

รายงานความยากจนหลายมิติ ของเด็กไทย ปี 2565



คำนำ

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำรายงานความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ตั้งแต่ปี 2562 โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Surveys: MICS) ซึ่งจัดเก็บข้อมูลเกือบทุก 3 ปี เพื่อสะท้อนสถานการณ์ความยากจนของเด็กไทยในมิติอื่นนอกเหนือจากตัวเงิน ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิภาพเด็ก ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ และด้านสุขภาพ

รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กฉบับนี้ใช้ข้อมูล MICS ปี 2565 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุด โดยมีการปรับข้อคำถามและวิธีการจัดเก็บข้อมูล เนื่องจากข้อจำกัดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้บางตัวชี้วัดต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย อาทิ การตัดคำถามเกี่ยวกับการบริโภคเกลือไอโอดีน และการสอบถามพฤติกรรมการล้างมือ ซึ่งเดิมต้องตรวจสอบพื้นที่ล้างมือจริงในครัวเรือน การปรับเปลี่ยนดังกล่าวส่งผลต่อตัวชี้วัดที่ใช้ในการจัดทำดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก จึงจำเป็นต้องกำหนดมิติและตัวชี้วัดชุดใหม่ ทั้งนี้ สศช. ได้รับความร่วมมือทางวิชาการจาก Professor Sabina Alkire ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และแก้ไขความยากจน แห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford Poverty and Human Development Initiative: OPHI) ในการสนับสนุนข้อมูลและองค์ความรู้ รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สศช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กไทยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ และผู้ที่สนใจ ในการนำไปใช้ติดตามสถานการณ์และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาความยากจนของเด็กได้อย่างตรงจุด อันจะนำไปสู่การยุติความยากจนของเด็กในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
เมษายน 2569

สารบัญ

ส่วนที่ 1 บทนำ

1 ส่วนที่ 2 ความยากจน หลายมิติของเด็ก (CMPI)⁴

2.1 สถานการณ์ภาพรวม	5
2.2 ความรุนแรงของปัญหาความยากจนหลายมิติ ของเด็ก.....	6
2.3 องค์ประกอบ (Contribution to CMPI) ที่ ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็ก.....	6
2.4 เด็กยากจนหลายมิติจำแนกตามภูมิภาค.....	7
2.5 ฐานะครอบครัวและความยากจนหลายมิติ ของเด็ก.....	10
2.6 ความยากจนหลายมิติของเด็กตามช่วงวัย.....	11

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ ความยากจนหลายมิติ ของเด็กรายมิติ

12

3.1 มิติที่ปรับตัวดีขึ้น.....	13
3.1.1 ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่.....	13
3.2 มิติที่ปรับตัวแย่ลง.....	16
3.2.1 ด้านสวัสดิภาพเด็ก	16
3.2.2 ด้านพัฒนาการการเรียนรู้ และการศึกษา.....	21
3.2.3 ด้านสุขภาพ	25

ส่วนที่ 4 บทสรุปและ ข้อเสนอแนะ

30

4.1 บทสรุป.....	30
4.2 ข้อเสนอแนะ	32

บรรณานุกรม

34 ภาคผนวก

39

ภาคผนวก ก : นโยบาย/มาตรการที่สำคัญ.....	40
ภาคผนวก ข : การปรับตัวชี้วัด.....	45
ภาคผนวก ค : การเปรียบเทียบอัตราการขาดสน ในแต่ละตัวชี้วัด ระหว่าง MICS6 (ปี 2562) กับ MICS7 (ปี 2565).....	50

สารบัญภาพ

แผนภาพ 1 องค์ประกอบตัวชี้วัดดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย.....	2
แผนภาพ 2 ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2562 และ 2565.....	5
แผนภาพ 3 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติในประเทศไทย ปี 2562 และ 2565.....	5
แผนภาพ 4 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกตามระดับความขัดสน.....	6
แผนภาพ 5 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกรายภาค.....	7
แผนภาพ 6 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2565 จำแนกรายภาคและตัวชี้วัด.....	7
แผนภาพ 7 องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 จำแนกรายภาค.....	8
แผนภาพ 8 ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 จำแนกรายภาค.....	9
แผนภาพ 9 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2565 จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	10
แผนภาพ 10 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในแต่ละตัวชี้วัด ปี 2565 จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	10
แผนภาพ 11 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในแต่ละตัวชี้วัด ปี 2565 จำแนกรายกลุ่มอายุ.....	11
แผนภาพ 12 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกรายกลุ่มอายุ.....	11
แผนภาพ 13 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติมาตรฐานความเป็นอยู่ ปี 2562 และ 2565.....	13
แผนภาพ 14 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติสวัสดิภาพ ปี 2562 และ 2565.....	16
แผนภาพ 15 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามกำหนด ปี 2565 จำแนกตามพื้นที่.....	17
แผนภาพ 16 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมง ปี 2562 และ 2565.....	19
แผนภาพ 17 การกระทำที่ไม่เหมาะสมในเด็กบนสื่อออนไลน์.....	20
แผนภาพ 18 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติการศึกษา ปี 2562 และ 2565.....	21
แผนภาพ 19 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ปี 2565.....	23
แผนภาพ 20 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติสุขภาพ ปี 2562 และ 2565.....	25
แผนภาพ 21 สัดส่วนเด็กที่ยังกินนมแม่ ปี 2565 จำแนกรายอายุ.....	26
แผนภาพ 22 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ปี 2565.....	27
แผนภาพ 23 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ปี 2565.....	28
แผนภาพ ค.1 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในแต่ละตัวชี้วัด (CENSORED HEADCOUNT RATIO) ปี 2562 และ 2565.....	50

สารบัญตาราง

ตาราง 1 มิติ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ความขัดสนของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย (ชุดเดิม)	3
ตาราง 2 มิติ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ความขัดสนของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย (ชุดใหม่).....	3
ตาราง 3 องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2562 และ 2565	6
ตาราง ก.1 นโยบาย/มาตรการด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิภาพ และด้านการศึกษาที่สำคัญ	40
ตาราง ข.1 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติการศึกษา.....	45
ตาราง ข.2 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติสวัสดิภาพเด็ก	46
ตาราง ข.3 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติมาตรฐานความเป็นอยู่	47
ตาราง ข.4 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติสุขภาพ ครั้งที่ 1	48
ตาราง ข.5 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติสุขภาพ ครั้งที่ 2	49
ตาราง ข.6 องค์ประกอบของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก ปี 2565	49
ตาราง ค.1 เปรียบเทียบอัตราการขัดสนในเกณฑ์ความขัดสนแต่ละช่วงวัย ระหว่าง MICS6 และ MICS7	51

บทคัดย่อ

รายงานความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 เป็นการนำเสนอผลการติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2562 โดยใช้ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก (Child Multidimensional Poverty Index: CMPI) ซึ่งวัดความยากจนจากคุณภาพชีวิตที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตของเด็ก โดยในปี 2565 ได้มีการปรับปรุงตัวชี้วัด เกณฑ์อายุ และเงื่อนไขความขัดสนในทุกมิติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการคำนวณพบว่าดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กอยู่ที่ 0.124 ลดลงเล็กน้อยจากปี 2562 ที่ 0.128 โดยด้านสุขภาพมีส่วนส่งผลกระทบต่อความยากจนหลายมิติมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสวัสดิภาพเด็ก การศึกษา และมาตรฐานความเป็นอยู่ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่า เด็กอายุ 0-4 ปี มีสัดส่วนความยากจนหลายมิติสูงที่สุดถึงร้อยละ 53.90 สูงกว่าช่วงวัยอื่น 1-3 เท่า และมีความขัดสนในเกือบทุกด้าน ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยากจนหลายมิติแตกต่างกันไปตามช่วงวัย โดยเด็กปฐมวัยได้รับผลกระทบมากที่สุดจากด้านสุขภาพ ขณะที่เด็กวัยเรียนตอนต้นจากด้านสวัสดิภาพ และเด็กวัยเรียนตอนปลายจากด้านการศึกษา อีกทั้ง ยังพบว่า เด็กยากจนหลายมิติส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติสูงที่สุด และเกือบ 1 ใน 3 ของเด็กยากจนหลายมิติอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและดีมาก

สำหรับปัญหาในแต่ละมิติ พบว่า **ด้านสุขภาพ** มีเด็กยากจนหลายมิติจำนวนมากไม่ได้รับนมแม่เท่าที่ควร มีภาวะทุพโภชนาการจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ขาดสุขอนามัยพื้นฐาน และไม่ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษา ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากบริบททางสังคมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานที่ทำงานที่ขาดพื้นที่ให้นมบุตร หรือสิทธิและระยะเวลาลาคลอดที่ไม่สอดคล้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ **ด้านสวัสดิภาพเด็ก** การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้การเข้าถึงวัคซีนมีข้อจำกัด อีกทั้ง ยังพบปัญหาพ่อแม่/ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็กเล็ก อบรมสั่งสอนหรือลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง และปล่อยให้เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป **ด้านการศึกษา** พบปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น การขาดสื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างหนังสือ/สมุดภาพ และการขาดกิจกรรมร่วมระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก รวมถึงปัญหาการไม่ได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น และ**ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่** พบว่า เด็กยากจนหลายมิติจำนวนหนึ่งยังอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ใช้เชื้อเพลิงก่อกมลพิษในการประกอบอาหาร เข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการศึกษา และขาดสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานในการดำรงชีวิต

ทั้งนี้ การแก้ไขปัญหาความยากจนหลายมิติของเด็กควรมุ่งส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยสร้างความเข้มแข็งและความตระหนักรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้พ่อแม่และผู้ปกครอง ผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมบทบาทศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวในการดูแลเด็ก ตลอดจนเร่งแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความรุนแรงเฉพาะในบางพื้นที่

คำสำคัญ : ความยากจนหลายมิติของเด็ก เด็กยากจนหลายมิติ คุณภาพชีวิตเด็ก การศึกษา สุขภาพ สวัสดิภาพ มาตรฐานความเป็นอยู่

ส่วนที่

1

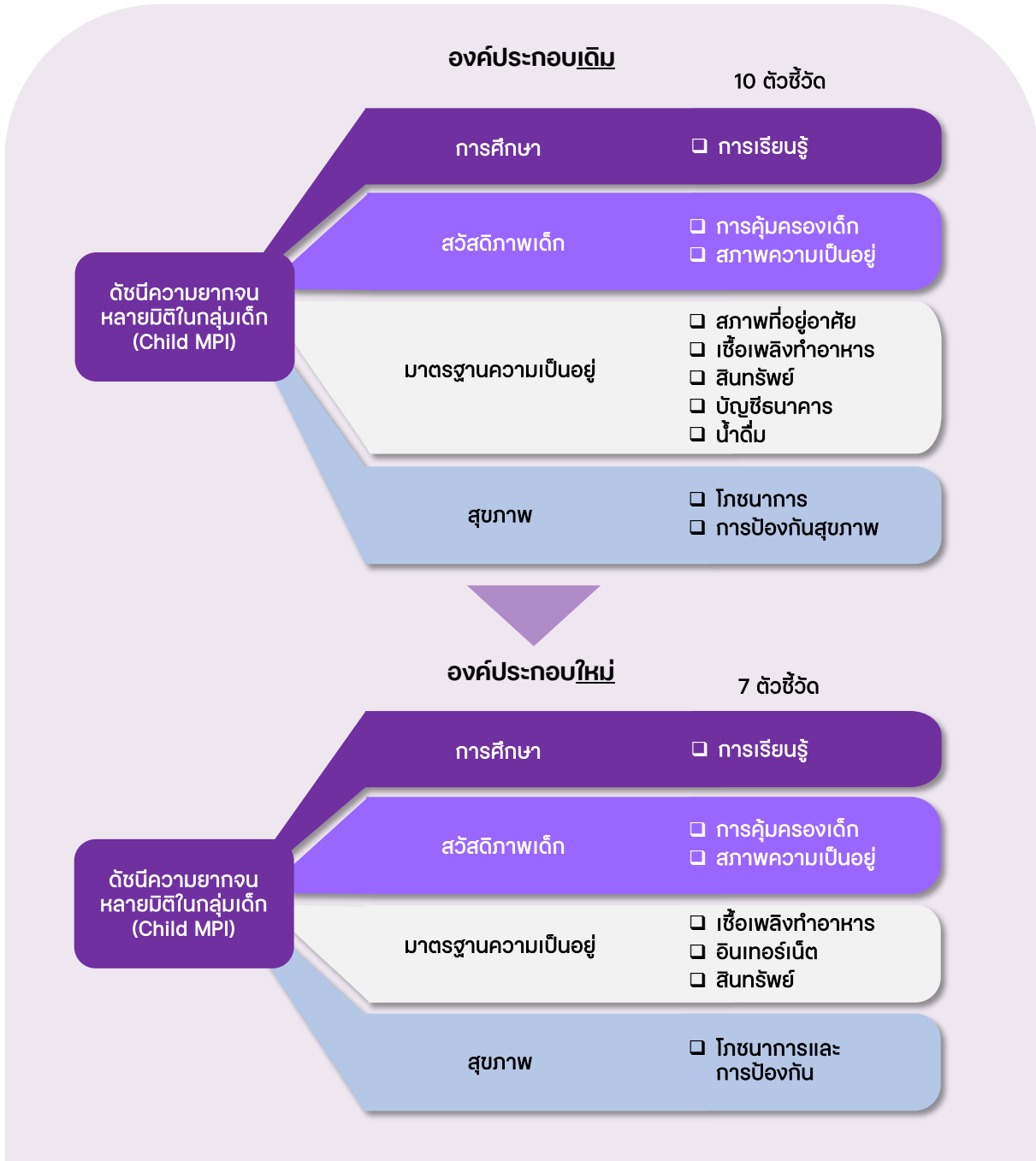
บทนำ

สถานการณ์ความยากจนหลายมิติของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ในรายงานฉบับนี้ เป็นการนำเสนอสถานการณ์ความยากจนหลายมิติของเด็กไทยที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้นำเสนอมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2562 โดยดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก (Child Multidimensional Poverty Index: CMPI)¹ เป็นการวัดความยากจนที่แตกต่างจากรูปแบบอื่นอย่างน้อย 2 ลักษณะ คือ (1) การวัดความยากจนที่พิจารณาจากการมีคุณภาพชีวิตที่นอกเหนือจากด้านตัวเงิน และ (2) การวัดการมีคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับช่วงวัยที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีการสอบถามข้อมูลของกลุ่มเด็กอายุ 0-17 ปี อย่างครอบคลุม และมีมาตรฐานระดับโลก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีชุดล่าสุดปี 2565 (MICS7) ได้มีการปรับลดข้อคำถามบางส่วนเนื่องจากข้อจำกัดในการสำรวจในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยเฉพาะข้อคำถามที่เจ้าหน้าที่สำรวจต้องเข้าไปตรวจสอบภายในครัวเรือน อาทิ การบริโภคเกลือไอโอดีน ที่เจ้าหน้าที่สำรวจต้องนำเกลือที่ครัวเรือนบริโภคมาทดสอบหาค่าไอโอดีน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ใช้คำนวณดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทยประเด็นดังกล่าวส่งผลให้ต้องปรับปรุงชุดตัวชี้วัดในการคำนวณ โดยในปี 2567 และ 2568 สศช. ได้หารือร่วมกับ Professor Sabina Alkire ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และแก้ไขความยากจนแห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford Poverty and Human Development Initiative: OPHI) และผู้คิดค้นวิธีการคำนวณดัชนีความยากจนหลายมิติ ซึ่งได้รับข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตัวชี้วัดเพื่อให้สะท้อนปัญหาความยากจนหลายมิติของเด็กได้ดียิ่งขึ้น

¹ ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และแก้ไขความยากจนแห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford Poverty and Human Development Initiative: OPHI) ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการคำนวณและการแปลผลด้วยวิธี Alkire-Foster Method ซึ่งเป็นวิธีเดียวกันกับที่ OPHI และโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) ใช้นำเสนอสถานการณ์ความยากจนหลายมิติในระดับโลก (Global MPI) ซึ่ง CMPI ของไทย แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิภาพเด็ก ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ และด้านสุขภาพ และให้น้ำหนักในแต่ละด้านเท่ากันที่ร้อยละ 25.00 และมีเกณฑ์ความยากจน (Poverty Cut-off) เท่ากับร้อยละ 25.00 เช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ รายงานฉบับนี้จึงวิเคราะห์โดยใช้ตัวชี้วัด CMPI ที่ปรับปรุงใหม่ในทุกมิติ ทั้งเกณฑ์อายุและเงื่อนไขความซับซ้อน และประมวลผลดัชนีความยากจนหลายมิติตามองค์ประกอบใหม่ย้อนหลัง โดยมีรายละเอียดการปรับปรุงตัวชี้วัดใหม่ ดังนี้

แผนภาพ 1 องค์ประกอบตัวชี้วัดดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย



ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ตาราง 1 มิติ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ความขัดสนของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย (ชุดเดิม)

มิติ	ตัวชี้วัด	กลุ่มอายุ	เกณฑ์ความขัดสน	น้ำหนัก
การศึกษา	การเรียนรู้	ต่ำกว่า 2 ปี	เด็กมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน	25.0%
		2-4 ปี	เด็กมีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม	
		5-17 ปี	เด็กไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครองเด็ก	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามที่กำหนด	12.5%
		5-14 ปี	เด็กถูกระทำทารุณแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง	
		15-17 ปี	เด็กเคยสมรสหรืออยู่กับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทันที	
	ความเป็นอยู่	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	12.5%
		5-14 ปี	เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในกรณีที่พ่อหรือแม่มียังมีชีวิตอยู่	
		15-17 ปี	เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน	
มาตรฐานความเป็นอยู่	สภาพที่อยู่อาศัย	ทุกช่วงอายุ	หาก (1) หลังคา ทำจาก ใบไม้ ไม้กระดาน กลองกระดาษ อื่น ๆ หรือ (2) ฝาบ้าน ทำจาก ฟ่อนไม้ ไม้ไผ่ ไม้อัด เศษไม้ อื่น ๆ หรือ (3) พื้นบ้าน ทำจาก ดินหรือทราย เศษไม้ ไม้ไผ่ อื่น ๆ	5.0%
	เชื้อเพลิงทำอาหาร	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน	5.0%
	สินทรัพย์	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 4 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น	5.0%
	บัญชีธนาคาร	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนไม่มีบัญชีธนาคาร	5.0%
	น้ำดื่ม	ทุกช่วงอายุ	แหล่งน้ำดื่มหลักเป็นบ่อน้ำหรือน้ำพุที่ไม่มีการป้องกัน รถน้ำ รถเข็นน้ำ น้ำตามแม่น้ำ คลอง บึง หรืออย่างอื่นและไม่ได้ใช้วิธีทำให้น้ำปลอดภัยขึ้น	5.0%
สุขภาพ	โภชนาการ	ต่ำกว่า 6 เดือน	เด็กไม่ได้กินนมแม่	12.5%
		6 เดือน - 4 ปี	เด็กอยู่ในสภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น (Stunting) หรือ ผอมลีบ (Wasting))	
		5-17 ปี	ไม่ได้บริโภคน้ำเกลือที่มีไอโอดีนมากกว่า 15 PPM	
	การป้องกัน	ต่ำกว่า 5 ปี	ไม่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด	12.5%
		5-14 ปี	ไม่มีสถานที่ล้างมือ	
		15-17 ปี	ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ตาราง 2 มิติ ตัวชี้วัด และเกณฑ์ความขัดสนของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย (ชุดใหม่)

มิติ	ตัวชี้วัด	กลุ่มอายุ	เกณฑ์ความขัดสน	น้ำหนัก
การศึกษา	การเรียนรู้	ต่ำกว่า 2 ปี	เด็กมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน	25.0%
		2-4 ปี	เด็กมีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม	
		5-17 ปี	เด็กไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครองเด็ก	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามที่กำหนด	12.5%
		5-14 ปี	เด็กถูกระทำทารุณแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง	
		15-17 ปี	เด็กเคยสมรสหรืออยู่กับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทันที	
	ความเป็นอยู่	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	12.5%
		5-14 ปี	เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในกรณีที่พ่อหรือแม่มียังมีชีวิตอยู่	
		15-17 ปี	เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน	
มาตรฐานความเป็นอยู่	เชื้อเพลิงทำอาหาร	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน	8.3%
	อินเทอร์เน็ต	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต	8.3%
	สินทรัพย์	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 4 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น	8.3%
สุขภาพ	โภชนาการและการป้องกัน	ต่ำกว่า 6 เดือน	เด็กไม่ได้กินนมแม่	25.0%
		6 เดือน - 4 ปี	เด็กอยู่ในสภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์)	
		5-14 ปี	ไม่มีสถานที่ล้างมือ หรือส้วบ/ผชักพอก/น้ำยาล้างจานสำหรับล้างมือ	
		15-17 ปี	ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ส่วนที่

2

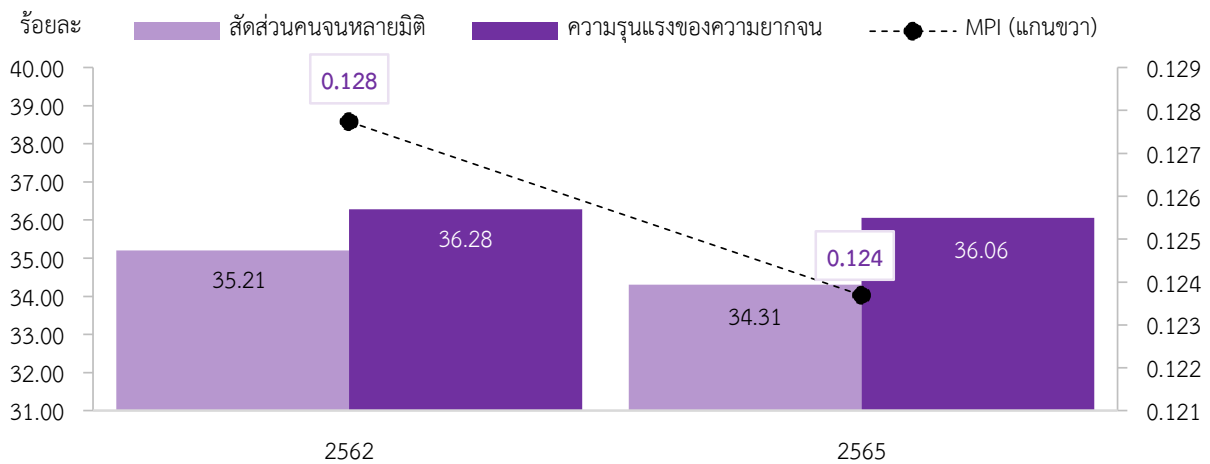
ความยากจนหลายมิติ
ของเด็ก (CMPI)



