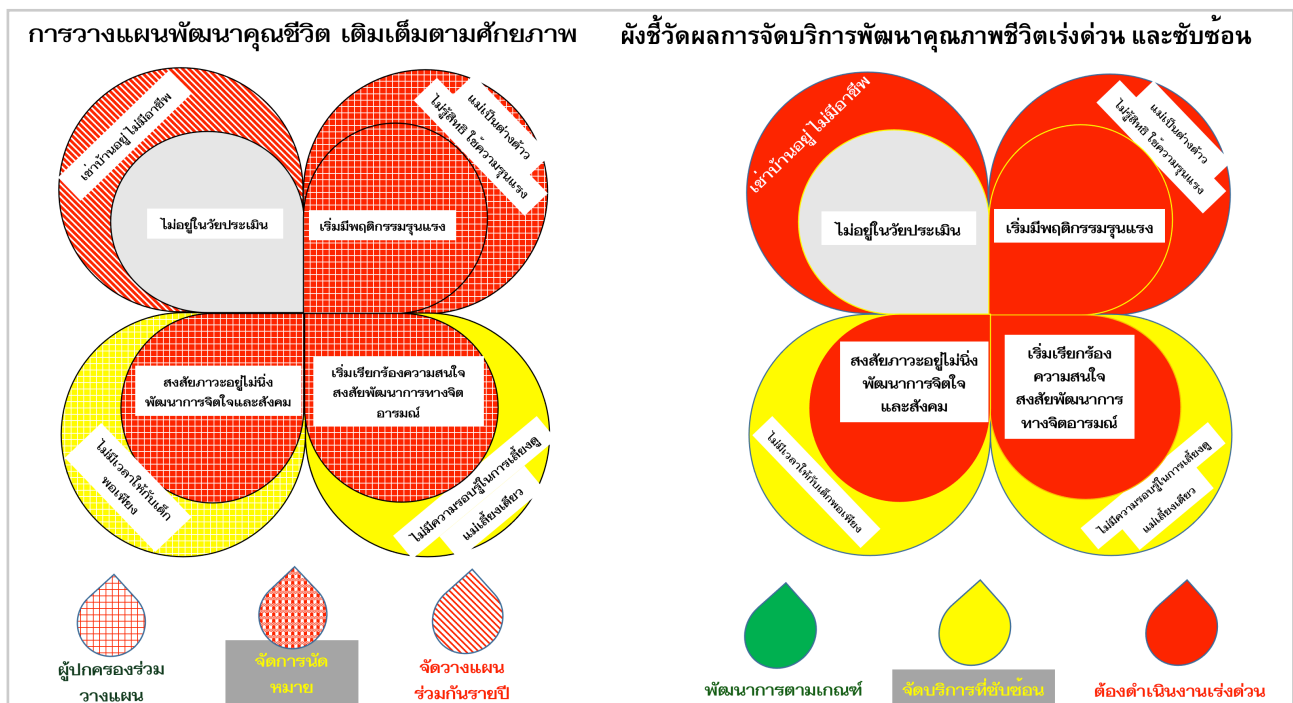
ภาพที่ 26 ผังแสดงการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ของเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ที่ประกอบด้วยเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับผู้รับผิดชอบจัดบริการที่สามารถดำเนินการได้ปกติในชุมชน และบริการที่สับสนต้องส่งต่อหน่วยงานต่างระดับในเขตเดียวกัน

เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน และแผนบริการ	ระยะเวลา
<b>A</b> (39 ปี) เป้า 1. ได้มีอาชีพ และรายได้ 2. ได้คำปรึกษาครอบครัวจนสามารถดูแลได้เหมาะสม	1. กก.ชุมชนประสานแหล่งช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ครอบครัว ให้ความช่วยเหลือเรื่องรายได้โดยจ้างทำงานในชุมชน 2. กก.ชุมชนทำเรื่องไปที่เขตขอฝึกอาชีพ 3. กก.ชุมชนติดต่อเรื่อง สัญชาติ การขออนุญาตทำงาน	ดำเนินการได้ทันที ในงบประมาณ 2566
<b>ท</b> (10 ปี) ป4 การเรียนรู้ ค2 สงสัยจิตอารมณ์ สื่ออาชีพ ก5 เสียไม่ได้เรียน เป้า 1. ได้ตรวจประเมินจิตอารมณ์และคำปรึกษาครอบครัว 2. ได้เรียนหนังสือและวัดความถนัด	1.1 รร.เคหะ + ศบส.45 1. ครูทำเรื่องส่งตรวจประเมินไป ศบส. สื่อสาร ผปค. 2. ศบส. สื่อสารแจ้งนัดเด็กและ ผปค. ตรวจประเมิน 3. ศบส. แจ้งแผนจัดบริการ 1.1 รร.เคหะ + สบง.เขต 1. ครูส่งเสริมการเรียนรู้และความถนัด 2. โรงเรียนจัดหาทุนให้เรียนต่อเนื่องโดยประสานกับเขตและแหล่งช่วยเหลือ	ภายใน 1 สัปดาห์ ภายใน 2 สัปดาห์
<b>อ</b> (7 ปี) ป1 เป้า 1. เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยภาวะไม่นิ่ง และปรับพฤติกรรมไขความรุนแรง	1.1 รร.เคหะ + ศบส.45 1. ครูทำเรื่องส่ง ศบส. สื่อสาร ผปค. 2. ศบส. สื่อสารแจ้งนัดเด็กและผปค. ตรวจประเมิน 3. ศบส. แจ้งแผนจัดบริการ	ภายใน 1 สัปดาห์ ภายใน 2 สัปดาห์

ภาพที่ 27 แสดงขั้นตอนการเป้าหมายและแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และเด็กชาย ท. เป็นรายปี ที่เชื่อมโยงไปยังการติดตามผลสัมฤทธิ์ของการจัดบริการที่ต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นในโทรศัพท์มือถือ ของเด็กและผู้ปกครอง



ภาพที่ 28 แสดงขั้นตอนการเป้าหมายและแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และเด็กชาย อ. เป็นรายปี ที่เชื่อมโยงไปยังการติดตามผลสัมฤทธิ์ของการจัดบริการที่ต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นในโทรศัพท์มือถือ ของเด็กและผู้ปกครอง



ในกรณีครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวและลูกทั้งสองคน เป็นการแสดงให้เห็นทั้งการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก ที่ต้องคำนึงถึงการเสริมหนุนให้แม่ ซึ่งมีฐานะเป็นคนต่างด้าว ทำให้ไม่อาจเข้าถึงสิทธิหลายประการ แต่ก็ควรได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูลูกทั้งสองคนให้เติบโตอย่างมั่นคงต่อไปในอนาคต

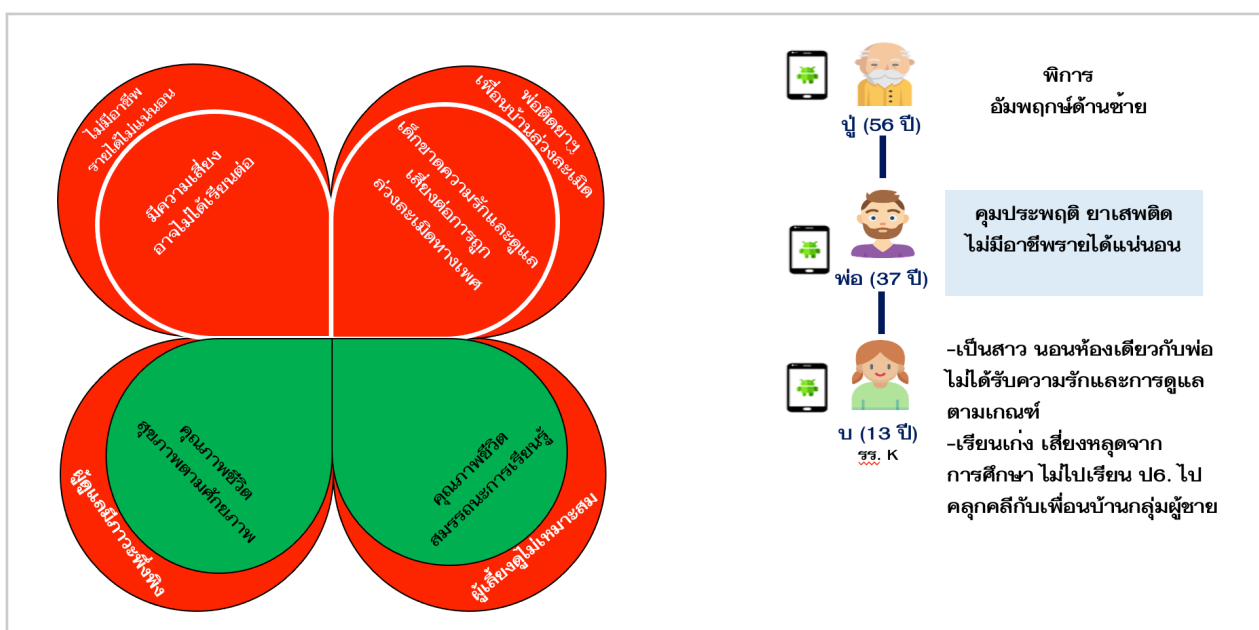
กรณีตัวอย่างที่สาม จากศูนย์รังสรรค์นวัตกรรม : น้อง บ. อายุ 12 ปี

