

1. Assessment บทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด ข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ที่นำมาใช้
ตัวชี้วัดที่ 1.8 ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน-รอบ 5 เดือนหลัง

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

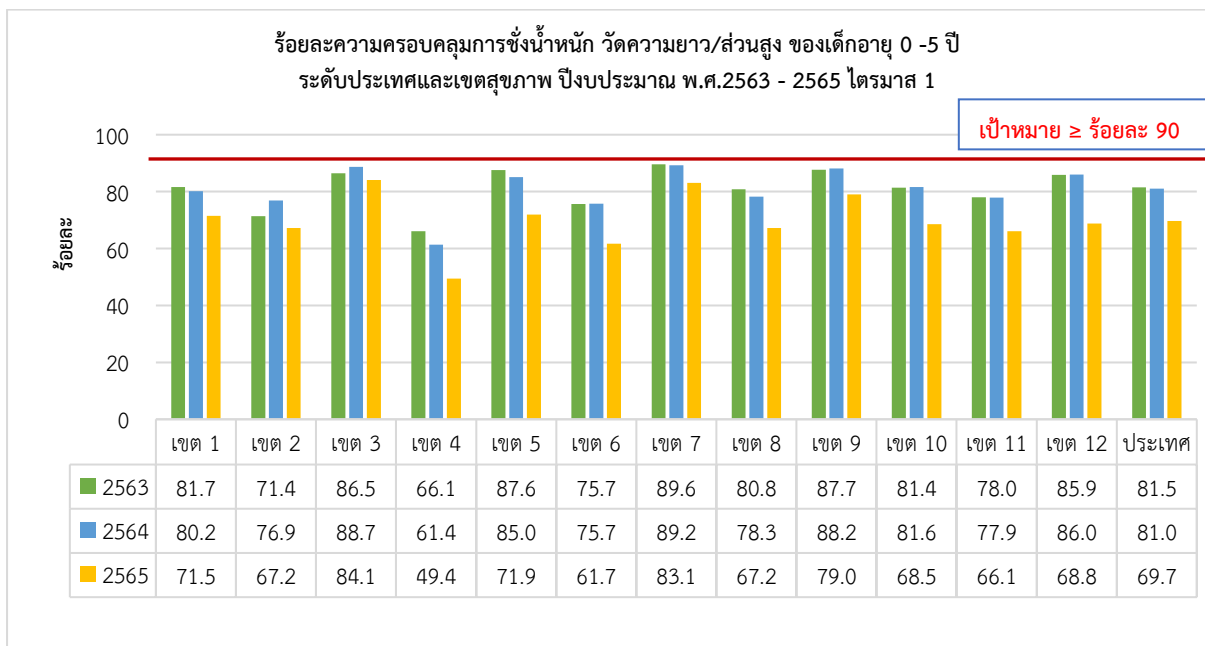
❖ แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี เมื่อพิจารณา รายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3, 7 และ 9 มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 84.1, 83.1 และ 79.0 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4, 6 และ 11 มีค่าต่ำสุด คือ ร้อยละ 49.4, 61.7 และ 66.1 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