2.1 สถานการณ์ภาพรวม

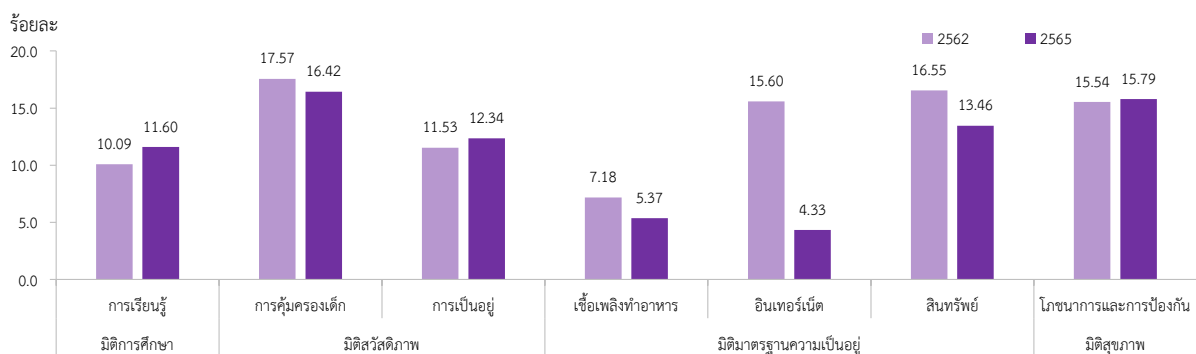
ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 มีค่า 0.124 โดยมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ (Headcount: H) อยู่ที่ร้อยละ 34.31 และระดับความขัดสนของเด็กยากจนหลายมิติ (Intensity: A) อยู่ที่ร้อยละ 36.06 ปรับตัวดีขึ้นเล็กน้อยจากปี 2562 ทั้งสัดส่วนและระดับความขัดสน การลดลงของดัชนีความยากจนหลายมิติในปี 2565 เป็นผลมาจากมิติมาตรฐานความเป็นอยู่ที่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นทุกตัวชี้วัด โดยเฉพาะสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ตที่ลดลงอย่างมากจากร้อยละ 15.60 ในปี 2562 เหลือร้อยละ 4.33 ในปี 2565 ขณะที่มิติอื่นมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติเพิ่มขึ้น

แผนภาพ 2 ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

แผนภาพ 3 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติในประเทศไทย ปี 2562 และ 2565

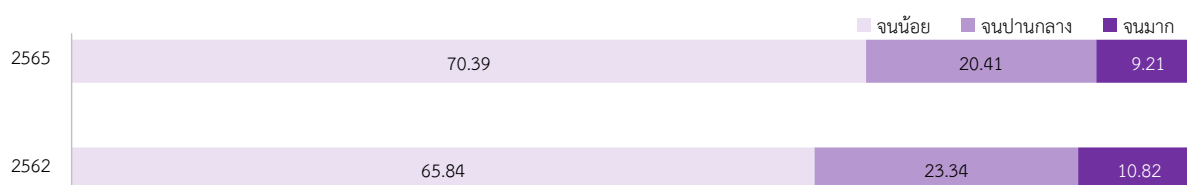


ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2.2 ความรุนแรงของปัญหาความยากจนหลายมิติของเด็ก

เมื่อแบ่งกลุ่มเด็กยากจนตามระดับความรุนแรงของปัญหาความยากจน² เป็น 3 ระดับ คือ เด็กยากจนหลายมิติที่มีปัญหาน้อย (เด็กจนน้อย) หรือมีความขัดสนร้อยละ 25-40 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 70.39 ของเด็กยากจนหลายมิติทั้งหมด ขณะที่เด็กที่มีปัญหาความยากจนหลายมิติในระดับปานกลาง หรือมีความขัดสนร้อยละ 41-50 มีสัดส่วนร้อยละ 20.41 และเด็กที่มีปัญหาความยากจนหลายมิติมาก หรือมีความขัดสนมากกว่าร้อยละ 50 มีสัดส่วนร้อยละ 9.21 ของเด็กยากจนหลายมิติทั้งหมด ทั้งนี้ เมื่อเทียบกับปี 2562 พบว่า สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่จนมากและปานกลางมีสัดส่วนลดลง สะท้อนความรุนแรงของปัญหาความยากจนหลายมิติที่ปรับตัวดีขึ้น

แผนภาพ 4 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกตามระดับความขัดสน

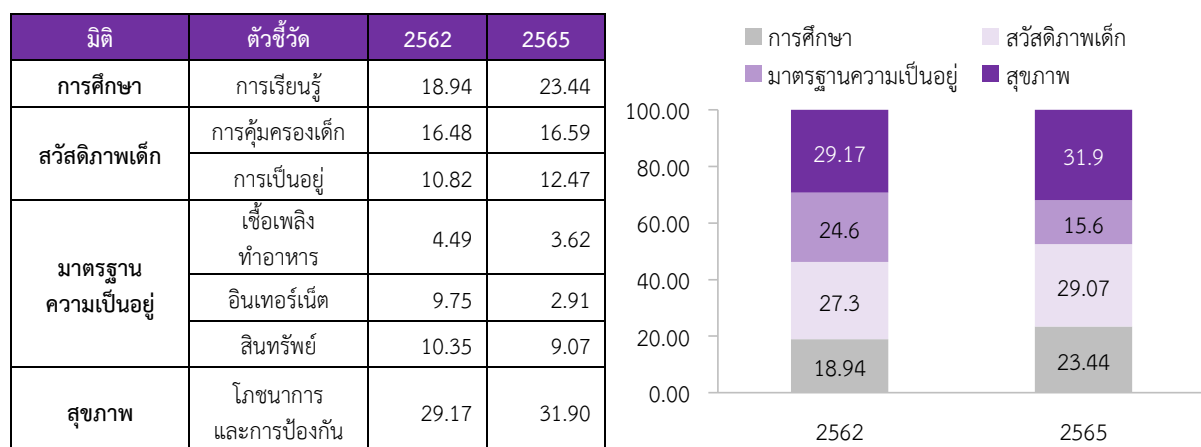


ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2.3 องค์ประกอบ (Contribution to CMPI) ที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็ก

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ (Contribution to CMPI) ที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กในปี 2565 พบว่า มิติด้านสุขภาพเป็นมิติที่ส่งผลมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 31.90 ของมิติทั้งหมด (Percent Contribution) รองลงมาเป็นมิติด้านสวัสดิภาพ มิติด้านการศึกษา และมิติที่ส่งผลน้อยที่สุดคือ มิติมาตรฐานความเป็นอยู่

ตาราง 3 องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2562 และ 2565



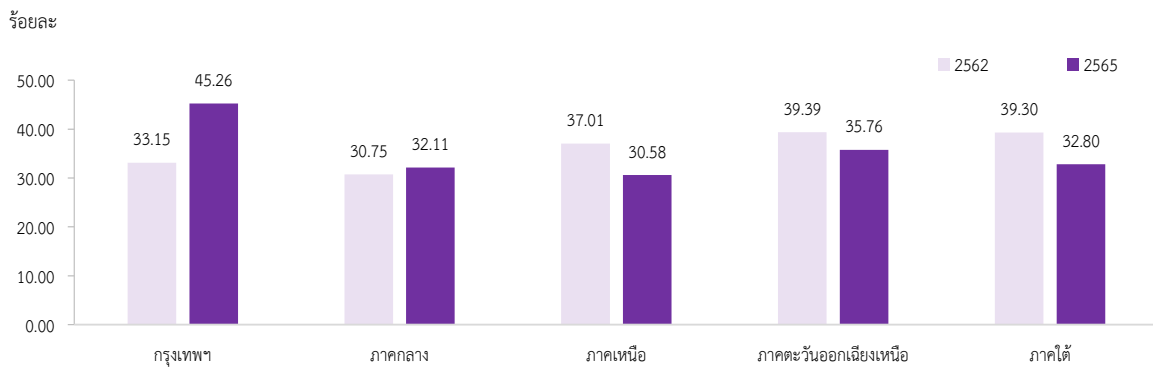
ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

² เด็กยากจนหลายมิติ คือ เด็กที่มีความขัดสนร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 100

2.4 เด็กยากจนหลายมิติจำแนกตามภูมิภาค

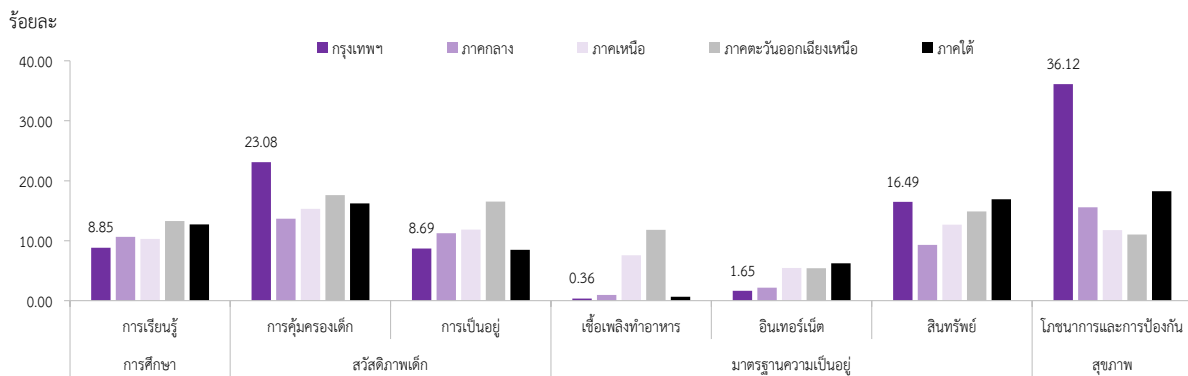
กรุงเทพมหานครพบปัญหาความยากจนหลายมิติของเด็กสูงสุด โดยมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติในปี 2565 ร้อยละ 45.26 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 35.76 โดยเด็กยากจนหลายมิติในกรุงเทพฯ มีปัญหาสำคัญ คือ ด้านสุขภาพ และการคุ้มครองเด็ก โดยมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่มีปัญหาด้านสุขภาพสูงถึงร้อยละ 36.21 สูงกว่าภูมิภาคอื่นประมาณ 1 เท่า และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติรายภูมิภาค พบว่า กรุงเทพฯ และภาคกลางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของครัวเรือนในพื้นที่เมืองและพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ทำให้ความยากจนหลายมิติของเด็กในพื้นที่ดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แผนภาพ 5 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกรายภาค



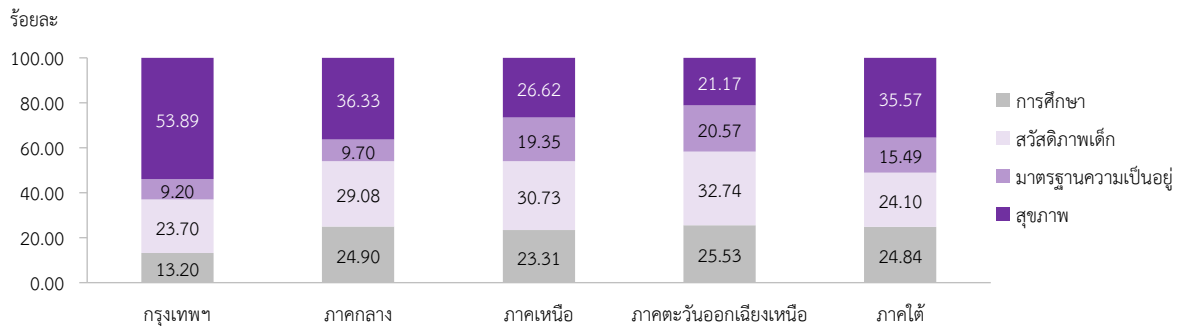
ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

แผนภาพ 6 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2565 จำแนกรายภาคและตัวชี้วัด



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

แผนภาพ 7 องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 จำแนกรายภาค

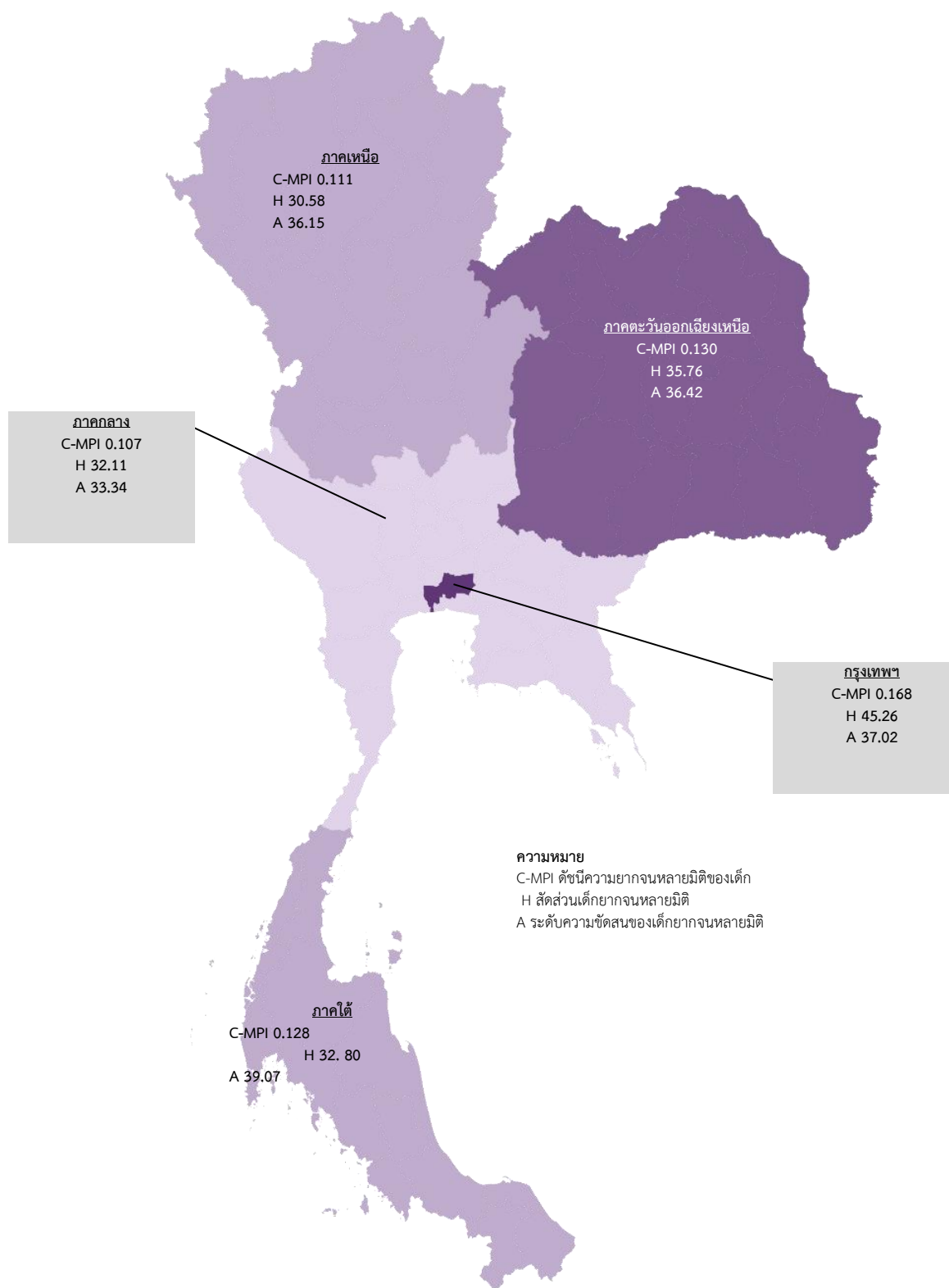


ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

นอกจากกรุงเทพฯ จะเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติสูงที่สุดแล้ว ยังมีระดับความรุนแรงสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศอีกด้วย ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กในแต่ละภูมิภาค พบว่า มิติด้านสุขภาพมีผลต่อความยากจนหลายมิติของเด็กสูงที่สุดในกรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคใต้ ขณะที่มิติด้านสวัสดิภาพเด็กส่งผลต่อความยากจนหลายมิติสูงที่สุดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สะท้อนให้เห็นว่าเด็กในแต่ละพื้นที่เผชิญปัจจัยปัญหาที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละภูมิภาค



แผนภาพ 8 ดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็กไทย ปี 2565 จำแนกรายภาค

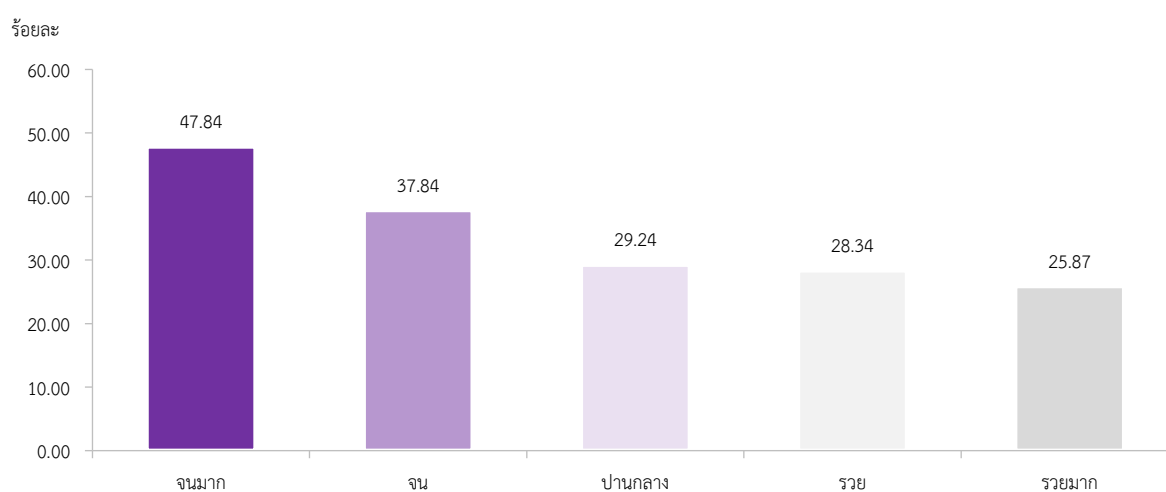


ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2.5 ฐานะครอบครัวและความยากจนหลายมิติของเด็ก

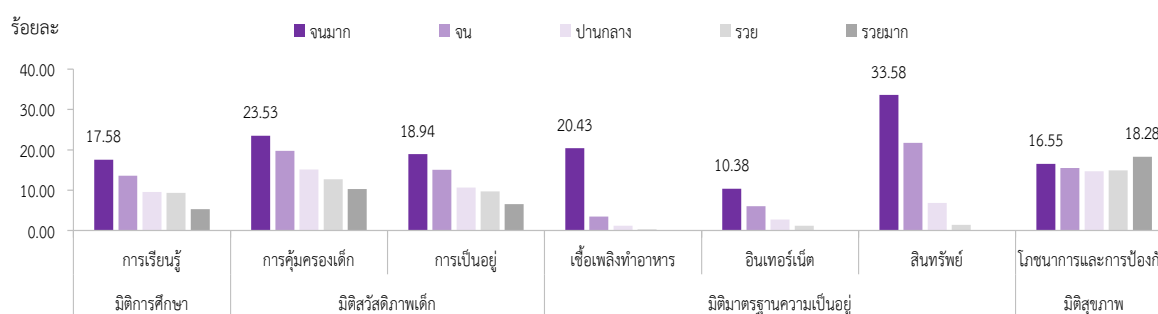
เด็กยากจนหลายมิติบางส่วนอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและดีมาก หากพิจารณาสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน 5 กลุ่ม (Quintile) พบว่า เด็กในครัวเรือนฐานะรวยและรวยมากเป็นเด็กยากจนหลายมิติถึงร้อยละ 28.34 และ 25.87 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาในระดับตัวชี้วัดรายมิติ พบว่า เด็กยากจนหลายมิติในกลุ่มครัวเรือนฐานะรวยและรวยมากมีความขัดสนในมิติด้านสุขภาพมากกว่าเด็กยากจนหลายมิติในกลุ่มฐานะอื่น ขณะที่เด็กยากจนหลายมิติในครัวเรือนฐานะจนมากมีปัญหาด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ โดยเฉพาะการถือครองสินทรัพย์ของครัวเรือน สะท้อนให้เห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

แผนภาพ 9 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2565 จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

แผนภาพ 10 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในแต่ละตัวชี้วัด ปี 2565 จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

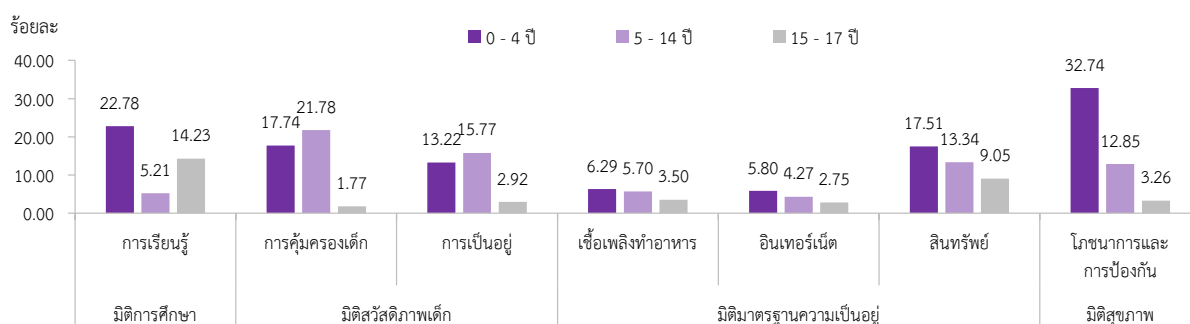


ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2.6 ความยากจนหลายมิติของเด็กตามช่วงวัย