ฝ่ายพัฒนาสังคมและสวัสดิการของเขต ได้รับข้อมูลจาก ครู ว่าตญ. บ ไม่มาเรียนต่อ ป 6 เกือบเดือนแล้ว ครูโทรศัพท์ไปตาม พ่อให้เหตุผลว่าน้องปวดประจำเดือน น้อง บ.เป็นเด็กเรียนดี มักไปโรงเรียนในสภาพมอมแมม มีกลิ่นตัว ครูเคยไปเยี่ยมบ้านเด็ก แต่ไม่ได้ให้เข้าบ้าน และไม่ได้พูดคุยกับบิดา ช่วงโควิดเรียนออนไลน์ น้องไม่เคยเข้าเรียนแต่ทำการบ้านส่งได้ครบ นอกจากนี้ ข้อมูลจาก อสส.พบว่า เด็กอยู่กับพ่อที่เคยติดคุก ถูกคุมประพฤติเรื่องเสพยาไอซ์ ทุกวันพ่อไม่ทำงาน และเก็บตัวอยู่ในห้องทั้งวัน อาศัยเงินงสีของปู่เด็กที่เป็นอัมพฤต โดยใช้น้อง บ เป็นคนทำทุกอย่างให้ รวมถึงการไปเก็บเงินแบ่งเช่าค่าน้ำไฟ และรับจ้างเล็กๆ น้อย จากเพื่อนบ้านชายที่อยู่บ้านตรงข้าม ซึ่งมีท่าที่ชั่วสาวกับ ตญ. บ จนปู่และป้าที่อาศัยอยู่ใกล้ๆ ไม่พอใจในพฤติกรรมเพื่อนบ้าน และน้อง บ แต่ป้าไม่กล้ายุ่งเพราะกลัวถูกพ่อเด็กทำร้าย อสส.และเพื่อนบ้านก็เห็นการคลุกคลี และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การนั่งตักกัน เด็กเริ่มใส่เสื้อไม่มิดชิดออกจากบ้านในตอนกลางคืนบ่อยๆ

ที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า เด็กมีความเสี่ยงที่จะหลุดจากการศึกษา ไม่เรียนต่อ ป.6 และเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังภาพที่ 22/2 ฝ่ายพัฒนาสังคมเขตจึงได้ให้ อสส.นัด พ่อ ปู่ และป้ามาร่วมวางแผนการจัดบริการการศึกษา และการเลี้ยงดูเด็ก ร่วมกับทีมคุณครู ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองในการให้เด็กกลับไปโรงเรียน อีกทั้ง ได้ขอคูสภาพความเป็นอยู่เด็ก พบว่าเด็กนอนรวมห้องเดียวกับพ่อที่ยังใช้สารเสพติด สภาพห้อง และบ้านเต็มไปด้วยขยะ มีกลิ่นเหม็นจากเตียงนอนของปู่ที่เป็นอัมพฤต เหล็กดัดทุกชั้นถูกพ่ออังไปขาย คณะทำงานประเมินว่า ต้องจัดบริการเร่งด่วนในการคุ้มครองเด็กจากความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิด โดย ฝ่ายพัฒนาสังคมเขต ดำเนินการแจ้งไปยัง พม. ให้ อสส. และเพื่อนบ้านเฝ้าระวัง และพยาบาลเยี่ยมบ้านจาก ศบส. สร้างความสัมพันธ์ให้คำปรึกษากับเด็ก