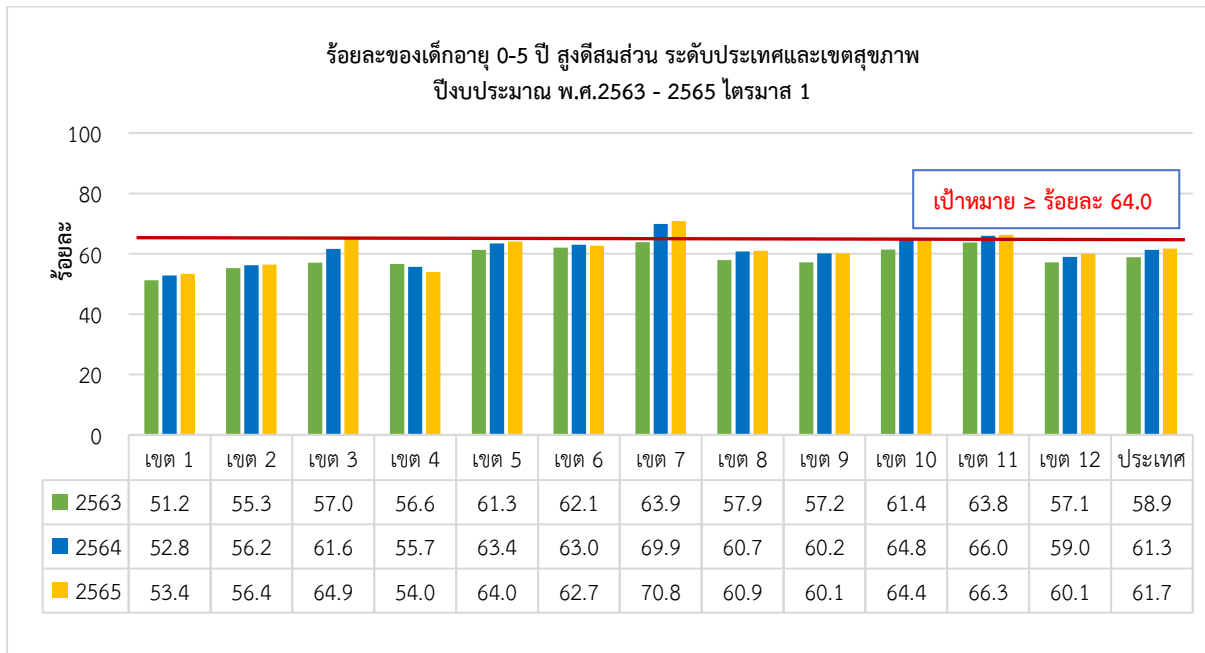
สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7, 11 และ 3 มีร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 70.8, 66.3 และ 64.9 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 1, 4 และ 2 มีร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน ต่ำสุด คือ ร้อยละ 53.4, 54.0 และ 56.4 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศ และเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1

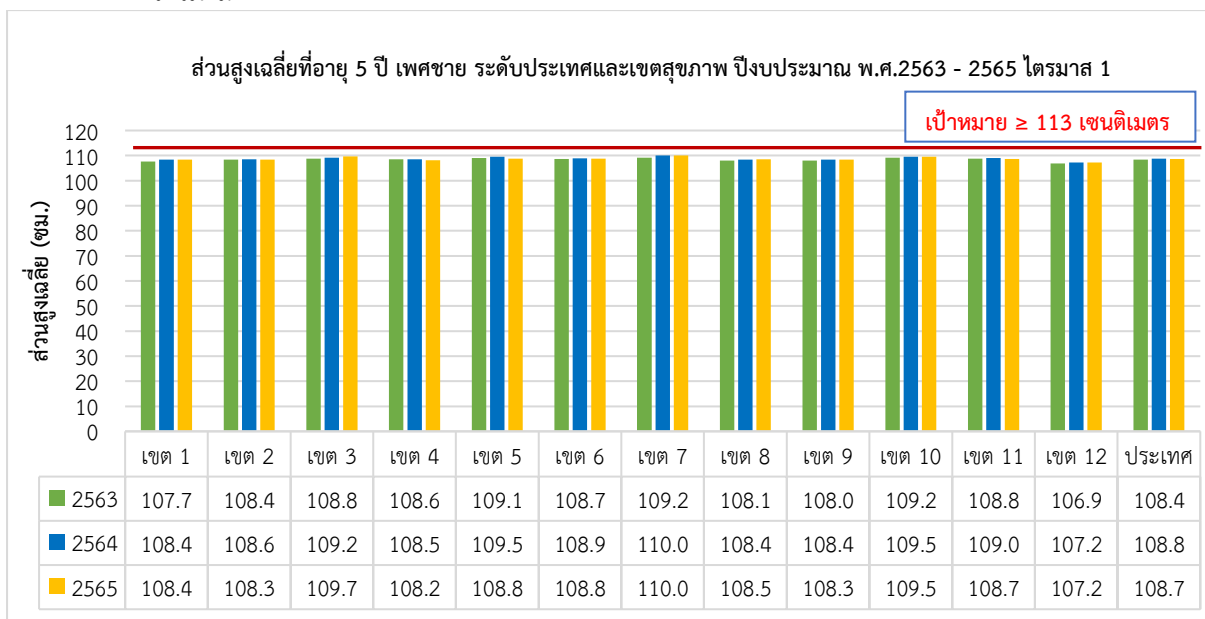


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี แยกเพศชาย-หญิง

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7, 3 และ 10 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 110.0, 109.7 และ 109.5 ซม. ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 12, 4, 2 และ 9 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ต่ำสุด คือ 107.2, 108.2, 108.3 และ 108.3 ซม. ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบ ปี 2563 – 2565 พบว่า ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 2, 4, 5, 6, 9 และ 11 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชายลดลง ส่วนเขตสุขภาพที่ 3 และ 8 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชายเพิ่มขึ้นและเขตสุขภาพที่ 1, 7, 10 และ 12 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชายค่าคงที่จากปี 2564