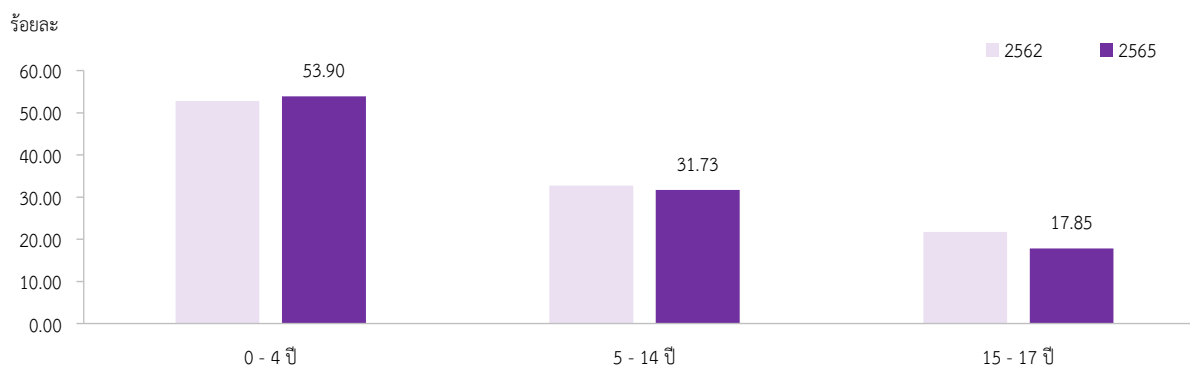
เด็กปฐมวัย (0-4 ปี) มีปัญหาความยากจนหลายมิติสูงกว่าช่วงวัยอื่น และมีปัญหาสูงที่สุดเกือบทุกด้าน โดยมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอยู่ที่ร้อยละ 53.90 เกิดจากความขัดสนด้านโภชนาการและการป้องกัน และด้านการเรียนรู้เป็นหลัก ขณะที่เด็กยากจนอายุ 5-14 ปี เป็นกลุ่มที่มีความขัดสนด้านสวัสดิภาพเด็ก สูงกว่ากลุ่มอื่น สำหรับกลุ่มอายุ 15-17 ปี แม้จะมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติต่ำที่สุดในเกือบทุกมิติ แต่ด้านการเรียนรู้ยังคงเป็นปัญหาหลักของช่วงอายุดังกล่าว

แผนภาพ 11 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในแต่ละตัวชี้วัด ปี 2565 จำแนกรายกลุ่มอายุ



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

แผนภาพ 12 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติ ปี 2562 และ 2565 จำแนกรายกลุ่มอายุ



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ส่วนที่

3

สถานการณ์ความยากจน หลายมิติของเด็กรายมิติ

สถานการณ์ความยากจนหลายมิติของเด็ก
ที่ได้นำเสนอข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า เด็กแต่ละช่วงวัย
ภูมิภาค และระดับฐานะทางเศรษฐกิจมีความขัดสน
ในมิติและตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกัน เมื่อ
พิจารณาในรายมิติ จะเห็นได้ว่า มิติด้านมาตรฐาน
ความเป็นอยู่เป็นมิติเดียวที่สถานการณ์ยากจน
หลายมิติในเด็กมีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้น ขณะที่มิติอื่น ๆ
มีแนวโน้มแย่ลงทั้งหมด ซึ่งหากทุกมิติได้รับการ
แก้ไขอย่างรอบด้านจะมีส่วนช่วยลดความยากจน
หลายมิติของเด็กให้ดียิ่งขึ้น โดยรายละเอียด
สถานการณ์และประเด็นสำคัญรายมิติ มีดังต่อไปนี้

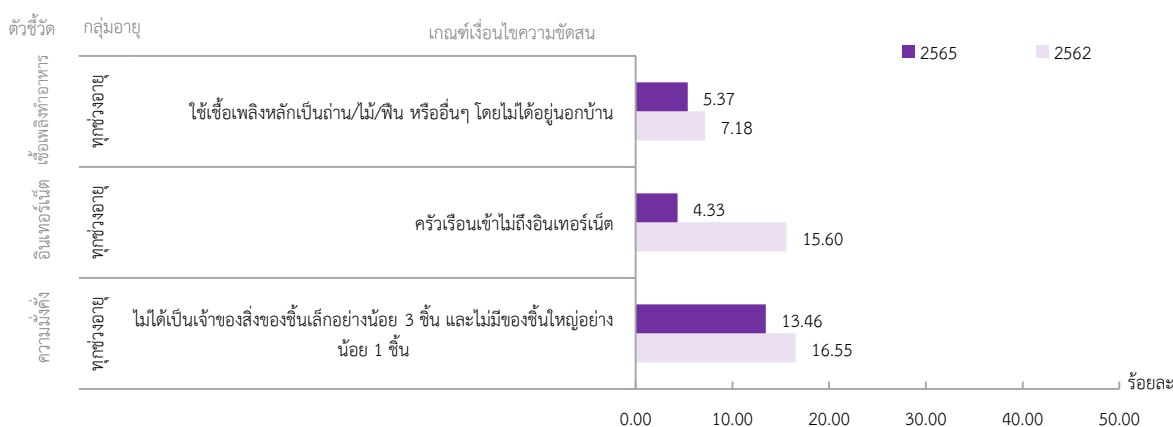
3.1 มิติที่ปรับตัวดีขึ้น

3.1.1 ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่

มาตรฐานความเป็นอยู่เป็นมิติเดียวที่ไม่มีการจำแนกสถานการณื ความขัดสนออกเป็นช่วงอายุ เนื่องจากการที่เด็กอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน จะมีมาตรฐานความเป็นอยู่แบบเดียวกันทั้งหมด โดยข้อมูลจาก MICS7 พบว่า เด็กยากจนหลายมิติมีคุณภาพความเป็นอยู่ดีขึ้นในหลายด้าน ทั้งในด้านการใช้ เชื้อเพลิงทำอาหารที่เหมาะสม โดยมีสัดส่วนเด็กที่ขัดสนลดลงจากร้อยละ 7.66 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 6.55 ในปี 2565 เช่นเดียวกันกับการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ที่ลดลงจากร้อยละ 15.60 เหลือเพียงร้อยละ 4.33 และเด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่มีความขัดสนด้านสินทรัพย์มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.55 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 13.46 ในปี 2565 ทั้งนี้ แม้สถานการณ์ในภาพรวมจะดีขึ้น แต่ยังมี **ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ** ดังนี้



แผนภาพ 13 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติมาตรฐานความเป็นอยู่ ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

1) **การเผชิญกับมลพิษจากการใช้เชื้อเพลิงภายในที่พักอาศัย** การประกอบอาหารด้วยเชื้อเพลิงที่เป็นถ่าน ไม้ ฟืน หรืออื่น ๆ ภายในบ้านที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านคุณภาพการอยู่อาศัยและความเป็นอยู่ เนื่องจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงดังกล่าวก่อให้เกิดควันและสารมลพิษหลายชนิด อาทิ ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) คาร์บอนมอนอกไซด์ และสารอื่น ๆ โดยปี 2565 มีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติร้อยละ 6.55 ที่อาศัยในครัวเรือนที่ใช้เชื้อเพลิงภายในที่พักอาศัย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดบวมในเด็ก โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข³ ในปี 2567 พบกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ 8.9 หมื่นราย เพิ่มขึ้นสูงต่อเนื่องจาก 5.5 หมื่นราย ในปี 2565 อีกทั้ง

³ รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง Digital Disease Surveillance ข้อมูล ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2568

สถานการณ์โรคปอดอักเสบทั่วโลก ขององค์การยูนิเซฟ⁴ ยังระบุอีกว่า โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ร้อยละ 6 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศไทย โดยประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของสาเหตุการเสียชีวิตมาจากการสูดดมมลพิษสะสมในบ้านหรืออาคารมากกว่ามลพิษจากภายนอก ทั้งนี้ ข้อมูลจากปี 2565 ยังชี้ให้เห็นอีกว่า เด็กยากจนหลายมิติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล มีความเสี่ยงต่อการสูดดมหรือสัมผัสมลพิษจากเชื้อเพลิง ทำอาหารในระดับสูง มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 10.17 ขณะที่เด็กในพื้นที่เขตเทศบาลมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 3.73 เท่านั้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กยากจนหลายมิติยังต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าวมาจากการขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพในระยะยาว ประกอบกับอิทธิพลของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการประกอบอาหารแบบดั้งเดิมของครัวเรือนไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ที่มีความเชื่อว่าการใช้เตาถ่านทำให้อาหารมีรสชาติอร่อยกว่าการใช้เตาแก๊ส เนื่องจากควันจากถ่านหรือฟืนช่วยเพิ่มความหอมตามธรรมชาติให้กับอาหาร สอดคล้องกับข้อมูลปี 2565 ที่พบว่า เด็กยากจนหลายมิติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ใช้เชื้อเพลิงประเภทถ่านในการประกอบอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 69.50) และภาคเหนือ (ร้อยละ 23.02)

2) **การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต** อินเทอร์เน็ตเป็นสาธารณูปโภคพื้นฐานประเภทหนึ่งที่ภาครัฐมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม เด็กยากจนหลายมิติโดยเฉพาะที่อยู่ในวัยเรียนอายุ 6-17 ปี ยังไม่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่บ้านกว่าร้อยละ 13.01 โดยส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ทั้งที่อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เด็กวัยเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ต่าง ๆ ได้มากขึ้น ซึ่งไม่เพียงเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงที่เด็กจะหลุดออกจากระบบการศึกษาอีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในการศึกษาออนไลน์⁵ ในปี 2568 ที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่ประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในระดับรุนแรง (ไม่มีอินเทอร์เน็ต/อุปกรณ์/สภาพแวดล้อมต่อการเรียนออนไลน์) จะมีอัตราการหลุดจากระบบการศึกษาสูงถึงร้อยละ 81.00 ในกลุ่มอายุ 7-12 ปี และร้อยละ 14.00 ในกลุ่มอายุ 13-18 ปี ขณะเดียวกัน งานศึกษาของ อรรถพล อนันตวรสกุล ปี 2564 ยังชี้ให้เห็นว่าการกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ตเข้าเพียง 1 ชั่วโมง จะมีเด็กหลุดออกจากระบบการศึกษาทันทีถึง 7.4 คน

ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กยากจนหลายมิติเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต คือ **ค่าบริการอินเทอร์เน็ตที่ปรับเพิ่มขึ้น** หลังจากการควบรวมกิจการของบริษัทโทรคมนาคมรายใหญ่ โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 6 ในปี 2568⁶ อีกทั้ง ตัวเลือกแพ็คเกจราคาประหยัดมีจำนวนลดลง (ศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะเพื่อการเปลี่ยนแปลง, 2568) ส่งผลให้เด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนโดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่จำเป็นต้องใช้อินเทอร์เน็ตในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในระดับที่สูงกว่าครัวเรือนทั่วไปมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ปี 2565 ที่พบว่า เด็กยากจนพิเศษส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตมือถือแบบเติมเงินเฉลี่ยทั้งเดือนอยู่ที่ 235 บาท โดยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการเติมเงินเมื่อเทียบกับรายได้คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 16.8⁷ ขณะที่ครัวเรือนทั่วไปจ่ายอยู่ที่ 536.92 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของรายได้⁸ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านคุณภาพและความต่อเนื่องของโครงการสนับสนุน

⁴ United Nations Children's Fund (UNICEF). (2025, 11 November). *Pneumonia in children: What you need to know*. <https://www.unicef.org/stories/childhood-pneumonia-explained>

⁵ Hasamoh, A., Srivirat, S., & Wichaidit, W. (2025). Digital divide in online education during the COVID-19 pandemic and educational outcomes: Findings from a community-based survey in Thailand's impoverished deep south. *Asian Crime and Society Review*, 12(1). <https://doi.org/10.14456/acsr.2025.5>

⁶ ค่าบริการอินเทอร์เน็ตมือถือโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 6 ค่าบริการอินเทอร์เน็ตบ้านเพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึงร้อยละ 6.8

⁷ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของเด็กยากจนพิเศษอยู่ที่ประมาณ 1,398.75 บาท

⁸ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของเด็กจากครัวเรือนทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 11,799.21 บาท

อินเทอร์เน็ตจากภาครัฐ เด็กยากจนจำนวนมากยังคงพึ่งพาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตผ่านโครงการสนับสนุนของภาครัฐ เช่น *โครงการเน็ตประชารัฐ* ที่ดำเนินการติดตั้งอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกลทั้งสิ้น 24,700 หมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น สัญญาณ Free Wi-Fi เชื่อมต่อได้ยาก ปัญหาสัญญาณอ่อน บางพื้นที่ติดตั้งในสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการเข้าไปใช้งาน *โครงการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง สำหรับนักเรียนยากจนพิเศษ* ที่สนับสนุนนักเรียนขาดแคลนทุนทรัพย์ให้เข้าถึงอินเทอร์เน็ต จำนวน 3.57 แสนชม ยังเป็นโครงการระยะสั้น อีกทั้ง เด็กยากจนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลอาจเข้าถึงได้ยากอีกด้วย

3) **การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิต** ในปี 2565 มีเด็กยากจนหลายมิติร้อยละ 13.46 อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีความขาดสนด้านสินทรัพย์ กล่าวคือ การไม่ได้เป็นเจ้าของสินทรัพย์ชิ้นเล็กอย่างน้อย 3 ชิ้น (คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์แบบ LED/LCD รถจักรยานยนต์ และเครื่องปรับอากาศ) และไม่มีสินทรัพย์ชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น (รถยนต์ และเรือ) ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานยังพบว่า ร้อยละ 6.11 ของครัวเรือนยากจนหลายมิติไม่มีตู้เย็น ซึ่งสินทรัพย์เหล่านี้มีส่วนช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งโอกาสในการเข้าถึงสื่อเรียนรู้ที่ทันสมัย การเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว และสภาพแวดล้อมภายในที่พักอาศัยที่ช่วยลดภัยจากสภาวะอากาศร้อน นอกจากนี้ ข้อมูล MICS ปี 2565 ยังพบว่า ร้อยละ 4.06 ของเด็กยากจนหลายมิติยังใช้ห้องน้ำที่มีความปลอดภัยต่ำ/ไม่ถูกหลักอนามัย อาทิ ส้วมหลุม ส้วมซึมที่ปล่อยของเสียลงในที่อื่น ๆ อาทิ ท่อระบายน้ำ คู คลอง ฯลฯ ไม่มีห้องส้วม/ถ่ายตามพุ่มไม้หรือทุ่งนา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบท สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ปี 2566 ของ กสศ. ที่พบว่า มีเด็กยากจนพิเศษบางส่วนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยไม่ดีมาก โดยร้อยละ 5.66 ไม่มีห้องน้ำในที่อยู่อาศัย ร้อยละ 3.39 ไม่มีไฟฟ้าใช้ในครัวเรือน และร้อยละ 4.98 ไม่มีทั้งไฟฟ้าและห้องน้ำ

ทั้งนี้ ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญมาจาก **การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกมีต้นทุนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นอื่น ๆ** อีกทั้ง ยังมีค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเพิ่มเติมตามมา ซึ่งเป็นภาระต่อเนื่องและอาจส่งผลกระทบต่อภารกิจอื่นของครัวเรือนที่มีรายได้จำกัด โดยข้อมูลจากศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว⁹ พบสัดส่วนครัวเรือนเด็กและเยาวชนรายได้น้อย ก่อหนี้เพื่อการบริโภคมากที่สุดถึงร้อยละ 84.4 รองลงมาเป็นการก่อกหนี้เกษตร ร้อยละ 30.1 ขณะเดียวกัน **การเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือรัฐ** เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนหลายมิติมีระดับมาตรฐานความเป็นอยู่ยังไม่ดีนัก โดยจะเห็นว่า มาตรการช่วยเหลือส่วนใหญ่มุ่งให้ความช่วยเหลือแก่ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นหลัก ขณะที่มาตรการช่วยเหลือสำหรับเด็กที่อยู่ในครัวเรือนยากจนยังมีอยู่จำกัด และมีอยู่ในรูปแบบโครงการ CSR หรือการให้ความช่วยเหลือเป็นครั้งคราวเท่านั้น

⁹ วรธร เลิศรัตน์, สรัช สินธุประมา, กอปรธรรม นิลละไพจิตร, กัลป์ กรวยรุ่งโรจน์, ณรงค์ญา ตัญญาพัฒนกุล, และ กษิตรีเดช คำฟูช. (2568). *ถูกสาปให้พ่ายแพ้ในกระแสความเปลี่ยนแปลง: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2025*. <https://kidforkids.org/wp-content/uploads/2025/06/ถูกสาปให้พ่ายแพ้ในกระแสความเปลี่ยนแปลง-รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว-2025.pdf>

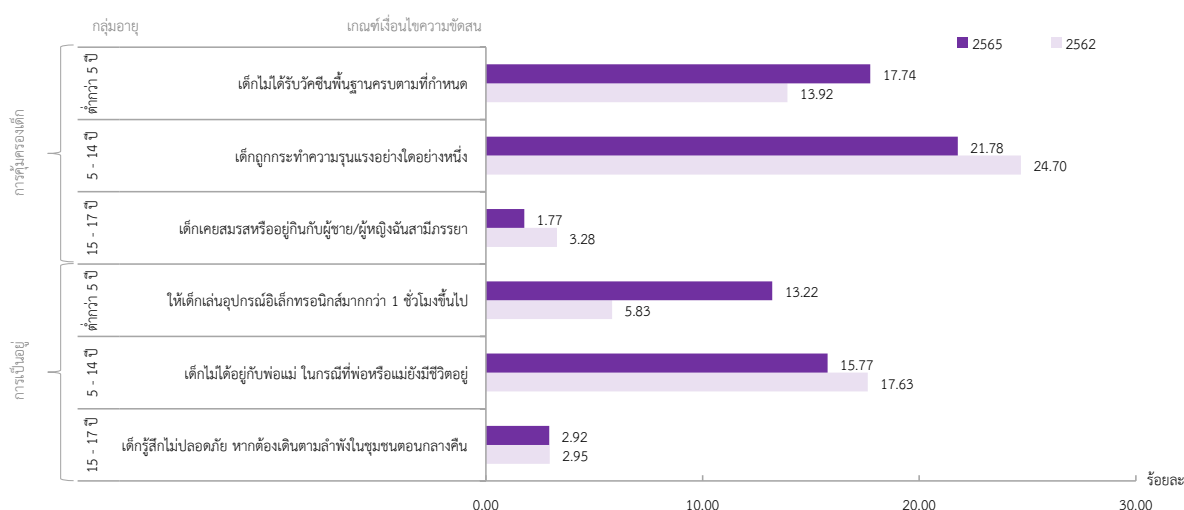
3.2 มิติที่ปรับตัวแยลง

3.2.1 ด้านสวัสดิภาพเด็ก



การสร้างสวัสดิภาพที่ดีในเด็กจำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เด็กสามารถเจริญเติบโตและมีพัฒนาสมบุรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการให้ความคุ้มครองและดูแลด้านความเป็นอยู่ ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อให้เด็กมีภูมิคุ้มกันทางสังคมแข็งแรง โดยในปี 2565 พบสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติขัดสนในมิติสวัสดิภาพในตัวชี้วัดการคุ้มครองเด็กลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 36.80 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 35.04 ขณะที่เด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนด้านการเป็นอยู่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.12 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 20.98 โดยพบ**ประเด็นสำคัญ** ดังนี้

แผนภาพ 14 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติสวัสดิภาพ ปี 2562 และ 2565



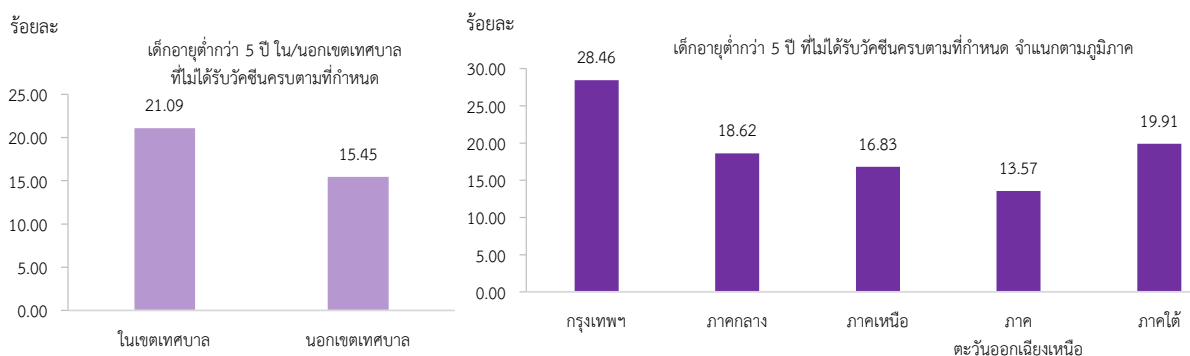
ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

1) **เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกือบ 1 ใน 5 ยังไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐาน¹⁰ ครบตามกำหนด** ทั้งที่วัคซีนพื้นฐานเป็นสิ่งจำเป็นที่เด็กไทยทุกคนควรต้องได้รับเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถป้องกันโรคที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของเด็ก ซึ่งพ่อแม่สามารถพาเด็กมารับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ในปี 2565 มีเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วนมากถึงร้อยละ 17.74 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.92 ในปี 2562 โดยมีประเด็นที่น่ากังวลคือ เด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนฯ ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตเมือง โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28.13 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ปี 2567 ที่พบว่า เด็กครัวเรือนยากจนในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มเข้าไม่ถึงการดูแลและบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม รองลงมาเป็นภาคใต้ ร้อยละ 19.51 โดยเฉพาะพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน ที่พบปัญหาการแพร่ระบาดของ

¹⁰ วัคซีนพื้นฐานประกอบด้วย วัคซีน (แรกเกิด), Polio ครั้งที่ 3 (6 เดือน), DTPHB ครั้งที่ 3 (คอตีบ บาดทะยัก ไอกรม และตับอักเสบบี) (6 เดือน), และ MMR ครั้งที่ 1 (หัด หัดคางทูม หัดเยอรมัน) (9 เดือน)

โรคไอกรน¹¹ โรคหัดและหัดเยอรมัน¹² ในเด็กจำนวนมาก เนื่องจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคยังไม่เป็นที่ยอมรับ โดยบางพื้นที่มีอัตราการฉีดวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ระบุว่าการป้องกันโรคที่ควรได้รับการฉีดวัคซีนครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80-90

แผนภาพ 15 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามกำหนด ปี 2565 จำแนกตามพื้นที่



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่**ผู้ปกครองขาดความรู้ประโยชน์ของวัคซีนสำหรับเด็ก** โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งวัคซีนจะเป็นตัวเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงพร้อมต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ การรับวัคซีนพื้นฐานจึงควรได้รับตามเกณฑ์อายุและจำนวนครั้งที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญในการฉีดวัคซีนในเด็ก ซึ่งจากรายงานการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2562 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น¹³ ซึ่งอาจทำให้ผู้ปกครองละเลยการนำเด็กไปรับวัคซีนบางตัวได้ นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีผลกับการนำเด็กไปรับวัคซีน โดยผู้ปกครองที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะมีแนวโน้มนำเด็กไปรับวัคซีนให้ครบถ้วนน้อยกว่ารายงานเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานในจังหวัดปัตตานี ระบุว่า ผู้ปกครองที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสที่จะนำเด็กไปรับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุมากกว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีประมาณ 4 เท่า¹⁴ อีกทั้ง ในบางภูมิภาคอย่างภาคใต้ ยังมีประเด็นทางศาสนาที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการเข้ารับวัคซีนพื้นฐานในเด็ก

¹¹ Hfocus. (2566, 21 พฤศจิกายน). คร. เตือน “ไอกรน” ระบาดหนัก 3 จังหวัดชายแดนใต้ เด็กติดเชื้อ 18 วันเสียชีวิต! <https://www.hfocus.org/content/2023/11/29002>

¹² Hfocus. (2567, 7 กันยายน). โรคหัด ระบาด! สามจังหวัดชายแดนใต้ ดับแล้ว 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นเด็ก. <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31591>

¹³ ณปภา ประยูรวงษ์ และ มารุต ภูเพ็ญยศ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระเจียน อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 43-53. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/181906/152502>

¹⁴ รุสนา ดอเม้ง และ ฐปนรธรณ์ ประทีปเกาะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 224-235.