ผลการติดตามดังภาพที่ 24/3 ในด้านการศึกษา เด็กกลับมาเรียนหนังสือทุกวัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า ให้ป้าที่อยู่ใกล้ๆ ถักผมเปียให้ โรงเรียนได้สนับสนุนอาหารเด็ก 3 มื้อและให้น้ำกลับบ้านไปให้ปู่และพ่อ ในด้านการคุ้มครองเด็กเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิด โดยฝ่ายพัฒนาสังคมเขต ทีมบ้านพักเด็กจาก พม. ดำรวจร่วมกับอัยการ นักสังคม ศบส.45 ครู และ อสส. แม้ปู่และป้าตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดเด็ก เป็นพยานลงชื่อสนับสนุนการแยกเด็กไปในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม แต่บิดาไม่ยินยอม จึงอยู่ในกระบวนการสนับสนุนให้พ่อเด็กกลับมาสามารถดูแลได้ การแยกเด็กไปในสภาพแวดล้อมใหม่จะต้องรอหลักฐานผลจากกระบวนการประเมินจิตวิทยาเด็กโดยให้บิดาพาเด็กไปพบทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ รพ.รามาที่ให้บริการตรวจทุกวันพฤหัสบดี หรือรอหลักฐานชี้ว่าเด็กได้รับการกระทำลามก อนาจาร ล่วงละเมิดทางเพศ หรือถูกทารุณกรรม

ภาพที่ 29 ผังแสดงระดับความเร่งด่วน ในการจัดบริการสังคม เพื่อปกป้องคุ้มครอง ตญ. บ. จากภาวะคุกคาม

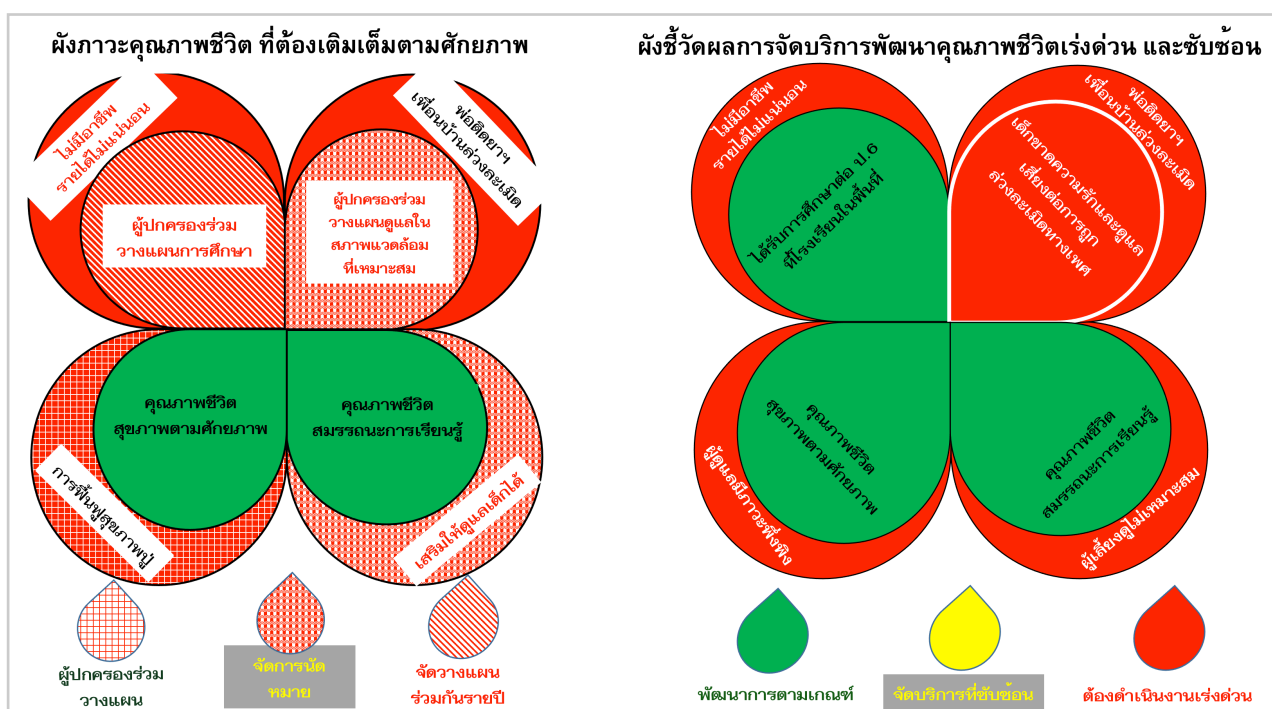




ภาพที่ 30 แสดงการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ดญ. บ. ร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับผู้รับผิดชอบจัดบริการ ทั้งในระดับที่ต้องดำเนินการอย่างฉุกเฉิน และสืบสน