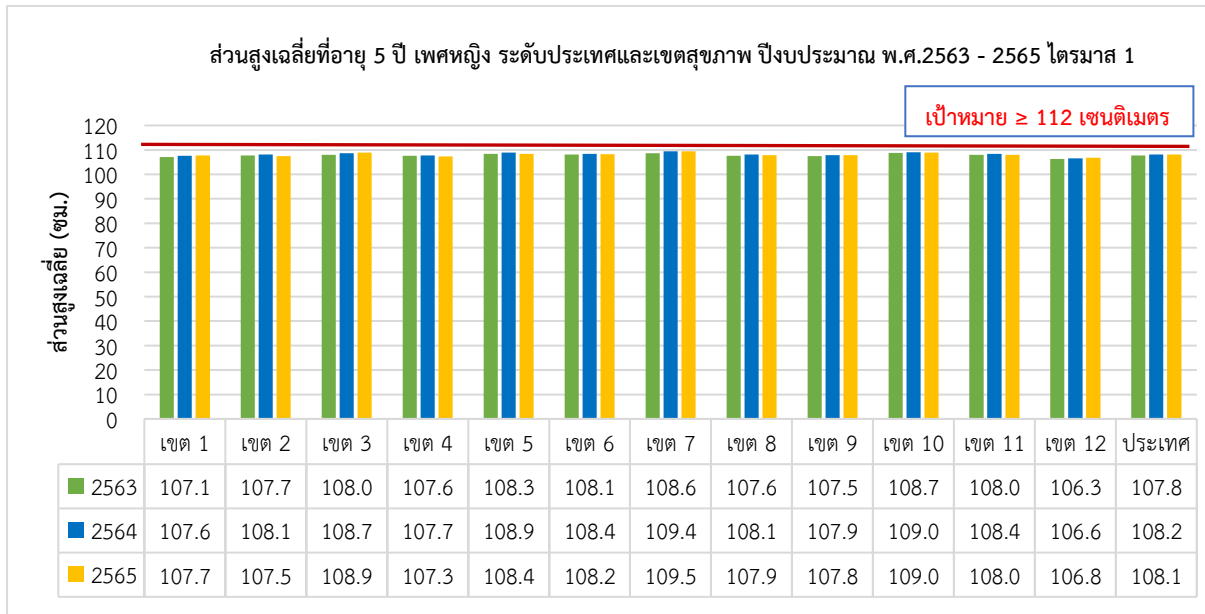
แผนภูมิที่ 3 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7, 10 และ 3 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 109.5, 109.0 และ 108.9 ซม. ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 12, 4 และ 2 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ต่ำสุด คือ 106.8, 107.3 และ 107.5 ซม. ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2563 - 2565 พบว่า ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 2, 4, 5, 6, 8, 9 และ 11 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิงลดลง ส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 3, 7 และ 12 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิงเพิ่มขึ้น และเขตสุขภาพที่ 10 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิงค่าคงที่จากปี 2564

แผนภูมิที่ 4 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2564 ไตรมาสที่ 1