2) **ทัศนคติการเลี้ยงดูส่งสอนด้วยความรุนแรง** ยังคงปรากฏในหลายครัวเรือน ทั้งลักษณะการกระทำหรือการละเลยในการดูแล ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของเด็ก¹⁵ เช่น การเขย่าหรือการกระชากตัวเด็ก การตะโกน ตะคอก ตวาด การตบตีที่หน้า ศีรษะ หู หรือการตีรุนแรงซ้ำ ๆ โดยในปี 2565 พบเด็กยากจนหลายมิติอายุ 5-14 ปี ที่ถูกกระทำความรุนแรงมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 21.78 แม้อัตราลดลงจากร้อยละ 24.70 ในปี 2562 แต่ยังคงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดอื่นในมิติเดียวกัน ขณะเดียวกัน รายงานสถิติความรุนแรง ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568¹⁶ ยังสะท้อนว่า เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่เผชิญความรุนแรงในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น สอดคล้องกับรายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2565 ที่พบว่า เด็กอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 53.8 เคยได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากผู้ปกครองด้วยความรุนแรง ซึ่งผู้ปกครองกว่าร้อยละ 38.7 ยังเชื่อว่าการเลี้ยงดู การสั่งสอน หรือการให้การศึกษาเด็กอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องมีการลงโทษทางร่างกาย ดังคำนิยมดั้งเดิมอย่าง “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” นอกจากนี้ การที่เด็กสามารถเข้าถึงสื่อที่มีเนื้อหารุนแรงได้ง่าย ตลอดจนทัศนคติที่มองว่าการกลั่นแกล้งเป็นเรื่องปกติ ยังเป็นอีกปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมชอบใช้ความรุนแรง ส่งผลให้รูปแบบการเลี้ยงดูและการกำกับพฤติกรรมเด็กในแต่ละครัวเรือนมีความแตกต่างกัน และในบางกรณีอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามหลักสิทธิเด็กและพัฒนาการเด็ก

3) **เด็กยากจนหลายมิติบางกลุ่มยังอยู่กับแบบฉบับสามีภรรยา รวมถึงยังมีปัญหาแม่วัยใส** การอยู่กับฉันสามีภรรยาในเด็กถือเป็นความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาตั้งครรรค์ในวัยเรียน โดยในปี 2565 มีสัดส่วนของเด็กยากจนหลายมิติอายุ 15-17 ปี ที่เคยสมรสหรืออยู่กับฉันสามีภรรยาตลอด เหลือร้อยละ 1.77 จากร้อยละ 3.28 ในปี 2562 ซึ่งจะพบพฤติกรรมลักษณะดังกล่าวได้โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้ ขณะเดียวกัน การอยู่กับฉันสามีภรรยาส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติส่วนบุคคลที่มองว่าเป็นเรื่องปกติ/ธรรมดา มากขึ้น นอกจากนี้ ในบางครัวเรือนยากจนยังมีมุมมองเรื่องการแต่งงาน/อยู่กับกันก่อนวัยเป็นการแบ่งเบาภาระ การเลี้ยงดูของครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น โดยในปี 2568 พบอัตราการตั้งครรรค์ที่ไม่ได้ตั้งใจของแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8 ของแม่วัยรุ่นทั้งหมดจากการสำรวจ¹⁷ จากร้อยละ 59.9 ในปี 2567 และการตั้งครรรค์ที่เกิดจากความตั้งใจมีสัดส่วนถึงร้อยละ 32.2 อีกทั้ง รายงานของ UNICEF ยังพบว่า ร้อยละ 79 ของผู้หญิงที่มีการสมรส/อยู่กับฉันสามีภรรยา ไม่ได้รับการศึกษา¹⁸

นอกจากนี้ **บรรทัดฐานและประเพณีภายในสังคมท้องถิ่น ยังเป็นอีกปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการสมรสในเด็ก**¹⁹ โดยเฉพาะในชุมชนมุสลิมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ที่มีการให้คำนิยามของ “เด็ก” ที่แตกต่างออกไป โดยเชื่อว่า “เด็ก” หมายถึงผู้ที่ยังไม่มีประจำเดือน และเมื่อเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนแล้ว มักถูกมองว่าเป็นวัยที่พร้อมในการสมรส นอกจากนี้ การยึดถือหลักทางศาสนา ยังส่งผลให้มีแนวปฏิบัติที่นำไปสู่การบังคับสมรสในกรณีเด็กที่ถูกข่มขืน หรือมีพฤติกรรมที่ถูกมองว่าไม่เหมาะสมทางศีลธรรม เช่น การคบหาหรือออกไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดดันจากสังคมและป้องกันการถูกตีตราทางศีลธรรม

¹⁵ มูลนิธิพิทักษ์สิทธิเด็ก. (2563). *คู่มือป้องกันความรุนแรงต่อเด็ก*. <https://www.thaichildrights.org/multimedia/stop-violence-book/>

¹⁶ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน 1300. (2568). *สถิติความรุนแรง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. <https://1300thailand.m-society.go.th/storage/2025/11/contents/691d61c64ab98.png>

¹⁷ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรรค์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567-2568*.

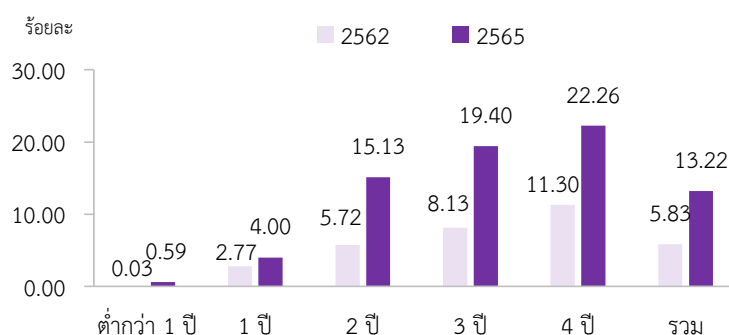
¹⁸ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2568). *การเติมเต็มพันธกิจด้านการคุ้มครองเด็กในประเทศไทย*. <https://data.unicef.org/resources/fulfilling-the-commitment-to-child-protection-in-thailand/>

¹⁹ Taesilapasathit, C. (2024). Determinants of child marriage in Thailand: A study among the Hmong communities and southernmost provinces. *The Journal of Behavioral Science*, 19(3), 30-45. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/274928>

ขณะที่ชุมชนในภาคเหนือบางชุมชนมีความเชื่อว่า เด็กคือผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ส่งผลให้มองว่าช่วงอายุที่เหมาะสมกับการแต่งงานอยู่ในช่วง 15-16 ปี ซึ่งหากเด็กผู้หญิงที่อายุมากกว่า 18 ปี ยังไม่แต่งงานจะถูกมองว่าอายุมากเกินไปหรือเป็นหญิงที่ไม่มีใครอยากเลือก นอกจากนี้ ยังพบประเพณีฉุดสาว (Bride Kidnapping) ที่ฝ่ายชายสามารถเลือกภรรยา ซึ่งภรรยาอาจจะเป็นผู้เยาว์ก็ได้และอาจได้รับความยินยอมหรือไม่ยินยอมก็ได้อีกด้วย

4) **การปล่อยให้เด็กใช้เวลาเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป** องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ผู้ปกครองจำกัดเวลาการใช้หน้าจอเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ อาทิ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์กับเด็กให้เหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมการเนือยนิ่งในเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี ควรหลีกเลี่ยงการอยู่กับหน้าจอโดยสิ้นเชิง ขณะที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ควรใช้เวลาอยู่กับหน้าจอเกินวันละ 1 ชั่วโมง และเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ไม่ควรอยู่กับหน้าจอเกินวันละ 13 ชั่วโมง²⁰ อย่างไรก็ตาม ในปี 2565 พบว่าเด็กยากจนหลายมิติที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เริ่มมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น โดยสัดส่วนเด็กที่มีชั่วโมงการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.83 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 13.22 ในปี 2565 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุที่มากขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2567 ระบุว่า เด็กอายุ 6-11 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้งานอินเทอร์เน็ตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.8 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 95.9 ในปี 2567 เนื่องจากสามารถเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้ง่ายขึ้น และมีการติดตามสื่อออนไลน์ต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ ซึ่งการใช้เวลาอยู่กับหน้าจอมากเกินไป นอกจากจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทักษะการเรียนรู้แล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ อาทิ ความหุนหันพลันแล่น หงุดหงิดง่าย ตลอดจนการปรับตัวเข้าสู่สังคม

แผนภาพ 16 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมง ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

การใช้เวลาหน้าจอมากเกินไปของเด็กนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ปัจจุบันสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตถูกมองว่าเป็น “ที่เลี้ยงเด็กสมัยใหม่” เนื่องจากสามารถสร้างความเพลิดเพลินให้เด็กผ่านสื่อได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้อุปกรณ์เหล่านี้ถูกนำมาใช้ทดแทนการดูแลของพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีภาระงานหนักหรือมีเวลาจำกัด นำไปสู่พฤติกรรมเสพติดจอ นอกจากนี้ ยังพบผู้ปกครองที่ขาดความตระหนักถึงผลกระทบของสื่อออนไลน์ ผลการสำรวจของ The Guardian ระบุว่า ผู้ปกครองบางส่วนมีการสร้างและเผยแพร่เนื้อหาเกี่ยวกับบุตรหลานเพื่อเรียกยอดรับชม (Engagement) โดยร้อยละ 97 ของผู้ปกครองที่ใช้แอปพลิเคชัน Facebook เคยโพสต์ภาพลูกตนเอง ร้อยละ 46 โพสต์วิดีโอที่เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของลูก และในบางกรณีพบการเผยแพร่สื่อที่มีความรุนแรง หรือละเมิด

²⁰ เกณฑ์ในการคำนวณร้อยละของกิจกรรมทางกายเพียงพอของเด็กอายุ 5-17 ปี พิจารณาจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกอย่างน้อย 60 นาที/วัน

ความเป็นส่วนตัวเด็ก ขณะเดียวกัน เด็กและเยาวชนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ด้วยตนเองบางส่วนยังผลิตและเผยแพร่เนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย สวัสดิภาพ รวมทั้งภาพลักษณ์ของเด็ก

แผนภาพ 17 การกระทำที่ไม่เหมาะสมในเด็กบนสื่อออนไลน์



ที่มา : AMARIN 34 HD และ THE STATES TIMES

5) **การไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่** การอาศัยอยู่กับพ่อแม่เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาการเด็กในหลายมิติ เนื่องจากการมีครอบครัวที่อบอุ่นจะเอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ในทางกลับกัน การไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่มีแนวโน้มส่งผลเสียต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว โดยเด็กที่ไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่มักจะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งในปี 2565 เด็กยากจนหลายมิติที่มีอายุ 5-14 ปี ร้อยละ 15.77 ไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ แม่พ่อหรือแม่จะมีชีวิตอยู่ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจาก**การกระจุกตัวของกิจกรรมทางเศรษฐกิจในพื้นที่เมือง** ที่ดึงดูดให้ประชากรมีการย้ายถิ่นจากเขตชนบทเข้าสู่เขตเมือง เพื่อประกอบอาชีพและสร้างรายได้หาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เด็กในเขตชนบทมักอยู่ในครัวเรือนไม่พร้อมหน้า ทั้งลักษณะพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว หรือครัวเรือนข้ามรุ่น (ครอบครัวแห่วงกลาง) ที่ให้ปู่ย่าตายายหรือญาติพี่น้องเลี้ยงดูบุตรแทน โดยอาศัยชุดความรู้เดิมในสมัยก่อนในการเลี้ยงดูเด็ก²¹ ทำให้เด็กอาจไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม อีกทั้ง อาจขาดความมั่นคงทางอารมณ์และความเข้มแข็งทางจิตใจที่เป็นรากฐานสำคัญในการเรียนรู้และเติบโตได้อย่างมีคุณภาพ อีกทั้ง จากการศึกษาของอารี จำปากลาง และคณะ (2567)²² พบว่า การแยกกันอยู่ระหว่างพ่อกับแม่ จะทำให้เด็กเกิดบาดแผลทางจิตใจ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตและพัฒนาการเรียนรู้ในระยะยาว

6) **ความรู้สึกไม่ปลอดภัยภายในชุมชน** การไม่มีระบบรักษาความปลอดภัยภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ เช่น ตำรวจออกตรวจ กล้อง CCTV อาสาชุมชน พื้นที่รกร้างทรุดโทรม ไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ ทางเดินขอยเปลี่ยว เป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม อุบัติเหตุ หรือภัยคุกคามต่าง ๆ ได้ง่ายมากขึ้น โดยสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 15-17 ปี ที่รู้สึกไม่ปลอดภัยหากต้องเดินลำพังในชุมชนตอนกลางคืน ลดลงเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 2.95 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 2.92 ในปี 2565 ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 81.28 เป็นเพศหญิง ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาในเชิงพื้นที่ ยังพบว่า เด็กยากจนหลายมิติอายุ 15-17 ปี ที่รู้สึกไม่ปลอดภัยกว่าร้อยละ 70.89 อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ซึ่งครัวเรือนชนบทส่วนใหญ่มักตั้งอยู่ห่างกันและไม่ค่อยมีการทำกิจกรรมนอกบ้านในช่วงเวลากลางคืน อีกทั้ง **โครงสร้างพื้นฐานและระบบความปลอดภัยในชนบทยังไม่ครอบคลุมเท่าพื้นที่เขตเมือง** อาทิ ระบบไฟส่องสว่างบนทางเดิน ศูนย์รับแจ้งเหตุ ที่นั่ง/จุดพักคอย

²¹ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *ครอบครัวไทยในอนาคต พ.ศ. 2583*. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/566-ThaiFamily-2040_compressed.pdf

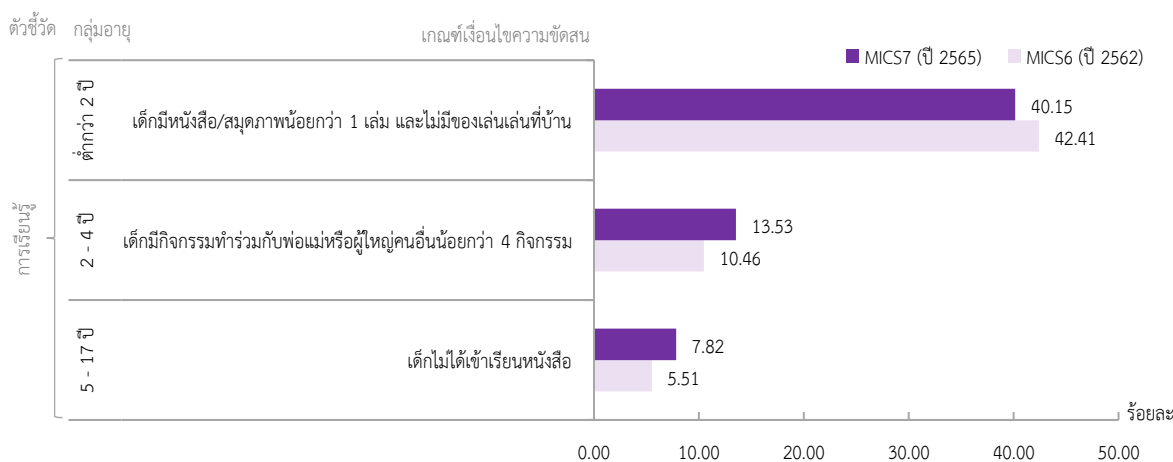
²² Jampaklay, A., Vapattanawong, P., Lucktong, A., Yakoh, K., Chow, C., Fu, Y., Adulyarat, M., & Jordan, L. P. (2024). Continuity in child mental health from preschool years to adolescence in parental migration contexts: Evidence from a longitudinal study in Thailand. *Acta Psychologica*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104329>

สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านงานวิจัยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้²³ และสวีเดน²⁴ (ปี 2567-2568) สะท้อนให้เห็นถึงความปลอดภัยในพื้นที่ชนบทที่รุนแรงกว่าเขตเมือง โดยพบว่าครัวเรือนในชนบทของไทยและเวียดนามมีอัตราการแจ้งเหตุเพียงร้อยละ 40 เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะทางที่หน่วยงานความปลอดภัยมักกระจุกตัวอยู่ในเมือง และเจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวัง ส่งผลให้การช่วยเหลือล่าช้า ขณะที่ในสวีเดน ผู้ใช้ระบบขนส่งในชนบทมีความรู้สึกกลัวและตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมสูงกว่าคนเมืองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 4.7 เท่า ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นหลักจากการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ประจำสถานีสภาพแวดล้อม รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะที่เสื่อมโทรมจนเอื้อต่อการเกิดเหตุอาชญากรรม

3.2.2 ด้านพัฒนาการการเรียนรู้และการศึกษา

การศึกษาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กทุกคนที่พึงได้รับ และเป็นกระบวนการสำคัญต่อการพัฒนา กำลังคนทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ สามารถปรับตัวได้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งเด็กแต่ละช่วงวัยใช้วิธีการในการพัฒนาการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน โดยในช่วงต่ำกว่า 2 ปี การกระตุ้นสมองผ่านประสาทสัมผัส เสริมความผูกพัน พัฒนาภาษาและการเคลื่อนไหวจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ดี ส่วนในวัย 2-5 ปี เป็นช่วงวัยที่จะเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งการทำกิจกรรมร่วมกับพ่อแม่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ที่เหมาะสม ขณะที่เด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปเด็กจะได้เรียนรู้จากการเข้าสู่ระบบการศึกษา โดยข้อมูลปี 2565 พบสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขาดสนใจในการศึกษา อยู่ที่ร้อยละ 11.60 เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ที่อยู่ที่ร้อยละ 10.09 โดยพบ**ประเด็นสำคัญ** ดังนี้

แผนภาพ 18 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขาดสนใจในการศึกษา ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

²³ Grote, U., Nguyen, T., Nguyen, T. T., & Neubacher, F. (2024). Determinants and impacts of rural crime victimization: Evidence from a case study in Southeast Asia. *Journal of Asian Economics*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2024.101712>

²⁴ Ceccato, V., Sundling, C., & Gliori, G. (2025). Safe havens or isolated spots? Crime and safety in areas on the rural–urban continuum. In V. Ceccato & A. Newton (Eds.), *Transit safety for a sustainable city* (pp. 99-111). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-97427-4_7

1) **การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม** โดยในเด็กอายุ 0-2 ปี เด็กจะเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นหลัก สิ่งที่เหมาะสมในขณะนี้จึงควรเป็นสมุดภาพหรือของเล่นสำหรับเด็ก ซึ่งช่วยกระตุ้นการมองเห็น การจดจำ และการเรียนรู้ผ่านการพลิกจับสัมผัสอย่างเป็นธรรมชาติ ตรงกันข้ามกับการใช้จอมือถือหรือแท็บเล็ตที่มีภาพเคลื่อนไหวรวดเร็วและแสงสีฟ้าจากหน้าจอที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและสมาธิเด็ก โดยข้อมูลจากปี 2565 พบว่า เด็กยากจนหลายมิติอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มีหนังสือหรือสมุดภาพสำหรับเด็กน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน ยังมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 40.15 แม้จะลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 42.41 ในปี 2562 สะท้อนให้เห็นถึงการขาดโอกาสในการเรียนรู้ของเด็กในช่วงวัยสำคัญที่ต้องเร่งสร้างพัฒนาการเรียนรู้ ทั้งนี้ ผู้เลี้ยงดูยังมีบทบาทเสมือนบุคคลต้นแบบแรกของเด็ก เพราะเด็กจะมีการเรียนรู้ รับรู้ เลียนแบบ หรือเชื่อมโยงกับสิ่งรอบตัวจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู ไม่ว่าจะเป็นการดูแล การโอบกอดใกล้ชิด และการสื่อสาร ที่ล้วนส่งผลกระทบต่อพัฒนาการความเข้าใจทางภาษา โดยการได้ยินเสียงและการรับรู้ผ่านภาพจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)²⁵ ในทางกลับกัน หากขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะบกพร่องทางพัฒนาการ²⁶ โดยผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 30 เดือน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 21.22²⁷ ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีสัดส่วนร้อยละ 22.2

2) **พ่อแม่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็กลดน้อยลง** การเล่นมีความสำคัญต่อพัฒนาการร่างกาย กล้ามเนื้อ รวมถึงด้านสติปัญญา และด้านจิตใจ ที่จะเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การร่วมมือ การปฏิบัติตามกฎ การปรับพฤติกรรม และการควบคุมตนเองขณะเล่นกับผู้อื่น โดยข้อมูลจากวารสารของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย²⁸ ระบุว่า ความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้เลี้ยงดู ทั้งการอ่านหนังสือ การเล่น หรือการรับประทานอาหารร่วมกัน จะส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมเชิงลบที่น้อยลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีผลการเรียนดีกว่าเด็กในครอบครัวที่ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับรายงาน Playtime with dad may improve children's self-control²⁹ ของมหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ ที่พบว่า การทำกิจกรรมระหว่างพ่อกับเด็ก อาทิ การจิกจี้ การเล่นวิ่งไล่จับ หรือการขี่หลัง ทำให้เด็กมีการเรียนรู้ทักษะการใช้ร่างกาย การควบคุมอารมณ์ และมีแนวโน้มการจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ดี ซึ่งทักษะเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งเมื่อต้องไปโรงเรียน อย่างไรก็ตาม ในปี 2565 พบเด็กยากจนหลายมิติอายุ 3-4 ปี มีการทำกิจกรรมร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ไม่เพียงพอ³⁰ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.46 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 13.53 ในปี 2565 สะท้อนให้เห็นว่าเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสได้รับการส่งเสริมพัฒนาการผ่านกิจกรรมร่วมกับครอบครัวลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการเรียนรู้ในระยะยาว

²⁵ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอนวัยเด็กเล็ก 0-3 ปี*. <https://www.thaipediatrics.org/887/>

²⁶ กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล. (2557). ระบุว่า ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการในเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคของระบบประสาท การติดเชื้อ ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด การได้รับสารเคมีหรือการสัมผัสสารระหว่างตั้งครรภ์ การขาดสารอาหาร ตลอดจนการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม.