	เป้าหมาย	แนวทาง	ระยะเวลา
 <b>ดญ.บ (13 ปี)</b> <b>รร. K</b>	<b>1. กลับเข้าไปเรียนต่อชั้น ป.6</b> <b>2. ลดภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดทางเพศ</b>	<b>1. ดูกับผู้ปกครองและเด็กทั้งเรื่องอนาคตจากการเรียน และเรื่องการศึกษาภาคบังคับ เพื่อให้ทางเลือก การมาเรียนที่เดิม หรือ เปลี่ยนสถานที่เรียน โดย ครู (ร่วมกับนักสังคม ฝ้ายพัฒนาฯ สนง.เขต และพยาบาลเยี่ยมบ้าน นสค.จาก ศบส.)</b> <b>2. พยาบาลเยี่ยมบ้านและนักสังคมให้คำปรึกษาเชิงลึกเด็กที่ ศบส.</b> <b>3. ประเมินความจำเป็นการคุ้มครอง แยกเด็ก (เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม) โดย ฝ้ายพัฒนาฯ สนง.เขต ร่วมกับ อสส. นสค.ศบส.45</b> <b>4. จัดกระบวนการคุ้มครองเด็ก โดย ฝ้ายพัฒนาฯ สนง.เขต ทีมบ้านพักเด็ก อัยการ ร่วมกับ ครู อสส. นสค.ศบส.45</b>	<b>ภายใน 1 สัปดาห์</b>  <b>ต่อเนื่อง 1-3 เดือน</b>  <b>ภายใน 1 เดือน</b>  <b>ภายใน 1 เดือน</b>
 <b>พ่อ (37 ปี)</b> พ่อติดยาและเคยติดคุก ไม่มีอาชีพ สภาพที่อยู่คุ้มครองเด็กไม่ได้	<b>1. ร่วมมือสนับสนุนลูกให้เรียนต่อ</b>	<b>1. สร้างสัมพันธ์เรื่องการช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สมาชิกในครอบครัว (ซ่อม ท่อน้ำ ที่นอนของปู่) โดย ฝ้ายพัฒนาฯ และคณะกก.ชุมชน</b> <b>2. สร้างความตระหนักและคุยเรื่องอนาคตการเรียนของลูก และเรื่องการศึกษาภาคบังคับ จนทำเป็นข้อตกลงลายลักษณ์อักษร โดย ครู และฝ้ายพัฒนาฯ</b> <b>3. ประเมินความกดดันและสนใจเรื่อง ฝ้ายอาชีพ โดย ฝ้ายพัฒนาฯ</b> <b>4. ติดตามสนับสนุนให้คำปรึกษาปรึกษา โดย นสค. ศบส.45</b>	<b>ทำได้ใน 1 เดือน</b>  <b>ทำได้ใน 1 สัปดาห์</b>  <b>ทำใน 1 – 6 เดือน</b>
 <b>ปู่ (56 ปี)</b> Fg2 ภาวะพึ่งพิง อัมพฤกษ์	<b>ร่วมมือสนับสนุนหลานให้เรียนต่อ</b>	<b>1. การเยี่ยมบ้านเรื่องสุขภาพที่เป็นอัมพฤกษ์ โดย พยาบาลเยี่ยมบ้าน ศบส.45</b>	<b>① ทำแผนต่อเนื่อง</b>

ภาพที่ 31 แสดงขั้นตอนการเป้าหมายและแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และเด็กหญิง บ. เป็นรายปี ที่เชื่อมโยง ไปยังการติดตามผลสัมฤทธิ์ของการจัดบริการที่ต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นในโทรศัพท์มือถือ ของเด็กและผู้ปกครอง