²⁷ ข้อมูล ณ วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 พบว่า เด็กอายุ 30 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 52,988 คน จากการคัดกรองทั้งหมดจำนวน 249,732 คน

²⁸ บุทท พฤชาพนาชาติ. (2564). ช่วงเวลาคุณภาพระหว่างผู้ปกครองกับเด็กปฐมวัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(4), 415-428. https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/66-4/66-4-02_Buttabote.pdf

²⁹ University of Cambridge. (2020). *Playtime with dad may improve children's self-control*. <https://www.cam.ac.uk/research/news/playtime-with-dad-may-improve-childrens-self-control>

³⁰ กิจกรรมสำคัญที่เด็กควรทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอ่านหนังสือ การเล่านิทาน การร้องเพลง การทำกิจกรรมนอกบ้าน การเล่นกับเด็ก และการเรียกชื่อเด็ก หากเด็กอายุ 3-4 ปี มีการทำกิจกรรมร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ต่ำกว่า 4 กิจกรรมถือว่าขาดสน

การเลี้ยงดูเด็ก 0-2 ปี ที่ไม่เหมาะสม และการขาดการทำกิจกรรมกับพ่อแม่ที่เพียงพอ ในเด็ก 3-4 ปี มีปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งมาจากบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้หัวหน้าครัวเรือนต้องย้ายถิ่นไปทำงานในเมือง ส่งผลให้เวลาการดูแลมีจำกัด เด็กจึงไม่ได้รับการสนับสนุนด้านพัฒนาการเรียนรู้เท่าที่ควร สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาขององค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล³¹ ที่พบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากปู่ ย่า ตา หรือยาย เป็นกลุ่มที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 24.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านอายุของผู้ดูแล ส่งผลให้การทำกิจกรรมหรือการเล่นร่วมกับเด็กลดลง นอกจากนี้ รายงานการศึกษาเรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย³² ยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ปกครองไทยมีทัศนคติการให้ความสำคัญกับการเรียนเชิงวิชาการมากกว่าการเล่นหรือทำกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการ และยังมีทัศนคติว่าเด็กสามารถเล่นกับสิ่งของต่าง ๆ ที่หาได้รอบตัวหรือปล่อยให้เล่นคนเดียวลำพังได้ ขณะที่ผู้ปกครองไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งจะเกิดขึ้นกับเด็กโดยเฉพาะในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนแอ่งกลาง

3) **เด็กยากจนหลายมิติบางส่วนไม่ได้เรียนต่อในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น** โดยในปี 2565 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้เข้าเรียนหนังสือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.51 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 7.82 ในปี 2565 หากจำแนกรายอายุ จะพบว่า ช่วงอายุระหว่าง 16-17 ปี มีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ไม่ได้เข้าเรียนสูงถึงร้อยละ 16.88 และร้อยละ 17.96 ตามลำดับ และหากพิจารณาตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน จะพบว่า มีเด็กในครัวเรือนยากจนมากที่ไม่ได้เข้าเรียนหนังสืออยู่อีกร้อยละ 12.87 ซึ่งเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก อาทิ ความบกพร่องด้านพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย การขาดแคลนทุนทรัพย์

แผนภาพ 19 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ปี 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ทำให้ครัวเรือนไม่สามารถสนับสนุนการศึกษาของเด็กได้เต็มที่ ซึ่งในปี 2565 พบว่า เด็กยากจนหลายมิติอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับยากจนมากมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 55.12 ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนของเด็กยากจนหลายมิติ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.98 ไม่ได้เข้าเรียน จึงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพที่ใช้ทักษะสูงที่สร้างรายได้ดีกว่าเดิม จึงไม่สามารถจัดหาหรือสนับสนุนทรัพยากรด้านการศึกษา อาทิ ค่าเล่าเรียน ค่าเดินทางไปโรงเรียน ค่าอุปกรณ์การเรียน ที่ปรับเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาแก่เด็กได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลให้เด็กและเยาวชนในกลุ่มนี้ขาดเป้าหมายในการเรียนและไม่คาดหวังในการมีอาชีพ

³¹ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2559). ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. <https://www.unicef.org/thailand/media/396/file/ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะ%20และพัฒนาการเด็กปฐมวัย.pdf>

³² สุนน อมรวิวัฒน์ และคณะ. (2534). การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ที่มั่นคงในอนาคต³³ เนื่องจากความไม่มั่นใจในฐานะทางการเงินของครอบครัวหากจะศึกษาต่อ ซึ่งบางกรณีอาจต้องเผชิญความลำบากเพื่อหาเลี้ยงชีพหรือการต้องแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว อาทิ การรับจ้างทำงานชั่วคราว (Part-time) ทหารรายได้เสริม จนร่างกายเหนื่อยล้าหรือเครียดสะสม ส่งผลกระทบต่อการเรียน และเสี่ยงต่อการหลุดออกนอกระบบการศึกษา

นอกจากนี้ **สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้** ยังถือเป็นอีกปัจจัยที่อาจนำไปสู่การไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาของเด็กวัยเรียน ซึ่งการเข้าเรียนไม่ได้เป็นเพียงการเข้าสู่ระบบการศึกษาเท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ในการปรับตัวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยความขัดสนด้านรายได้และความขัดสนหลายมิติของครัวเรือนเด็กยากจน อาจเป็นสาเหตุเริ่มต้นที่ทำให้เด็กถูกกลั่นแกล้ง (Bully) หรือถูกล้อเลียนภายในสถานศึกษา จากสาเหตุ อาทิ การได้รับเงินค่าขนมน้อยกว่าเพื่อน การใส่ชุดนักเรียนสภาพเก่าชำรุด ทั้งนี้ จากผลการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2566³⁴ พบว่า เด็กและเยาวชนร้อยละ 44.3 เคยถูกกลั่นแกล้ง และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 86.9 โดยเรื่องที่มีถูกกลั่นแกล้งมากที่สุด คือ การล้อเลียนบุคลิกภาพร้อยละ 76.6 รองลงมา คือ การด่าทอตอกย้ำปมด้อยร้อยละ 63.3 และการถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 55.1 ซึ่งถือว่าเป็นการกระทำความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เด็กไม่มีสมาธิในการเรียนและไม่อยากไปโรงเรียน อาจนำไปสู่ภาวะความเครียด กัดกิน จนกระทั่งภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา

4) **นโยบายและมาตรการทางการศึกษาของไทย**ให้ความสำคัญกับการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาเป็นหลัก แต่**ยังไม่ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ในหลายด้าน** อาทิ เกือบร้อยละ 50 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ได้มาตรฐานหรือยังไม่ได้ประเมินคุณภาพตนเอง และแม้บางแห่งจะมีการประเมินแล้ว แต่ยังขาดกระบวนการตรวจสอบยืนยัน³⁵ อีกทั้ง หลักสูตรการศึกษายังไม่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในอนาคต รายงานของ OECD³⁶ ชี้ว่า ทักษะที่ระบบการศึกษาไทยผลิตออกมายังไม่สอดคล้องกับความต้องการของเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทักษะความคิดสร้างสรรค์ การรู้เท่าทันดิจิทัล การแก้ปัญหา และการทำงานเป็นทีม ขณะที่การเรียนการสอนยังเน้นการท่องจำและการสอบ มากกว่าการพัฒนาการคิดเชิงวิพากษ์ รวมถึงทักษะทางสังคมและอารมณ์ ส่งผลให้แม้นักเรียนบางคนจะมีผลการเรียนดี แต่กลับประสบปัญหาในการปรับตัวเข้าสู่ตลาดแรงงาน นอกจากนี้ การจัดการศึกษายังขาดความยืดหยุ่นสำหรับเด็กยากจนหลายมิติ โดยในปี 2565 พบว่า เด็กยากจนหลายมิติอายุ 5-14 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการเรียนออนไลน์อย่างเหมาะสม โดยกว่าร้อยละ 73.54 ใช้สมาร์ทโฟนในการเรียนออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านขนาดหน้าจอและการใช้งานระยะยาว ขณะที่ร้อยละ 15.94 ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการเรียนออนไลน์เลย และมีเพียงร้อยละ 9.32 ที่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก หรือแท็บเล็ต

³³ วรธร เลิศรัตน์ และ สรัช สินธุประมา. (2567). *เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2024*. <https://kidforkids.org/wp-content/uploads/2024/06/วรธร-และ-สรัช-2024-เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น-1.pdf>

³⁴ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37,271 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 กรกฎาคม - 10 สิงหาคม 2566

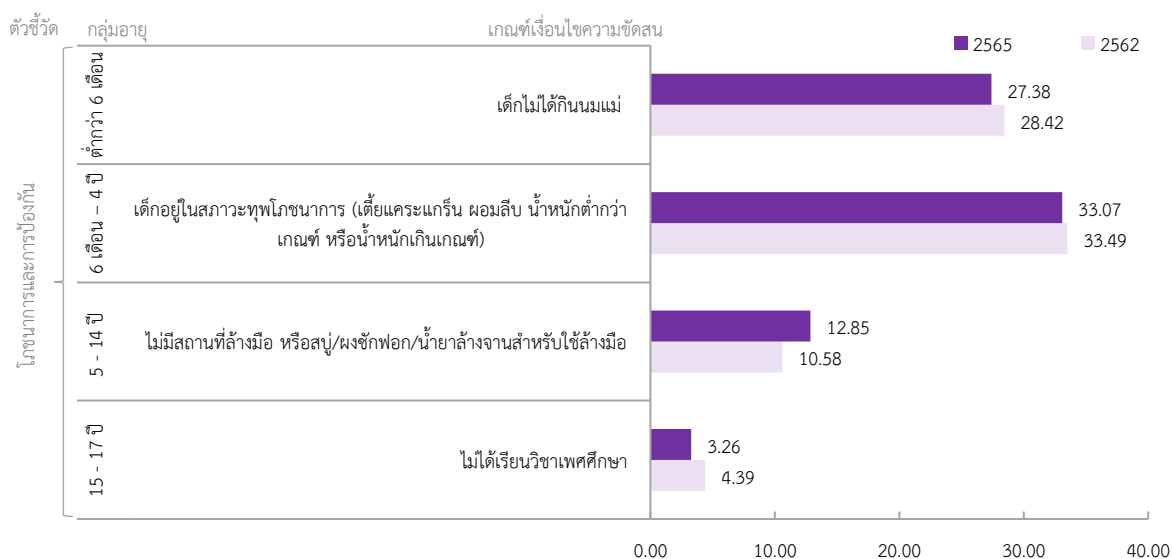
³⁵ UNICEF Thailand. (2025). *Human capital development in Thailand: An examination of gaps, bottlenecks, and policy options*. https://www.unicef.org/thailand/media/15546/file/unicef%20Human%20Capital%20Development%20in%20Thailand_final_ENG.pdf.pdf

³⁶ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2569). *แก่ระบบการศึกษาที่เสี่ยงจะหายไป*. <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/แก่ระบบการศึกษาที่เสี่ยงจะหายไป>

3.2.3 ด้านสุขภาพ

การมีสุขภาพดีเป็นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งต้องมีการส่งเสริมการเจริญเติบโตตั้งแต่แรกเกิด การเพิ่มภูมิต้านทาน การมีพัฒนาการและการเรียนรู้ที่สมวัยจะช่วยเพิ่มโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของเด็กได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่กำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 15.54 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 15.79 ในปี 2565 โดยพบ**ประเด็นสำคัญ** ดังนี้

แผนภาพ 20 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขัดสนในมิติสุขภาพ ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

1) **กว่า 1 ใน 4 ของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน ไม่ได้กินนมแม่อย่างเหมาะสม**³⁷

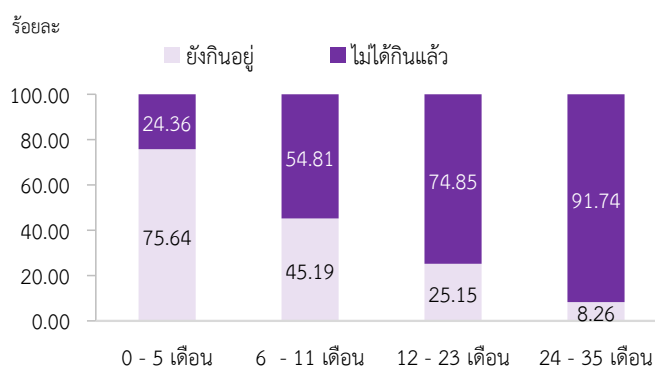
โดยมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 27.38 และหากพิจารณาเด็กที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียว มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 28.6³⁸ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ว่า เด็กไทยควรกินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือนอย่างน้อยร้อยละ 50 และควรกินต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่ไม่ได้กินนมแม่แล้ว ยังพบว่า มีสัดส่วนถึงร้อยละ 24.36 และสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก ทั้งที่นมแม่มีองค์ประกอบด้านโภชนาการ ภูมิคุ้มกัน สารต้านอนุมูลอิสระ และวิตามินที่ครบถ้วน ซึ่งจะช่วยพัฒนาร่างกายให้แข็งแรงสมวัย พัฒนาสมองเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้ถึงข้อจำกัดของ**บริบททางสังคมที่ไม่เอื้อให้เด็กได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร** โดยสภาพการจ้างงานที่ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ขณะที่กฎหมายลาคลอดที่อนุญาตให้ลาได้ 120 วัน และได้รับค่าจ้างสูงสุดเพียง 60 วัน ส่งผลให้ครัวเรือนจำนวนมากไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือนได้ แม้ภาครัฐจะมีแนวทางส่งเสริมและขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการในการจัดสรรพื้นที่ที่เหมาะสมในการให้นมลูกของผู้หญิงในที่ทำงาน แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรโดยเฉพาะในสถานประกอบการ SMEs สะท้อนจากผลการสำรวจบริษัทในประเทศไทยที่มีการนำนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ UNICEF มาปฏิบัติ ในปี 2565 พบว่า บริษัทขนาดกลาง

³⁷ ไม่เคยกินนมแม่เลย และเคยกินนมแม่แต่ปัจจุบันไม่ได้กินแล้ว

³⁸ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS). https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230726093138_38640.pdf

(พนักงาน 50-200 คน) ปฏิบัติตามนโยบายฯ เพียงร้อยละ 35 และบริษัทขนาดเล็ก (พนักงานน้อยกว่า 50 คน) ร้อยละ 32 ขณะที่บริษัทขนาดใหญ่ (พนักงานมากกว่า 200 คน) มีการนำนโยบายฯ ไปใช้ร้อยละ 62 นอกจากนี้ ยังมีประเด็น**การขาดความตระหนักถึงประโยชน์จากการกินนมแม่** จากผลการสำรวจการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กของกระทรวงสาธารณสุข³⁹ ในปี 2566 พบว่า แม่เลี้ยงเดี่ยวและแม่ที่ต้องทำงาน มีแนวโน้มจะใช้นมผงมากกว่าแม่ที่ไม่ทำงาน แม้ว่านมผงมีสารอาหารน้อยกว่าและยังไม่มีภูมิคุ้มกันหรือสารที่ช่วยกำจัดเชื้อโรคเมื่อเทียบกับนมแม่ก็ตาม นอกจากนี้ ยังพบกรณีครอบครัวฐานะยากจนบางส่วนใช้นมชั้นหวานทดแทนการให้นมแม่กับเด็กอายุ 3 เดือน ส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อ หรือเสียชีวิตได้

แผนภาพ 21 สัดส่วนเด็กที่ยังกินนมแม่ ปี 2565 จำแนกรายอายุ



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2) เด็กตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการสัดส่วนสูง โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกิน

โดยในปี 2565 มีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 33.07 แม้จะลดลงเล็กน้อยจากปี 2562 ที่ร้อยละ 33.49 แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกภาวะทุพโภชนาการรายประเภทพบว่า ภาวะน้ำหนักเกินมีสัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติสูงที่สุด โดยกลุ่มที่มีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน คือ อายุ 6-12 เดือน ขณะที่อายุที่มีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินสูงสุด คือ 4 ปี ทั้งนี้ ภาวะน้ำหนักเกินนอกจากจะเป็นปัญหากับเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี แล้ว ยังพบในช่วงวัยอื่น โดยในปี 2566 เด็กอายุ 6-14 ปี และ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วน/อ้วน ร้อยละ 13.0 และร้อยละ 16.9 ตามลำดับ⁴⁰ สะท้อนได้จากการรับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคขนมขบเคี้ยว/เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน โซเดียมสูงเกิน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก**อิทธิพลทางการตลาดของสินค้าเพื่อการบริโภคที่ไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ** แม้ว่าจะมีการควบคุมการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารและอาหารเสริมสำเร็จรูป⁴¹ ในกลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปี⁴² ตลอดจนการห้ามใช้สารให้ความหวานเทียม แต่ไม่ได้มีการห้ามหรือจำกัดการเติมน้ำตาลในผลิตภัณฑ์เหล่านี้ ส่งผลให้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44) ของอาหารสำเร็จรูปที่วางจำหน่ายในท้องตลาด มีการเติมน้ำตาลและสารให้ความหวานในอัตราสูงถึงร้อยละ 72 โดยเฉพาะในกลุ่มขนมขบเคี้ยวและของกินเล่น ในขณะที่กว่า 1 ใน 3 ของผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีปริมาณโซเดียมสูงกว่าที่แนะนำ นอกจากนี้ เกือบร้อยละ 90 ของอาหารเหล่านี้ติดฉลาก

³⁹ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสำรวจทัศนคติของมารดาเกี่ยวกับการให้นมแม่แก่บุตร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างมารดาจำนวน 330 คน ในกรุงเทพฯ

⁴⁰ กรมอนามัย. รายงานข้อมูลภาวะโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุข.

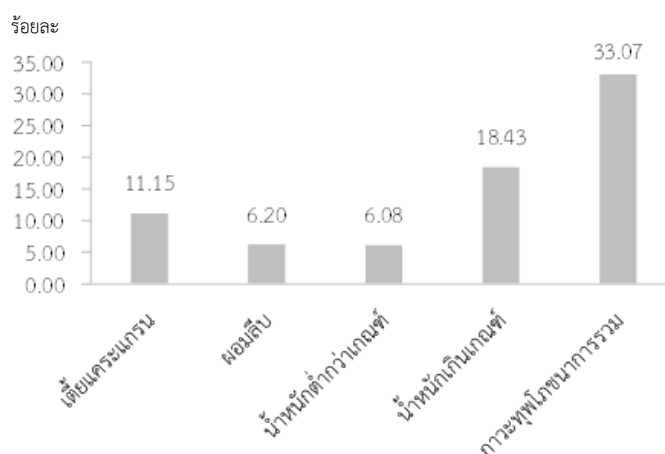
⁴¹ อาทิจีเรียลหรือไอ้กินสำเร็จรูป อาหารบด ขนมขบเคี้ยวและของกินเล่น ผลิตภัณฑ์นมสำหรับเด็ก เครื่องดื่มสำหรับเด็ก

⁴² พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

ที่อาจสร้างความเข้าใจผิดเกี่ยวกับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์⁴³ ขณะเดียวกัน ในช่วงอายุอื่น ๆ ยังไม่มีกฎหมายที่ครอบคลุมกลยุทธ์ทางการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กอย่างเป็นรูปธรรม⁴⁴ จึงมีความเสี่ยงที่เด็กจะติดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มประเภทหวาน มัน เค็ม ได้ง่าย เนื่องจากสินค้าดังกล่าวมักใช้กลยุทธ์การโฆษณาที่น่าสนใจในการจูงใจเด็ก อาทิ การลด แลก แจก แถม โดยข้อมูลปี 2565 พบสัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี บริโภคขนมหวานหรือขนมกรุบกรอบ⁴⁵ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.64 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 22.51 ในปี 2565 สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2563 ที่ได้สำรวจพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสำหรับเด็ก พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนไทย ส่วนใหญ่ซื้ออาหารตามความชอบถึงร้อยละ 27.7 ขณะที่การเลือกซื้อโดยคำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหารเป็นหลักอยู่ที่ร้อยละ 8.1 เท่านั้น จึงอาจทำให้เด็กตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ในอนาคต

นอกจากนี้ ยังคงพบเด็กที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ภาวะผอมลีบ และภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 11.15 ร้อยละ 6.20 และร้อยละ 6.08 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญมาจากการขาดแคลนอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัย เนื่องจากข้อจำกัดด้านฐานะทางการเงินของครอบครัว ประกอบกับผู้ปกครองยังขาดความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม⁴⁶ อาทิ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และการหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปหรืออาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง ส่งผลให้เด็กขาดสารอาหารต่อเนื่องเป็นเวลานาน และนำไปสู่ภาวะเตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในที่สุด

แผนภาพ 22 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ ปี 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

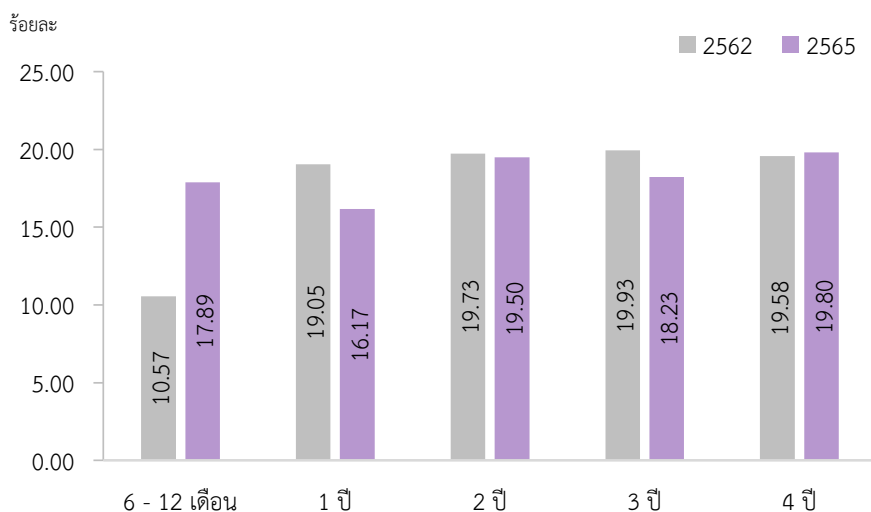
⁴³ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2566, 14 ธันวาคม). ผลการศึกษาซื้ออาหารที่มุ่งขายเด็กเล็กในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีปริมาณน้ำตาลและเกลือสูง. <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases-1>

⁴⁴ กรมอนามัยกำลังจัดทำร่างพระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก พ.ศ. เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียม ที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

⁴⁵ ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ หรืออาหารกึ่งสำเร็จรูปที่มีรสเค็ม เช่น เค้ก คุกกี้ ลูกอม ขนมไทย บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

⁴⁶ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2567, 6 มิถุนายน) ยูนิเซฟชี้เด็กเล็ก 1 ใน 10 ในประเทศไทยกำลังเผชิญความยากจนทางอาหารเด็กขั้นรุนแรง. <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ยูนิเซฟชี้เด็กเล็ก-1-ใน-10-ในประเทศไทยกำลังเผชิญความยากจนทางอาหารเด็กขั้นรุนแรง>

แผนภาพ 23 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ปี 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

3) **ครัวเรือนที่ไม่ตระหนักถึงสุขอนามัยพื้นฐาน** เด็กยากจนหลายมิติในช่วงอายุ 5-14 ปี ไม่มีสถานที่ล้างมือ⁴⁷ หรือสบู่สำหรับใช้ล้างมือ ถึงร้อยละ 12.85 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.58 ในปี 2562 การล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดช่วยลดการสะสมและแพร่กระจายเชื้อโรค รวมทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคสำคัญในระบบทางเดินอาหาร อย่างโรคท้องร่วง และระบบทางเดินหายใจ อาทิ โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) เมื่อเด็กเจ็บป่วยน้อยลง ร่างกายจะสามารถดูดซึมสารอาหารได้ดีขึ้น ส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายที่สมบูรณ์ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงการขาดการรักษาสุขอนามัยอย่างสม่ำเสมอ โดยผลสำรวจของกรมอนามัย ในปี 2565⁴⁸ พบว่า พฤติกรรมการล้างมือของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เริ่มลดลงหลังจากที่เคยเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของ COVID-19 อีกทั้ง เด็กจำนวนมากยังขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีล้างมือที่ถูกต้อง หรือใช้เวลาในการล้างมือน้อยเกินไป ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเจ็บป่วยยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล

4) **เด็กยากจนหลายมิติอายุ 15-17 ปี บางส่วนไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา** แม้ว่าวิชาดังกล่าวจะเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศวิถี เพื่อให้เยาวชนสามารถตัดสินใจอย่างเหมาะสมและลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยข้อมูลในปี 2565 พบว่า เด็กยากจนหลายมิติอายุ 15-17 ปี ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษาร้อยละ 3.26 ลดลงเล็กน้อยจากในปี 2562 ที่ร้อยละ 4.39 อย่างไรก็ดี แม้เด็กส่วนใหญ่จะได้เรียนวิชาดังกล่าว แต่ข้อมูลของกรมอนามัย ปี 2564-2568 พบว่า ยังมีเด็กอายุ 15-20 ปี เข้ารับการปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมกว่า 1.8 แสนราย ซึ่งในจำนวนนี้ 1.4 แสนราย ได้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนด้อยโอกาส รายงานศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา⁴⁹ พบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ในเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ 48) การไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม (ร้อยละ 32) รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ ยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) จาก

⁴⁷ สถานที่หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมืออาจเป็นแบบถาวรหรือเคลื่อนย้ายได้ ซึ่งรวมไปถึงอ่างที่มีก๊อกน้ำ ถังน้ำที่มีก๊อกน้ำ อ่างหรือโถงสำหรับล้างมือ สำหรับสบู่ นับรวมถึง สบู่เหลว ผงซักฟอก น้ำสบู และน้ำยาล้างจาน แต่ไม่รวมโคลน ดิน ทราย หรือวัตถุสำหรับล้างมืออื่น ๆ

⁴⁸ กรมอนามัย, ผลสำรวจอนามัยโพลประเด็น “แนวโน้มพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุต่ำกว่า 15 ปี”.

⁴⁹ สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2564, 21 กุมภาพันธ์). *เปิดพื้นที่คุยเรื่องเพศในห้องเรียนที่ปลอดภัย ลดปัญหาคุณแม่วัยใส*. <https://research.eef.or.th/teen-mom/>

เพศสัมพันธ์รายใหม่ 1.3 หมื่นราย โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนสูงสุด หรือคิดเป็นร้อยละ 35 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของการเรียนการสอนเพศศึกษา ที่มักเน้นความรู้เชิงสรีระหรือการป้องกันทางกายภาพเป็นหลัก แต่ยังขาดการพัฒนาทักษะชีวิต การจัดการความสัมพันธ์ และความรู้เรื่องสิทธิทางเพศและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของเยาวชนบางส่วน เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ส่งผลให้ความเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศเพิ่มสูงขึ้น

ส่วนที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

ความยากจนหลายมิติของเด็กในปี 2565 ปรับตัวลดลงเมื่อเทียบกับปี 2562 อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในแต่ละมิติสะท้อนว่า เด็กไทยจำนวนหนึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายแก้ปัญหาในปัจจุบันที่ยังมีช่องว่างหลายประการ โดยในด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ การใช้เชื้อเพลิงที่ก่อมลพิษภายในที่พักอาศัย การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นปัญหาหลักที่ทำให้เด็กทุกช่วงวัยมีความเสี่ยงทั้งในด้านสุขภาพ โอกาสทางการศึกษา และคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากหัวหน้าครัวเรือนมีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้โอกาสในการยกระดับความเป็นอยู่มีจำกัด ขณะเดียวกัน ค่าอินเทอร์เน็ตที่สูงขึ้นแต่คุณภาพบริการลดลงยังทำให้เด็กมีภาระมากขึ้น อีกทั้ง ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงโครงการช่วยเหลือของรัฐ อาทิ การอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ในด้านสวัสดิภาพเด็ก พบว่า เด็กยากจนหลายมิติบางส่วนยังไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามกำหนด แม้ว่าภาครัฐมีนโยบายให้บริการวัคซีนขั้นพื้นฐานฟรี ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการรับวัคซีนพื้นฐานในเด็ก นอกจากนี้ เด็กบางส่วนยังเผชิญความรุนแรงในครอบครัวจากค่านิยมการเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรงในการลงโทษ รวมถึงการปล่อยให้เด็กอยู่กับอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากเกินไปโดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบ ขณะที่การแก้ปัญหาในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังเน้นการรณรงค์และให้คำแนะนำ มากกว่าการแก้ไขปัญหา

สำหรับด้านการเรียนรู้และการศึกษา ปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก รวมถึงการไม่ได้เรียนต่อในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ยังเป็นปัญหาสำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้และการศึกษาของเด็กยากจนหลายมิติในแต่ละช่วงวัย ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มเด็กปฐมวัยมักเผชิญปัญหาผู้ดูแลขาดความตระหนักในการใช้เวลาเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ขณะที่เด็กวัยเรียนตอนปลายประสบปัญหาด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ทำให้

ไม่สามารถจัดหา/สนับสนุนทรัพยากรทางการศึกษาแก่เด็กได้อย่างเพียงพอ ส่งผลต่อโอกาสในการเรียนต่อและการประกอบอาชีพที่มั่นคงในอนาคต นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมถึงนโยบายและมาตรการทางการศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุม ยังส่งผลต่อคุณภาพการเรียนรู้อีกด้วย

ในด้านสุขภาพ เด็กยากจนยังประสบปัญหาไม่ได้กินนมแม่อย่างเหมาะสม แม้ไทยจะมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่บริบททางสังคม โดยเฉพาะสภาพการทำงานที่ไม่เอื้อให้แม่มีเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมในการให้นม ประกอบกับพ่อแม่บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับนมแม่ ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงประโยชน์จากนโยบายได้เท่าที่ควร *เด็กยากจนส่วนหนึ่งตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกิน* ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ทำให้โรงเรียนปิด และเด็กเข้าถึงอาหารหวาน มัน เค็ม ได้ง่ายขึ้น อีกทั้ง การป้องกันสุขภาพเบื้องต้น เช่น *การล้างมือก็ยังไม่ถูกสุขอนามัยพื้นฐาน*อีกด้วย

จากบทสรุปข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ความยากจนและปัญหาคุณภาพชีวิตของเด็ก ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความตระหนักรู้ในด้านการดูแลเด็กตั้งแต่ระดับครัวเรือน ส่งผลให้เด็กตกอยู่ในความยากจนหลายมิติจากการที่ไม่ได้รับการปกป้อง ดูแลเอาใจใส่ และส่งเสริมพัฒนาการอย่างรอบด้านอย่างี่ควรจะเป็น ทั้งใน**ด้านความเป็นอยู่ที่**ครัวเรือน ในบางพื้นที่ที่ยังนิยมประกอบอาหารด้วยเตาด่านโดยขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกโดยเฉพาะเด็กในระยะยาว **ด้านสวัสดิภาพเด็ก**ที่ผู้ปกครองยังมีระดับความรู้ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กไม่เพียงพอ ทำให้ละเลยการนำเด็กไปรับวัคซีนบางตัว ทัศนคติการเลี้ยงดูสั่งสอนที่ยังจำเป็นต้องมีการลงโทษทางร่างกาย รวมถึงการขาดความตระหนักถึงผลกระทบจากการที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่และการปล่อยให้เด็กใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อออนไลน์ **ด้านการเรียนรู้**ที่ผู้เลี้ยงดูเด็กยังขาดความเข้าใจถึงแนวทางการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย และ**ด้านสุขภาพ**ที่พ่อแม่ยังขาดความตระหนักถึงประโยชน์จากการกินนมแม่ ขาดความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม สุขอนามัยพื้นฐาน รวมถึงขาดความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านเพศศึกษาแก่เด็กอย่างเหมาะสม

จากประเด็นข้างต้นนำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจนหลายมิติในเด็ก ดังนี้

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1

การส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก โดย

- 1) **สร้างความเข้มแข็งและความตระหนักรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้พ่อแม่และผู้ปกครอง** โดยให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับสารอาหารตามหลักโภชนาการ การเข้ารับวัคซีนพื้นฐานตามกำหนดอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมพัฒนาการที่สมวัย การเลี้ยงดูเชิงบวก และการดูแลการใช้สื่อออนไลน์ของเด็กอย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมสุขอนามัยและสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย
- 2) **ผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว** เช่น การขยายสิทธิลาเพื่อดูแลบุตรของบิดา การส่งเสริมรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นโดยไม่กระทบกับรายได้และความก้าวหน้าในอาชีพ รวมถึงการส่งเสริมการประกอบอาชีพในภูมิลำเนา เป็นต้น
- 3) **ส่งเสริมศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวในการดูแลเด็ก** โดยถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลเด็กอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการเรียนรู้ สวัสดิภาพเด็ก มาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดี และสุขภาพ โดยเฉพาะเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ จัดกิจกรรมส่งเสริมการทำกิจกรรมครอบครัวและกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและแก้ปัญหาครอบครัวในระดับชุมชน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังเด็กที่เสี่ยงหลุดจากระบบการศึกษา และการใช้ความรุนแรงหรือละเมิดเด็ก

4.2.2

การเร่งแก้ปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความรุนแรงเฉพาะในบางพื้นที่ ได้แก่

- 1) **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือควรส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเตาเผาไร้ควัน** หรือเตาซูเปอร์บอลล์⁵⁰ ที่มีประสิทธิภาพการเผาไหม้สูง ช่วยลดควัน ฝุ่นละออง และสารก่อมะเร็งจากการใช้เชื้อเพลิงภายในที่พักอาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรกระบบทางเดินหายใจในเด็ก เพื่อลดการใช้เชื้อเพลิงประเภทถ่านในการประกอบอาหาร ควบคู่กับการสนับสนุนการเข้าถึงเตาแก๊สหุงต้มและเตาไฟฟ้าในราคาที่เหมาะสม
- 2) **กรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคใต้ ควรพัฒนาระบบติดตามเชิงรุกสำหรับเด็กที่เข้าไม่ถึงวัคซีน** ผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิหรืออาสาสมัครสาธารณสุข ควบคู่กับการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของวัคซีนพื้นฐาน โดยเฉพาะในภาคใต้ควรสร้างความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนในการสื่อสารสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นเกี่ยวกับวัคซีนให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อช่วยลดการปฏิเสธวัคซีนและเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนพื้นฐานของเด็กให้ครบตามกำหนด

⁵⁰ ปัจจุบันมีการนำร่องโครงการในจังหวัดสระแก้ว ซึ่งสามารถลดมลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพได้ พร้อมทั้งช่วยลดรายจ่ายและสร้างรายได้ให้กับประชาชนในพื้นที่

บรรณานุกรม

ภาษาอังกฤษ

- Ceccato, V., Sundling, C., & Gliori, G. (2025). Safe havens or isolated spots? Crime and safety in areas on the rural–urban continuum. In V. Ceccato & A. Newton (Eds.), *Transit safety for a sustainable city* (pp. 99-111). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-97427-4_7
- Hasamoh, A., Srivirat, S., & Wichaidit, W. (2025). Digital divide in online education during the COVID-19 pandemic and educational outcomes: Findings from a community-based survey in Thailand’s impoverished deep south. *Asian Crime and Society Review*, 12(1). <https://doi.org/10.14456/acsr.2025.5>
- Grote, U., Nguyen, T., Nguyen, T. T., & Neubacher, F. (2024). Determinants and impacts of rural crime victimization: Evidence from a case study in Southeast Asia. *Journal of Asian Economics*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2024.101712>
- Schleicher, A. (2023). *PISA 2022: Insights and Interpretations*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/support-materials/2023/12/pisa-2022-results-volume-i_76772a36/PISA%202022%20Insights%20and%20Interpretations.pdf
- The Guardian. (2014, 21 September). *Does sharing photos of your children on Facebook put them at risk?* <https://www.theguardian.com/technology/2014/sep/21/children-privacy-online-facebook-photos>
- UNICEF Thailand. (2025). *Human capital development in Thailand: An examination of gaps, bottlenecks, and policy options*. https://www.unicef.org/thailand/media/15546/file/unicef%20Human%20Capital%20Development%20in%20Thailand_final_ENG.pdf.pdf
- University of Cambridge. (2020). *Playtime with dad may improve children’s self-control*. <https://www.cam.ac.uk/research/news/playtime-with-dad-may-improve-childrens-self-control>
- World Health Organization. (2019, 24 April). *To grow up healthy, children need to sit less and play more*. <https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
- World Health Organization. (2023, 3 July). *Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>

ภาษาไทย

- Rocket Media Lab. (2565, 19 เมษายน). สวนสาธารณะและพื้นที่สีเขียว : เชี่ยวชาญอย่างเดียวแต่เข้าถึงไม่ได้?
<https://rocketmedialab.co/bkk-park/>
- ThaiPublica. (2568, 31 ตุลาคม). ‘เตาเผาไร้ควัน’ ถ่านไม้ชีวมวลประสิทธิภาพสูง สร้างนวัตกรรมชุมชน เชื่อมโยงเครือข่าย ขี่ต่อการพัฒนา ความหวังที่ไม่ดับ. <https://thaipublica.org/2025/10/efficient-biomass-kiln-community-network-development/>
- ThaiPBS. (ม.ป.ป.). คนกรุงเทพฯ มีพื้นที่สีเขียวไม่เพียงพอจริงหรือ? <https://bangkokgreenspace.thaipbs.or.th/>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2565). รายงานประจำปี 2565 กระทรวงศึกษาธิการ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดำเนินงานตำบลทศวรรษ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กรวมทั้ง 5 ช่วงวัย (ข้อมูล ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566).
- กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด.
- กรมควบคุมโรค. (2568). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง Digital Disease Surveillance. <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566). รายงานประจำปี 2566 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). ผลการสำรวจเด็กและเยาวชนเคยถูกบูลลี่. https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=5747
- กรมสุขภาพจิต. (2565). สถิติกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2567.
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี สำหรับผู้ปกครอง. <https://www.thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf>
- กรมอนามัย. (2560). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569.
- กรมอนามัย. (2564). สธ. รณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งเป้า ปี ‘68’ ดันทารกวัย 50 ได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม.
- กรมอนามัย. (2565). ผลสำรวจอนามัยโพลประเด็น “แนวโน้มพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุต่ำกว่า 15 ปี”. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/230565/>
- กรมอนามัย. (2566). เร่งขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “หยุดโรคอ้วนในเด็ก”.
- กษิต์เดช คำพูน. (2566, 3 ตุลาคม). ‘ครูกระจุก โรงเรียนกระจาย’ ปัญหาการจัดสรรครูไทยที่ต้องแก้ไขก่อนจะสายเกิน. <https://www.the101.world/teacher-shortage-problem/>

- กษิดิ์เดช คำพุช, กัลป์ กรยุรรุ่งโรจน์, และ ฉัตร คำแสง. (2568, 21 กุมภาพันธ์). ผู้บริโภคชอกช้ำ กสทช. ชิลๆ?: โลก 2 ใบของราคาโทรคมนาคมหลังควบรวม TRUE+DTAC & AIS+3BB. <https://101pub.org/nbtc-assessment-and-consumer-impact/>
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2564, 25 กรกฎาคม). เมื่อการกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ตเข้าไปเพียง 1 ชั่วโมง จะมีน้อง ๆ หลุดออกจากระบบการศึกษา 7.4 คน. <https://www.eef.or.th/article-free-internet-for-children/>
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2565). ผลสำรวจและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านอินเทอร์เน็ตของนักเรียนทุนเสมอภาค.
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2566ก). รายงานประจำปี 2566.
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2566ข). รายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาปี 2566.
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2567). 7 สาเหตุที่ทำให้เด็กออกนอกระบบการศึกษา โครงการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง “ชิมนักเรียน” สำหรับนักเรียนยากจนพิเศษทั่วประเทศ จำนวน 357,000 ชิม.
- ชำชูติน ดายะ, นิรัชรา ลิลละย์กุล, และ เจษฎากร โนนินทร์. (2561). ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ในเด็กอายุ 0-5 ปี. *วารสารการแพทย์*, 45(3), 137-141.
- ณปภา ประยูรวงษ์ และ มารุต ภูเพ็ญยด. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุของเด็กปฐมวัย ตำบลกระจัน อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 43-53. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/181906/152502>
- เทศบาลตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. (2565). *ฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. https://khuamung.go.th/fileupload/news/tb_news_529_1_2022-06-13_879878.pdf
- ฟรีสแลนด์คัมพิน่า ประเทศไทย. (2565). *ผลสำรวจสุขภาพเด็กไทยในยุคโควิด-19 แบบเจาะลึก*. http://foremostthailand.com/articles/seanuts-ii/?srsltid=AfmBOopKSi_omR4btpG5VwB2tNISwsX_f_9eZjOvgWg9tDwmqcakWjNY
- มูลนิธิพิทักษ์สิทธิเด็ก. (2563). *คู่มือป้องกันความรุนแรงต่อเด็ก*. <https://www.thaichildrights.org/multimedia/stop-violence-book/>
- ยุพียง แห่งเชาวนิช, กรรณิการ์ บางสายน้อย, และ กรรณิการ์ วิจิตรสุนนท์. (2561). *คู่มือการจัดทำมุนนมแม่ในสถานประกอบการ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_7/opdc_2564_IDC1-7_2.pdf
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอนวัยเด็กเล็ก 0-3 ปี*. <https://www.thaipediatrics.org/887/>
- รุสนา ดอเม็ง และ ฐปนรรณ์ ประทีปเกาะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 0-5 ปี รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของจังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 224-235.