กรณีการจัดทำแผนที่ต้องดำเนินงานอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นข้อกำหนดตามกฎหมาย ซึ่งก่อให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงานทั้งภายในพื้นที่เขต หน่วยงานจากส่วนกลาง ชุมชน และผู้ปกครองอย่างกว้างขวาง ทำให้ต้องสื่อความเข้าใจและตีความแนวทางปฏิบัติตามกฎหมายอย่างระมัดระวัง แต่ก็ยังเป็นโอกาสอันดี ทำให้ได้สื่อความเข้าใจกับผู้ปกครอง และชุมชน ให้ตระหนักถึงการดำเนินการที่ถูกต้องเหมาะสม และการดูแลเด็กและเยาวชนมิให้ถูกละเมิด จากผู้ปกครอง และเพื่อนบ้านที่อาศัยร่วมชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. ดร. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์ "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา : วิธีการแห่งศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 9 ตุลาคม 2560 <https://m.mgonline.com/daily/detail/9600000103010>
2. E. Davis, E. Waters, A. McKinnon, D. Reddihough, H.K. Graham, O. Mehmet-Radji, R. Boyd, "Pediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes", *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2006, 48: 311-318
3. R. Sharma, L. y, A. Qadri, L. Vignoles, "2017 Global Youth Wellbeing Index", The Internal Youth Foundation (IYF), Hilton, ISBN: 978-0692-92138-8
4. United Nations, "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development", Declaration of the Heads of State and Government and High Representatives, meeting at United Nations HeadQuarter in New York from 25 to 27 September 2015 as the Organization celebrates its seventieth anniversary on new global sustainable development goals.
5. S. Alkhere, et., al, "Global Multidimensional Poverty Index 2021: Unmasking disparities by ethnicity, caste and gender", by the United Nations Development Programme and Oxford Poverty & Human Development Initiative, 2021
6. โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และแก้ไขความยากจนแห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด, "รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กในประเทศไทย", สนับสนุนโดย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, UNICEF, พ.ศ. 2562
7. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, "รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2564" กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กันยายน พ.ศ. 2564
8. Oxford Poverty & Human Development Initiative and United Nation Development Program, "Global Multidimensional Poverty Index 2019: Illuminating Inequalities"
9. S. Alkiere and M.E. Santos, "Multidimensional Poverty Index", Oxford Poverty & Human Development Initiative, July 2010
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม "รายงาน ความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2564" เป็นการจัดเก็บข้อมูลใน ปี 2562 ซึ่งใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บใน พ.ศ. 2558/2559 ดีพิมพ์ เมื่อ กันยายน 2564
11. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น "แนวทางการพัฒนาระบบ Big Data ภาครัฐ" ระบบบริหารจัดการข้อมูลพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform) [oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER15/DRAWER052/GENERAL/DATA0000/00000589.pdf](http://oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER15/DRAWER052/GENERAL/DATA0000/00000589.pdf)
12. กองประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี "ข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีในการเป็นประธานและแสดงปาฐกถาพิเศษในพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดทำข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) และการนำระบบบริหารจัดการข้อมูลคนแบบชี้เป้า (TPMAP) มาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดิน" วันที่ 19 ธันวาคม 2561
13. สำนักงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ "โครงการการบริหารจัดการและการพัฒนาการนำข้อมูลขนาดใหญ่มาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดิน ในประเด็นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต" พ.ศ. 2564
14. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) แผนการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ ที่มุ่งหวังให้นำมาใช้ในหน่วยงานภาครัฐ ในการดำเนินงาน พ.ศ. 2565
15. บดี ธนะมณี "ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต" จุลาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 31 ฉบับที่ 10 ตุลาคม 2530

- 16.W. Phoolcharoen, "Evolution and development cycle of Thailand's Health System: From 'Health for all' to 'All for health'", Paper for technical discussion in 6<sup>th</sup> conference on Health Promotion on Policy and Partnership in Action: Addressing the determinants of Health, Bangkok, Thailand, 7 - 11 August 2005.
- 17.กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย "คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2560 - 2564" คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.) กรกฎาคม 2559
- 18.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ "สมุดปกครอบครัว" แก๊ไข่ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 สำหรับเตรียมใช้กับครัวเรือนเปราะบาง
- 19.สำนักนายกรัฐมนตรี "บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ราชครีวเรือน ระหว่าง 12 กระทรวง 1 หน่วยงาน" ระหว่างสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร จัดทำเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2564
- 20.M.E. Milakovich, "Digital Governance and Collaborative Strategies for Improving Service Quality", DOI: 10.5220/00050210010901 18 in Proceeding of the International Conference on Knowledge Management and information Sharing (KMIS-2014), pages 109 - 118, ISBN: 978-980-758-050-5, Science and Technology Publications, Lda, 2014
- 21.F. Bannister, R, Conolly, "Defining E-Governance", : <https://www.researchgate.net/publication/259733772>, Article in e-Service Journal. January 2012.
- 22.National Information Board, "Healthy Children: Transforming Child Health Information", NHS England Publications Gateway Reference 05454, Nov 2016.
- 23.ข้อตกลงระหว่าง กทม. DGA สสส. และ สวรส.
- 24.คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานชุมชนโซน 10 เขตลาดกระบัง
- 25.คู่มือการสนทนาสื่อสารการชี้วัดคุณภาพชีวิตครอบครัว และเด็ก สำหรับวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 26.H. Jarcho, "The Cynefin Framework", <https://jarcho.com/2020/07/cynefin/>, Posted 2020,