- วรตกร เลิศรัตน์ และ สรัช สินธุประมา. (2567). *เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2024*. <https://kidforkids.org/wp-content/uploads/2024/06/วรตกร-และ-สรัช-2024-เด็กและครอบครัวไทยที่ไม่ถูกมองเห็น-1.pdf>
- วรตกร เลิศรัตน์, สรัช สินธุประมา, กอปรธรรม นีละไพจิตร, กัลป์ กรวยรุ่งโรจน์, ฌรจญา ตัญญาพัฒน์กุล, และ กษิด์เดช คำพูน. (2568). *ถูกสาปให้พ่ายแพ้ในกระแสความเปลี่ยนแปลง: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2025*. <https://kidforkids.org/wp-content/uploads/2025/06/ถูกสาปให้พ่ายแพ้ในกระแสความเปลี่ยนแปลง-รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว-2025.pdf>
- ศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน 1300. (2568). *สถิติความรุนแรง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. <https://1300thailand.m-society.go.th/storage/2025/11/contents/691d61c64ab98.png>
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2566). *การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2561-2566*.
- สภาองค์กรของผู้บริโภค. (2568, 6 สิงหาคม). *สนามเด็กเล่น ไม่ปลอดภัย ปัญหา “เชิงโครงสร้าง” ที่ซุกอยู่ในเครื่องเล่น*. <https://www.tcc.or.th/060868-playground/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567, 6 พฤศจิกายน). *ปรับทัศนคติเชิงบวก เพิ่มการเข้าถึง เพราะใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องปกติ*. <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/5676-content-ปรับทัศนคติเชิงบวก-เพิ่มการเข้าถึง-เพราะใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องปกติ>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2564). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม*. https://fth1.com/uppic/31107655/ita/ita_31107655_1_20220913-230428.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *เกี่ยวกับเน็ตประชารัฐ: จากสาย Fiber สู่อากาศของคนไทยทั่วประเทศ*. <https://netpracharat.com/AboutNetpracharat/About.aspx>
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (ม.ป.ป.). *การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย Thailand Internet user behavior 2565*. <https://www.eta.or.th/th/บริการของเรา/สถิติและขอมล/สถิติและขอมล/Thailand-Internet-User-Behavior/การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย-Thailand-Internet-User-Behavior.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20230505110449_60642.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566ก). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131046_99194.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566ข). *รายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS)*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230726093138_38640.pdf
- สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ. (2534). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย*. กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2559). ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. <https://www.unicef.org/thailand/media/396/file/ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะ%20และพัฒนาการเด็กปฐมวัย.pdf>

องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2569). แก้วระบบการศึกษาที่ก่อนที่หายเกินไป. <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/แก้วระบบการศึกษาที่ก่อนที่หายเกินไป>



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

ภาคผนวก ก : นโยบาย/มาตรการด้านสุขภาพ สวัสดิภาพ การศึกษา และมาตรฐานความเป็นอยู่ที่สำคัญ

ตาราง ก.1 นโยบาย/มาตรการด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิภาพ และด้านการศึกษาที่สำคัญ

ประเด็น	นโยบาย/มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย
ด้านสุขภาพ		
ด้านโภชนาการ	เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก	เด็กแรกเกิดที่เกิดในครัวเรือนยากจนหรือเสี่ยงต่อความยากจน โดยกำหนดเงื่อนไขสมาชิกในครัวเรือนต้องมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี ซึ่งครอบครัวจะได้รับเงินอุดหนุนบุตร เดือนละ 600 บาท ทุกเดือน ตั้งแต่แรกเกิดจนกว่าเด็กจะมีอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์
	โครงการหัตถจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน ปี 2565-2569 (ยกระดับมาจากโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ปี 2560-2564 ที่มีกลุ่มเป้าหมายไปที่หญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมบุตร และเด็กแรกเกิด-2 ปี)	การยกระดับกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก 0-5 ปี เน้นให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขับเคลื่อนผ่านกลไก “ตำบลหัตถจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” ซึ่งเป็นกลไกที่มุ่งให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
	การส่งเสริมให้เด็กไทยทุกคนกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน	กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทขับเคลื่อนสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ “กินนมแม่ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด” “กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต” และ “กินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัย จนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น” โดยมีเป้าหมายว่าในปี 2568 เด็กไทยร้อยละ 50 ได้กินนมแม่อย่างเดียวยัง 6 เดือน
	การส่งเสริมการจัดทำมนมแม่ในสถานประกอบการ	มีโครงการนำร่องตั้งแต่ปี 2549 โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ปัจจุบันมีการขยายผลสู่ผู้ประกอบการจำนวนมาก โดยกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักในการสนับสนุนขับเคลื่อน
	โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน	เพื่อแก้ปัญหาการขาดสารอาหารและปัญหาทุพโภชนาการในเด็กนักเรียน โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กก่อนวัยเรียนและนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ได้รับนมคนละ 1 กล่อง/วัน จำนวนประมาณ 260 วัน ต่อปีงบประมาณ
	กองทุนเพื่ออาหารกลางวันในโรงเรียนเด็กประถมศึกษา	เป็นโครงการที่มุ่งแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กนักเรียนประถมศึกษา เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2530 และในปี 2534 โดยได้จัดตั้งกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา วงเงิน 6 พันล้านบาท เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนและใช้จ่าย สำหรับการสนับสนุนและช่วยเหลือภาวะโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา และการประชาสัมพันธ์ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กให้ถือเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารทุกวัน
ด้านการป้องกัน	การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดปริมาณเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด	ซึ่งอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 ที่มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 โดยแนวทางการดำเนินงานสำคัญ อาทิ การจัดทำข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อสะท้อนสถานการณ์การบริโภคอาหารและแหล่งอาหารที่มีเกลือและโซเดียมสูง การสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารบรรจุภัณฑ์และขนมขบเคี้ยว การขอความร่วมมืออุตสาหกรรมอาหารในการปรับลดโซเดียมและให้สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบต่อเนื่อง

ประเด็น	นโยบาย/มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย
	การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เด็กและเยาวชน	พัฒนาทักษะชีวิตและความฉลาด 7Qs ได้แก่ Intelligence, Emotional, Creativity, Moral, Play, Adversity และ Social Quotients เพื่อให้เด็กและเยาวชนเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมีความรอบรู้เท่าทันปัญหาและภัยคุกคามทางสุขภาพจิต
	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) รวมไปถึง การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ด้วยระบบ “V Scan-V care-V Recovery” การดูแลช่วยเหลือส่งต่อเข้าสู่การรักษาแบบทันด่วนที่ด้วยทีม HOPE Task Force ระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
	การส่งเสริมและจัดทำบริการประเมินสุขภาพจิต ให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น	อาทิ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 โปรแกรม AI ในรูปแบบ Chatbot 1323 “น้องสายด่วนสุขภาพจิต” แอปพลิเคชัน Mental Health Check Up ที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาร่วมกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาจิตเวช แอปพลิเคชัน Chiiwii บริการหมอออนไลน์ สำหรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ทั้งปัญหาสุขภาพจิตและอื่น ๆ กับแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญผ่านการวิดีโอคอล โทร และแชท
	วาระแห่งชาติเพื่อหยุดโรคอ้วนในเด็ก	เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย มุ่งลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อในปี 2030 โดยมีมาตรการที่สำคัญ คือ การอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยเริ่มจากเด็กเป็นศูนย์กลาง มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพตนเอง มีครอบครัวและชุมชนช่วยสนับสนุนเสริมตลอดจนมีกลไกการขับเคลื่อนสภาพแวดล้อมรอบตัวให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาษีน้ำตาล โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ นโยบายการดูแลส่งเสริมอาหารที่ดีต่อสุขภาพและโภชนาการในโรงเรียน และ (ร่าง) พ.ร.บ.การควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก
	ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครกในวัยรุ่นระดับชาติ ปี 2560-2569	เน้นพัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนหญิง 2 ช่วงอายุ คือ 10-14 ปี และ 15-19 ปี
	นโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ตามแผน การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ปี 2561-2573	ครอบคลุมในทุกช่วงอายุ อาทิ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน นโยบาย BBL (Brain-Based Learning) Playground หรือสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา การเปิดรับโรงเรียนให้ประชาชนเข้ามาออกกำลังกาย การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพร่างกายผ่านการออกกำลังกายในโรงเรียน
ด้านสวัสดิภาพเด็ก		
การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	การส่งเสริมวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก	กระทรวงสาธารณสุขมีการให้บริการวัคซีนขั้นพื้นฐานแก่เด็กแรกเกิด-12 ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน ตามสิทธิประโยชน์พื้นฐานในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
การป้องกันความรุนแรง ในเด็กและเยาวชน	ศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ระดับภูมิภาค 76 จังหวัด	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น (ไกล่เกลี่ย ส่งต่อ ระบุเหตุ) เพื่อให้การคุ้มครองช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ประสานส่งต่อ และติดตามผลการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

ประเด็น	นโยบาย/มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย
การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและระยะเวลา	นโยบาย “3 เร่ง 3 ลด 3 เพิ่ม”	กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสภาวะวิกฤตต่าง ๆ อาทิ วิกฤตด้านเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มในการใช้โทรศัพท์มือถือที่สูงขึ้น วิกฤตความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และวิกฤตทางสังคมอันเนื่องมาจากผู้ปกครองขาดรายได้สำหรับการถือฤกษ์ด้านการศึกษา รวมทั้งแนวทางการลดใช้ความรุนแรงต่อเด็กปฐมวัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเติบโตขึ้นเป็นอนาคตของชาติอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต
ด้านศึกษา		
การพัฒนาคุณภาพการศึกษาและผู้เรียน	พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์การเรียนรู้ สถานเลี้ยงเด็ก)	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์การเรียนรู้ และสถานเลี้ยงเด็ก เป็นสถานศึกษาตาม พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้ดำเนินงานจัดตั้งจากหลายสังกัดหน่วยงาน ได้แก่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจำนวน 638,043 แห่ง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 76,859 แห่ง และสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพฯ จำนวน 17,231 แห่ง เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมและส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2-5 ปี ในด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม และสติปัญญา ก่อนเข้ารับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา โดยมีแนวทางการจัดทำและพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560
	การจัดการศึกษา 1 โรงเรียน 3 รูปแบบ	พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 15 เปิดโอกาสให้สถานศึกษาจัดการศึกษาได้ 3 รูปแบบ คือ (1) การศึกษาในระบบ ซึ่งมีรูปแบบและหลักสูตรเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงเรียนทั่วไป (2) การศึกษานอกระบบ ซึ่งจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม และ (3) การศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ตามศักยภาพ ความพร้อม และความสนใจของตนเอง พร้อมทั้งให้สามารถเทียบโอนผลการเรียนที่สะสมไว้ได้ ทั้งการเรียนในรูปแบบเดียวกันหรือต่างรูปแบบ จากสถานศึกษาเดียวกันหรือต่างสถานศึกษา รวมถึงการฝึกอาชีพ หรือการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน
	โครงการทุนนวัตกรรมสายอาชีพชั้นสูง	กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ได้ดำเนินงานช่วยเหลือเยาวชนผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์หรือด้อยโอกาส อายุ 15-17 ปี ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือเทียบเท่า ให้ได้รับทุนการศึกษาในระดับ ปวส. หรืออนุปริญญาสายอาชีพ ซึ่งมีประเภททุนระยะเวลาตั้งแต่ 1-5 ปี ผ่านทุนการศึกษา 3 กลุ่มสาขาวิชา คือ (1) สาขาเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ (2) สาขาวิชาที่ขาดแคลนด้านสายอาชีพ อาทิ หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และ (3) สาขาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมกันจำนวน 52 สาขา พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีงานทำทันทีเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยในปี 2565 มีนักเรียนได้รับทุนการศึกษาโครงการฯ รวมทั้งสิ้นจำนวน 6,599 คน จากสถาบันการศึกษาจำนวน 112 แห่ง และมีผู้จบการศึกษาแล้วจำนวน 1,691 คน
	โครงการพาน้องกลับมาเรียน	การช่วยเหลือผู้เรียนที่หลุดออกจากระบบการศึกษาและออกกลางคัน ให้กลับเข้าสู่ระบบการศึกษาหรือได้รับการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 12 หน่วยงาน และหน่วยงานในสังกัด โดยผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบนักเรียน นักศึกษา และนักเรียนพิการ ที่หลุดออกจากระบบการศึกษา และออกกลางคืนกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาแล้วจำนวนทั้งสิ้น 121,050 คน จากทั้งหมดจำนวน 121,642 คน

ประเด็น	นโยบาย/มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย
การสนับสนุน ทุนการศึกษา	โครงการเงินอุดหนุนสำหรับส่งเสริมศักยภาพ การจัดการศึกษาท้องถิ่น (ค่าปัจจัยพื้นฐาน สำหรับนักเรียนยากจน)	เงินงบประมาณที่จัดสรรให้แก่นักเรียนในสังกัดองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่บิดามารดา หรือผู้ปกครอง มีรายได้ต่อครัวเรือน ไม่เกิน 36,000 บาทต่อปี โดยจัดสรรให้ระดับประถมศึกษา (ป.1-ป.6) อัตราคนละ 500 บาทต่อภาคเรียน และระดับมัธยม ศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) อัตราคนละ 1,500 บาทต่อภาคเรียน ซึ่งจัดสรรเป็นรายบุคคล โดยใช้ข้อมูลจากระบบการคัดกรอง นักเรียนยากจนของ กสศ. โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้จัดสรรเงินอุดหนุนให้กับนักเรียนยากจนในโรงเรียนสังกัดฯ จำนวน 6,491 คน รวมงบประมาณ 7.7 ล้านบาท
	โครงการกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.)	การให้กู้ยืมเงินแก่นักเรียนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการครองชีพ ระหว่างศึกษา เพื่อเพิ่มโอกาสการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น โดยเฉพาะ ในกลุ่มนักเรียนที่อยู่ในครัวเรือนที่ยากจน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้จัดสรรเงินให้แก่แก่นักเรียนจำนวน 638,714 คน รวมเป็นเงิน 39,204.85 ล้านบาท
	โครงการทุนพัฒนาเต็มศักยภาพสายอาชีพ (ทุนพระกนิษฐาสัมมาชีพ)	กสศ. สนับสนุนโอกาสทางการศึกษาให้แก่เยาวชนที่สำเร็จ การศึกษาในระดับชั้น ปวช. หรือ ปวส. ที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ หรือด้อยโอกาส แต่มีผลการเรียนในระดับดีมาก “กลุ่มนักเรียน ข้างเผือก” ให้ได้รับทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อในระดับ อุดมศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก ตามศักยภาพของผู้เรียน โดยในปี 2565 มีผู้ได้รับการทุน สนับสนุนจำนวน 123 คน ในสถาบันการศึกษาจำนวน 35 แห่ง จาก 30 จังหวัดทั่วประเทศ
	โครงการจัดสรรเงินอุดหนุน นักเรียนยากจนพิเศษแบบมีเงื่อนไข (Conditional Cash Transfer: CCT)	กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ได้จัดสรรเงิน อุดหนุนแก่นักเรียนยากจนพิเศษในหน่วยงานจัดการศึกษา 6 สังกัด ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มี รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท และมีคะแนน ความขาดแคลนทุนทรัพย์ (PMT) มากกว่า 50 คะแนน ซึ่งจะ พิจารณาคัดกรองจากสถานะครัวเรือนทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ครัวเรือน มีภาระพึ่งพิง การอยู่อาศัยที่ไม่มั่นคง ลักษณะที่อยู่อาศัย ที่ดิน ทำการเกษตร แหล่งน้ำดื่ม แหล่งไฟฟ้า ยานพาหนะ และของใช้ ในครัวเรือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้าน การศึกษาของครอบครัว และสนับสนุนให้เด็กได้รับโอกาสทาง การศึกษาอย่างเท่าเทียม
	โครงการ ODOS (One District One Scholarship) 1 อำเภอ 1 ทุนการศึกษา	โครงการรัฐบาลมอบทุนการศึกษาให้กับนักเรียนที่เรียนดี ไปศึกษาต่อต่างประเทศ กระจายทุนไปทุกอำเภอทั่วประเทศ เพื่อให้เด็กไทยทุกคนเข้าถึงโอกาสอย่างเท่าเทียม โดยใช้เงิน จากการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล เป็นทุนในการพัฒนา โอกาสการศึกษาเยาวชน ครอบคลุมทุนการศึกษาต่อระดับ ปริญญาตรี ทุนการศึกษาภาคฤดูร้อน และการพัฒนาโรงเรียน ประจำอำเภอเป็นโรงเรียนต้นแบบ เพื่อให้ทุกอำเภอได้มี ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ
ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่		
การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ขั้นพื้นฐานให้แก่ ครัวเรือนรายได้น้อย	โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (บัตรคนจน)	สวัสดิการที่จัดสรรให้กับผู้มีรายได้น้อย โดยมีรายได้ส่วนบุคคล ไม่เกิน 100,000 บาท/ปี และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี โดยสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับครอบคลุม การมีมาตรฐานความเป็นอยู่ในหลายด้าน ได้แก่ (1) การให้ วงเงินสำหรับจัดซื้อสินค้าที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน (2) การให้ ส่วนลดค่าก๊าซหุงต้มเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านพลังงานใน ครัวเรือน (3) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเดินทางผ่านระบบขนส่ง สาธารณะหลากหลายประเภท และ (4) การสนับสนุนค่าไฟฟ้า และน้ำประปาสำหรับครัวเรือน

ประเด็น	นโยบาย/มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย
การส่งเสริมการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต	โครงการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง “ซิมพร้อมเรียน”	กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ร่วมมือกับ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) และผู้ให้บริการเครือข่าย Infinite Sim จัดทำโครงการซิมพร้อมเรียนเพื่อสนับสนุนให้นักเรียนยากจนทั่วประเทศที่กำลังศึกษาอยู่ชั้น ป.6 และ ม.1-ม.3 ในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) (ประเภทการกุศล) และ กทม.ให้สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตฟรี 6 เดือน (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 กรกฎาคม 2568) จำนวน 357,000 ซิม (คน)
	โครงการเน็ตประชารัฐ	กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับสำนักงาน กสทช. ดำเนินโครงการยกระดับโครงสร้างพื้นฐานโทรคมนาคมโดยการวางโครงข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงให้ครอบคลุมหมู่บ้านเป้าหมาย จำนวน 24,700 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านในพื้นที่ห่างไกลที่การให้บริการโทรคมนาคมพื้นฐานยังไม่ทั่วถึง และจัดให้มีจุดให้บริการอินเทอร์เน็ตสาธารณะแบบไร้สาย โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย หมู่บ้านละ 1 จุด ในหมู่บ้านพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านจุดบริการอินเทอร์เน็ต

ที่มา : รวบรวมโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ภาคผนวก ข : การปรับตัวชีวิต

ปี 2565 สศช. ได้มีการหารือร่วมกับ Ms. Sabina Alkire ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และแก้ไขความยากจนแห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford Poverty and Human Development Initiative: OPHI) เพื่อทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัด C-MPI ใหม่ โดยมีการปรับองค์ประกอบของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก CMPI ในทุกมิติ ซึ่งเปลี่ยนแปลงทั้งเกณฑ์กลุ่มอายุและเกณฑ์ความขัดสนในแต่ละตัวชี้วัดของมิตินั้น ประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่

1. ด้านการศึกษา มีการปรับเกณฑ์อายุและหรือเงื่อนไขความขัดสนของตัวชี้วัดการเรียนรู้ ดังนี้

กลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี นำเกณฑ์การมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่มของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในตัวชี้วัดการเรียนรู้ (เดิม) โดยปรับเกณฑ์อายุให้ลดลงเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี รวมถึงเพิ่มเงื่อนไขความขัดสนการไม่มีของเล่นที่บ้าน เพื่อให้สะท้อนการมีพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กได้ครอบคลุมมากขึ้น

กลุ่มอายุ 2-4 ปี นำเกณฑ์การที่เด็กอายุ 3-4 ปี ที่มีการทำกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม ในตัวชี้วัดด้านการเรียนรู้ (เดิม) โดยมีการขยายเกณฑ์อายุให้เป็น 2-4 ปี เพื่อให้ครอบคลุมช่วงวัยเด็กมากยิ่งขึ้น

ตาราง ข.1 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขัดสนในมิติการศึกษา

มิติ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขัดสนปี 2562 (เดิม)	เกณฑ์ความขัดสน ปี 2565 (ใหม่)	น้ำหนัก
การศึกษา	การเรียนรู้	เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม	เด็กอายุ 0-1 ปี มีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน	25.0%
		เด็กอายุ 3-4 ปี ที่มีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม (จาก 6 กิจกรรม ได้แก่ การอ่านหนังสือ การเล่านิทาน การร้องเพลง การพาเด็กออกไปนอกบ้าน การเล่นกับเด็ก และการสอนเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ)	เด็กอายุ 2-4 ปี ที่มีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม (จาก 6 กิจกรรม ได้แก่ การอ่านหนังสือ การเล่านิทาน การร้องเพลง การพาเด็กออกไปนอกบ้าน การเล่นกับเด็ก และการสอนเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ)	
		เด็กอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	เด็กอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ (ไม่เปลี่ยนแปลง)	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

2. ด้านสวัสดิภาพเด็ก มีการปรับเกณฑ์อายุและหรือเงื่อนไขความขัดสน ดังนี้

1) ตัวชี้วัดการคุ้มครองเด็ก

กลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ใช้เกณฑ์เด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามที่กำหนด (ย้ายมาจากมิติด้านสุขภาพของตัวชี้วัดด้านโภชนาการและการป้องกัน) เพื่อสะท้อนการคุ้มครองเด็กจากโรคร้ายแรงที่สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิต เนื่องจากเงื่อนไขเดิมอย่างการไม่ได้จดทะเบียนการเกิดของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีสัดส่วนเด็กที่ขัดสนค่อนข้างต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าเด็กไทยเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงระบบการจดทะเบียนการเกิดอย่างครอบคลุมแล้ว

กลุ่มอายุ 5-14 ปี มีการปรับลดช่วงอายุจาก 1-4 ปี เป็น 5-14 ปี และเพิ่มเงื่อนไขการกระทำรุนแรงในรูปแบบอื่น ๆ มาพิจารณาด้วย จากเดิมพิจารณาประเภทของการกระทำรุนแรงเพียง 2 ชนิด คือ (1) การเมียนตัวอย่างแรงเท่าที่จะทำได้ซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือ (2) การตบหรือตีที่หน้า ศีรษะ หรือหู เป็น 8 ชนิด ได้แก่ (1) เขย่าหรือกระชากตัวเด็ก (2) ตะโกน ตะคอก ตะหวาด (3) ตบตีที่ก้นด้วยมือเปล่า (4) ตีด้วยสิ่งของวัตถุแข็ง (5) ด่าว่าโง่/ขี้เกียจ (6) ตบตีที่หน้า ศีรษะหรือหู (7) ตีตบที่มีมือแขนขา หรือ (8) ตีอย่างรุนแรงซ้ำ ๆ

2) ตัวชี้วัดการเป็นอยู่

กลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ใช้เงื่อนไขการถูกละเลยให้เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป แทนเงื่อนไขเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เกินกว่า 1 ชั่วโมง (เดิม) เนื่องจากสัดส่วนเด็กที่ขาดสนด้านการอยู่ตามลำพังฯ ต่ำเกินไป สะท้อนถึงปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว อีกทั้งเงื่อนไขความขาดสนเป็นเป็นการที่เด็กถูกละเลยให้เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมง ขึ้นไป เป็นปัญหาที่เด็กไทยกำลังเผชิญ ซึ่ง WHO แนะนำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ควรอยู่กับหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมง/วัน

กลุ่มอายุ 5-14 ปี ใช้เงื่อนไขความขาดสนเดิม เพียงแต่ปรับลดช่วงอายุ เป็น 5-14 ปี เนื่องจากช่วงอายุเดิมมีการขยายถึง 15-17 ปี ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวถือเป็นวัยแรงงานแล้ว

กลุ่มอายุ 15-17 ปี ใช้เงื่อนไขการรู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน เพื่อสะท้อนความปลอดภัยด้านที่อยู่อาศัย

ตาราง ข.2 การปรับตัวชี้วัดและเกณฑ์ความขาดสนในมิติสวัสดิภาพเด็ก

มิติ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขาดสน ปี 2562 (เดิม)	เกณฑ์ความขาดสน ปี 2565 (ใหม่)	น้ำหนัก
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครองเด็ก	เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ไม่ได้จดทะเบียนการเกิด	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด	12.5%
		เด็กอายุ 1-14 ปี ที่ถูกระงับการกระทำรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง (จาก 2 อย่าง)	เด็กอายุ 5-14 ปี ที่ถูกระงับการกระทำรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง (จาก 8 อย่าง)	
		เด็กอายุ 15-17 ปี ที่เคยสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทันสมภรรยา	เด็กอายุ 15-17 ปี ที่เคยสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทันสมภรรยา (ไม่เปลี่ยนแปลง)	
การเป็นอยู่	การเป็นอยู่	เด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เกินกว่า 1 ชั่วโมง	เด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ถูกละเลยให้เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	12.5%
		เด็กอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ในกรณีที่พักหรือแม่ยังมีชีวิตอยู่	เด็กอายุ 5-14 ปี ที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ในกรณีที่พักหรือแม่ยังมีชีวิตอยู่	
			เด็กอายุ 15-17 ปี ที่รู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

3. **ด้านมาตรฐานความเป็นอยู่** มีการปรับลด/เพิ่มตัวชี้วัดใหม่ จาก 5 ตัวชี้วัด เป็น 3 ตัวชี้วัด คือ **เชื้อเพลิงทำอาหาร** ใช้เกณฑ์ความขาดสนเดิม **อินเทอร์เน็ต** เพื่อสะท้อนความสามารถการเข้าถึงด้านดิจิทัล และ **สินทรัพย์** เพื่อสะท้อนการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในปัจจุบัน ทั้งนี้ สาเหตุที่ตัดบางตัวชี้วัดเดิมออกไป (ที่อยู่อาศัย บัญชีธนาคาร และน้ำดื่ม) เนื่องจากกลุ่มตัวชี้วัดดังกล่าวมีสัดส่วนเด็กที่ขาดสนอยู่ในระดับต่ำชี้ให้เห็นว่า ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขแล้ว

ตาราง ข.3 การปรับตัวชีวิตและเกณฑ์ความขัดสนในมิติมาตรฐานความเป็นอยู่

มิติ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขัดสน ปี 2562 (เดิม)	เกณฑ์ความขัดสน ปี 2565 (ใหม่)	น้ำหนัก
มาตรฐาน ความเป็นอยู่	ที่อยู่อาศัย	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ (1) หลังคา ทำจาก ใบไม้ ไม้กระดาน กล่อกระดาช อื่น ๆ หรือ (2) ฝาบ้าน ทำจากท่อนไม้ ไม้ไผ่ ไม้อัด เศษไม้ อื่น ๆ หรือ (3) พื้นบ้านที่ทำจาก ดินหรือทราย เศษไม้ ไม้ไผ่ อื่น ๆ		
	เชื้อเพลิง ทำอาหาร	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน (ไม่เปลี่ยนแปลง)	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน (ไม่เปลี่ยนแปลง)	8.3%
	สินทรัพย์	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่ได้เป็น เจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 4 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่ได้เป็น เจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 3 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น	8.3%
	บัญชีธนาคาร	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่มีบัญชีธนาคาร		
	น้ำดื่ม	ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ใช้แหล่งน้ำดื่มหลักเป็นบ่อน้ำหรือน้ำพุ ที่ไม่มีการป้องกัน รดน้ำ รถเข็นน้ำ น้ำจากแม่น้ำ/คลอง/บึง/อย่างอื่น และไม่ได้ ใช้วิธีทำให้น้ำปลอดภัยขึ้น		
	อินเทอร์เน็ต		ครัวเรือนของเด็กต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่มีอินเทอร์เน็ต	8.3%

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

4. **ด้านสุขภาพ** เนื่องจากชุดข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในปี 2565 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการปรับลดข้อคำถามลงบางส่วน คือ ข้อคำถามการบริโภคเกลือไอโอดีน ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของตัวชี้วัดโภชนาการในช่วงอายุ 5-17 ปี อีกทั้ง ยังไม่มีข้อคำถามอื่นที่เหมาะสมที่สามารถใช้สะท้อนการมีโภชนาการของเด็กในช่วงอายุ 5-17 ปี ได้ ดังนั้น ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว จึงต้องรวมตัวชี้วัดทั้งสองเข้าด้วยกันให้เป็นตัวชี้วัดเดียว เพื่อให้สามารถวัดความยากจนในมิติสุขภาพได้ครอบคลุมทุกช่วงวัย ดังนี้

ตาราง ข.4 การปรับตัวชีวิตและเกณฑ์ความขัดสนในมิติสุขภาพ ครั้งที่ 1

มิติ	ปี 2562			ปี 2565 (ปรับครั้งที่ 1)		
	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขัดสน	น้ำหนัก	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขัดสนเดิม	น้ำหนัก
สุขภาพ	โภชนาการ	เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่	12.5%	โภชนาการ และ การป้องกัน	เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่ หรือไม่ได้รับ วัคซีนครบตามที่กำหนด	25.0%
		เด็กอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น หรือผอมลีบ)				
		เด็กอายุ 5-17 ปี ที่ไม่ได้รับริโภคเกลือที่มีไอโอดีน มากกว่า 15 PPM				
	การป้องกัน	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับ วัคซีนครบตามที่กำหนด	12.5%		เด็กอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น หรือผอมลีบ) หรือไม่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด	
		เด็กอายุ 5-14 ปี ที่บ้านไม่มีสถานที่ล้างมือ			เด็กอายุ 5-14 ปี ที่บ้านไม่มีสถานที่ล้างมือ	
		เด็กอายุ 15-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา			เด็กอายุ 15-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

อย่างไรก็ดี จากการหารือในหัวข้อ เรื่องการรับฟังความเห็นสถานการณ์ความยากจนหลายมิติของกลุ่มเด็กและการจัดทำตัวชี้วัดความยากจนหลายมิติผู้สูงอายุ ร่วมกับ Ms. Sabina Alkire ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และแก้ไขความยากจนแห่งมหาวิทยาลัยอ็อกซ์ฟอร์ด (Oxford Poverty and Human Development Initiative: OPHI) เมื่อวันอังคารที่ 5 พฤศจิกายน 2567 จึงได้ปรับเกณฑ์ความขัดสนใหม่อีกครั้ง ส่งผลให้แต่ละช่วงอายุมีเงื่อนไขความขัดสน ดังนี้

กลุ่มอายุต่ำกว่า 6 เดือน ใช้เงื่อนไขเด็กต่ำกว่า 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่ เพียงเงื่อนไขเดียว จากเดิมที่มีการรวมเงื่อนไขการได้รับวัคซีนเข้าไปด้วยซึ่งอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับนโยบาย ซึ่งการรวมตัวชี้วัดทำให้เกิดความไม่ชัดเจนว่าเด็กที่มีความขัดสนเกิดจากปัญหาในด้านใด อีกทั้ง เงื่อนไขการได้รับวัคซีนถูกย้ายไปอยู่มิติสวัสดิภาพเด็กแล้ว

กลุ่มอายุ 6 เดือน - 4 ปี ใช้เงื่อนไขเด็กอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์) ซึ่งการเพิ่มเงื่อนไขภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และภาวะน้ำหนักเกินเข้าไปด้วย เนื่องจากเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของสภาวะทุพโภชนาการในปัจจุบัน อีกทั้ง การรวมเงื่อนไขการได้รับวัคซีนเข้าไปด้วยซึ่งอาจไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความไม่ชัดเจนว่าเด็กที่มีความขัดสนเกิดจากปัญหาในด้านใด อีกทั้ง เงื่อนไขการได้รับวัคซีนยังถูกย้ายไปอยู่มิติสวัสดิภาพเด็กแล้ว

กลุ่มอายุ 5-14 ปี ใช้เกณฑ์เด็กอายุ 5-14 ปี ที่ครัวเรือนไม่มีสถานที่ล้างมือ หรือสบู/ผงซักฟอก/น้ำยาล้างจานสำหรับใช้ล้างมือ ซึ่งการเพิ่มเงื่อนไขการมีสบูล้างมือ เพื่อสะท้อนความพร้อมในการเข้าถึงทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นในด้านสุขอนามัย/การป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากขึ้น

ตาราง ข.5 การปรับตัวชีวิตและเกณฑ์ความขัดสนในมิติสุขภาพ ครั้งที่ 2

มิติ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ความขัดสน ปี 2565 ครั้งที่ 1	เกณฑ์ความขัดสน ปี 2565 ครั้งที่ 2	น้ำหนัก
สุขภาพ	โภชนาการ และการป้องกัน	เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่ หรือไม่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด	เด็กต่ำกว่า 6 เดือน ที่ไม่ได้กินนมแม่	25.0%
		เด็กอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะ ทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น หรือผอมลีบ) หรือไม่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด	เด็กอายุ 6 เดือน - 4 ปี ที่ตกอยู่ในภาวะ ทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์)	
		เด็กอายุ 5-14 ปี ที่ครัวเรือนไม่มี สถานที่ล้างมือ	เด็กอายุ 5-14 ปี ที่ครัวเรือนไม่มี สถานที่ล้างมือ หรือสบู่อุปโภค/ น้ำยาล้างจานสำหรับใช้ล้างมือ	
		เด็กอายุ 15-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	เด็กอายุ 15-17 ปี ที่ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา (ไม่เปลี่ยนแปลง)	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ผลจากการปรับตัวชีวิตดังกล่าว ส่งผลให้องค์ประกอบของดัชนีความยากจนหลายมิติของกลุ่มเด็กในภาพรวม เป็นดังตารางนี้

ตาราง ข.6 องค์ประกอบของดัชนีความยากจนหลายมิติของเด็ก ปี 2565

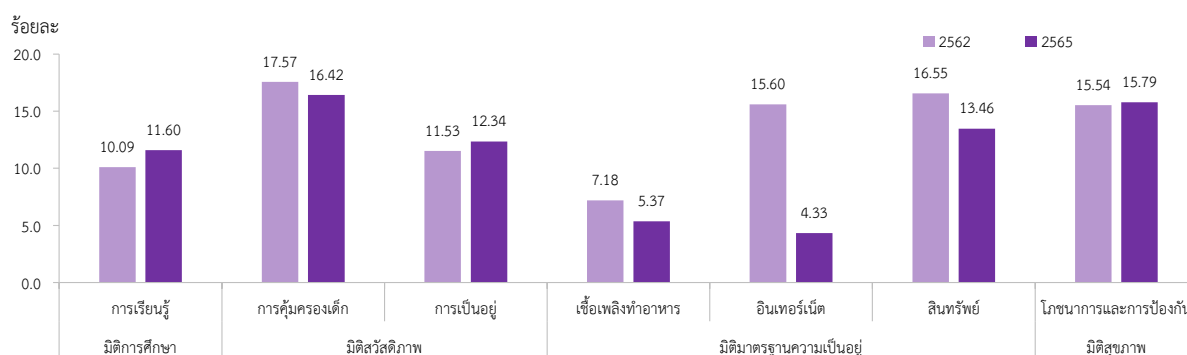
มิติ	ตัวชี้วัด	กลุ่มอายุ	เกณฑ์ความขัดสน	น้ำหนัก
การศึกษา	การเรียนรู้	ต่ำกว่า 2 ปี	เด็กมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน	25.0%
		2-4 ปี	เด็กมีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม	
		5-17 ปี	เด็กไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครอง เด็ก	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามที่กำหนด	12.5%
		5-14 ปี	เด็กถูกระทำทารุณกรรมรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง	
		15-17 ปี	เด็กเคยสมรสหรืออยู่กับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทมิภรรยา	
	ความเป็นอยู่	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	12.5%
		5-14 ปี	เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในกรณีที่พ่อหรือแม่มยังมีชีวิตอยู่	
		15-17 ปี	เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน	
มาตรฐาน ความเป็นอยู่	เชื้อเพลิง ทำอาหาร	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน	8.3%
	อินเทอร์เน็ต	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต	8.3%
	สินทรัพย์	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 4 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่ อย่างน้อย 1 ชิ้น	8.3%
สุขภาพ	โภชนาการ และการ ป้องกัน	ต่ำกว่า 6 เดือน	เด็กไม่ได้กินนมแม่	25.0%
		6 เดือน - 4 ปี	เด็กอยู่ในสภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์)	
		5-14 ปี	ไม่มีสถานที่ล้างมือ หรือสบู่อุปโภค/น้ำยาล้างจานสำหรับล้างมือ	
		15-17 ปี	ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	

ที่มา : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

ภาคผนวก ค : การเปรียบเทียบอัตราการขาดส ในแต่ละตัวชี้วัด ระหว่าง MICS6 (ปี 2562) กับ MICS7 (ปี 2565)

การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงความยากจนหลายมิติของกลุ่มเด็กสามารถพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบความยากจนข้อมูลตั้งแต่ MICS6 (ปี 2562) ถึง MICS7 (ปี 2565) ซึ่งประเด็นคำถามใน MICS6 ถูกปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องตามประเด็นคำถามของ MICS7 ทั้งนี้ข้อมูล MICS75 (ปี 2559/2558) ไม่ได้ถูกนำมาเปรียบเทียบเนื่องจากหลายข้อคำถามที่ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดใน MICS7 ไม่มีในชุดข้อมูลของ MICS75 ดังนั้น ผลการเปรียบเทียบชุดข้อมูลระหว่าง MICS6 (ปี 2562) กับ MICS7 (ปี 2565) เป็นดังนี้

แผนภาพ ค.1 สัดส่วนเด็กยากจนหลายมิติที่ขาดสในแต่ละตัวชี้วัด (CENSORED HEADCOUNT RATIO) ปี 2562 และ 2565



ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

เมื่อเปรียบเทียบชุดของข้อมูลการสำรวจของ MICS6 ที่เก็บข้อมูลในช่วงปี 2562 พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และอยู่ในเกณฑ์สำหรับการนำมาใช้คำนวณดัชนีความยากจนหลายมิติทั้งหมด 30,753 คน ขณะที่ MICS7 ที่เก็บข้อมูลในช่วงปี 2565 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และอยู่ในเกณฑ์สำหรับการนำมาใช้คำนวณดัชนีความยากจนหลายมิติทั้งหมด 24,185 คน โดยเมื่อนำข้อมูลการสำรวจมาคำนวณสัดส่วนของเด็กที่มีขาดสในแต่ละตัวชี้วัด (Uncensored headcount ratio) โดยที่ยังมิได้มีการใช้เกณฑ์ความยากจนหลายมิติมาวัด เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง MICS6 และ MICS7 พบว่า ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มของเด็กขาดสที่ลดลง ยกเว้นเพียงตัวชี้วัดการเรียนรู้ในด้านการศึกษ ตัวชี้วัดการเป็นอยู่ในด้านสวัสดิภาพเด็ก ตัวชี้วัดสินทรัพย์ของครัวเรือนในด้านมาตรฐานความเป็นอยู่ และตัวชี้วัดโภชนาการและการป้องกันของด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มความยากจนหลายมิติเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ หากสังเกตความขาดสที่แบ่งตามแต่ละช่วงวัย พบว่า ร้อยละของช่วงอายุเด็กที่มีอัตราการขาดสอยู่ในระดับสูงตลอดมาจากเด็ก 0-4 ปี อาทิ การมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน การไม่ได้กินนมแม่ และการตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์)

ตาราง ค.1 เปรียบเทียบอัตราการขาดเรียนในเกณฑ์ความขาดเรียนแต่ละช่วงวัย ระหว่าง MICS6 และ MICS7

มิติ	ตัวชี้วัด	กลุ่มอายุ	เกณฑ์การขาดเรียน	สัดส่วนเด็กที่ขาดเรียน (ร้อยละ)	
				MICS6	MICS7
การศึกษา	การเรียนรู้	ต่ำกว่า 2 ปี	เด็กมีหนังสือ/สมุดภาพน้อยกว่า 1 เล่ม และไม่มีของเล่นที่บ้าน	42.41	40.15
		2-4 ปี	เด็กมีกิจกรรมทำร่วมกับพ่อแม่หรือผู้ใหญ่คนอื่นน้อยกว่า 4 กิจกรรม	10.46	13.53
		5-17 ปี	เด็กไม่ได้เข้าเรียนหนังสือ	5.51	7.82
สวัสดิภาพเด็ก	การคุ้มครองเด็ก	ต่ำกว่า 5 ปี	เด็กไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามที่กำหนด	13.92	17.74
		5-14 ปี	เด็กถูกระงับความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง	24.70	21.78
		15-17 ปี	เด็กเคยสมรสหรืออยู่กับผู้ชาย/ผู้หญิงฉันทันที	3.28	1.77
	การเป็นอยู่	ต่ำกว่า 5 ปี	ให้เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	5.83	13.22
		5-14 ปี	เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในกรณีที่พ่อหรือแม่ยังมีชีวิตอยู่	17.63	15.77
		15-17 ปี	เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัย หากต้องเดินตามลำพังในชุมชนตอนกลางคืน	2.95	2.92
มาตรฐานความเป็นอยู่	เชื้อเพลิงทำอาหาร	ทุกช่วงอายุ	ใช้เชื้อเพลิงหลักเป็นถ่าน/ไม้/ฟืน หรืออื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่นอกบ้าน	7.18	5.37
	อินเทอร์เน็ต	ทุกช่วงอายุ	ครัวเรือนเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต	15.60	4.33
	สินทรัพย์	ทุกช่วงอายุ	ไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งของชิ้นเล็กอย่างน้อย 3 ชิ้น และไม่มีของชิ้นใหญ่อย่างน้อย 1 ชิ้น	16.55	13.46
สุขภาพ	โภชนาการและการป้องกัน	ต่ำกว่า 6 เดือน	เด็กไม่ได้กินนมแม่	28.42	27.38
		6 เดือน - 4 ปี	เด็กตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ยแคระแกร็น ผอมลีบ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์)	33.49	33.07
		5-14 ปี	ไม่มีสถานที่ล้างมือ หรือสบู่/ผงซักฟอก/น้ำยาล้างจานสำหรับใช้ล้างมือ	10.58	12.85
		15-17 ปี	ไม่ได้เรียนวิชาเพศศึกษา	4.39	3.26

ที่มา : ข้อมูลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

962 ถนนกรุงเกษม แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100

โทรศัพท์ 0-2282-8821

www.nesdc.go.th