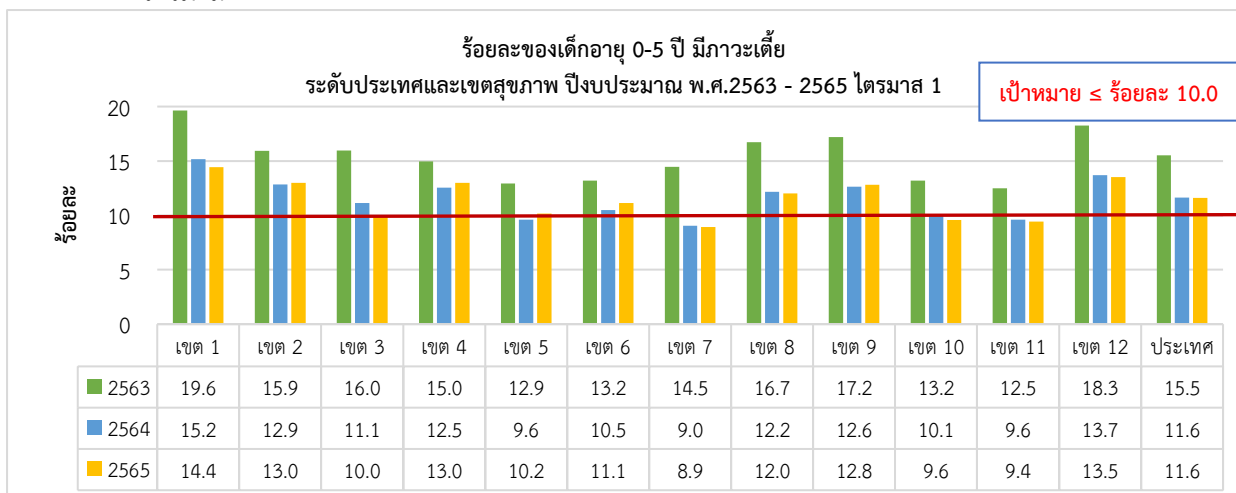


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์เด็กเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 7, 11 และ 10 มีร้อยละเด็กเตี้ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 8.9, 9.4 และ 9.6 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 1, 12, 2 และ 4 เท่ากัน มีร้อยละเด็กเตี้ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 14.4, 13.5, 13.0 และ 13.0 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5)

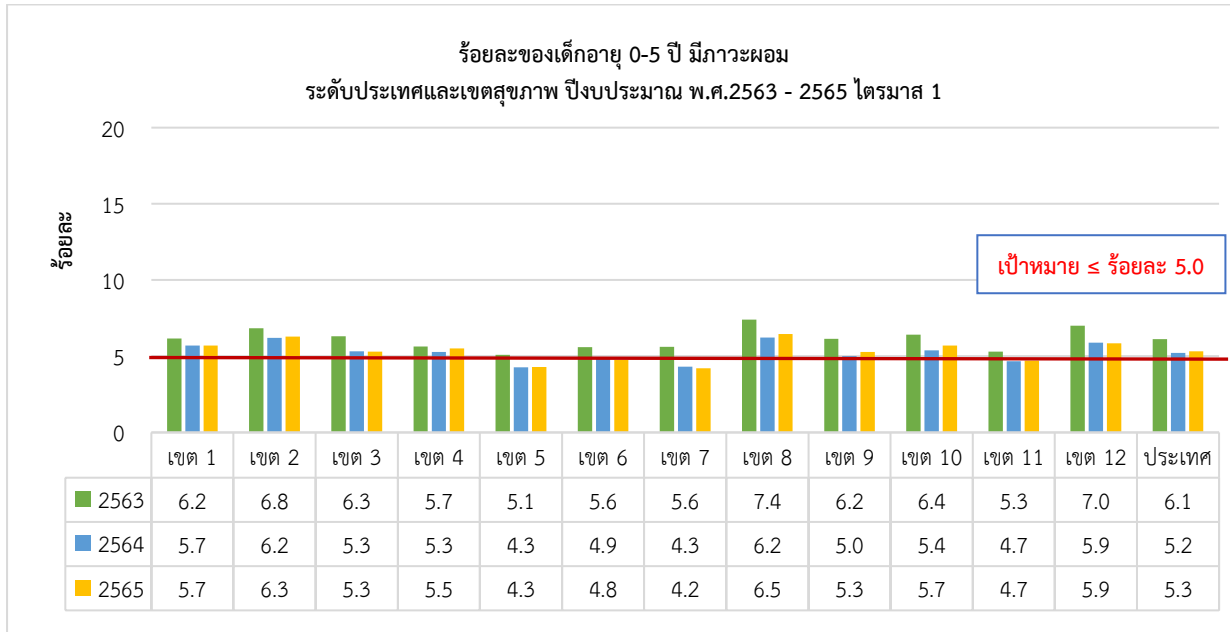
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะผอม เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 7, 5 และ 11 มีร้อยละเด็กผอมต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 4.2, 4.3 และ 4.7 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8, 2 และ 12 มีร้อยละเด็กผอมสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 6.5, 6.3 และ 5.9 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 6)

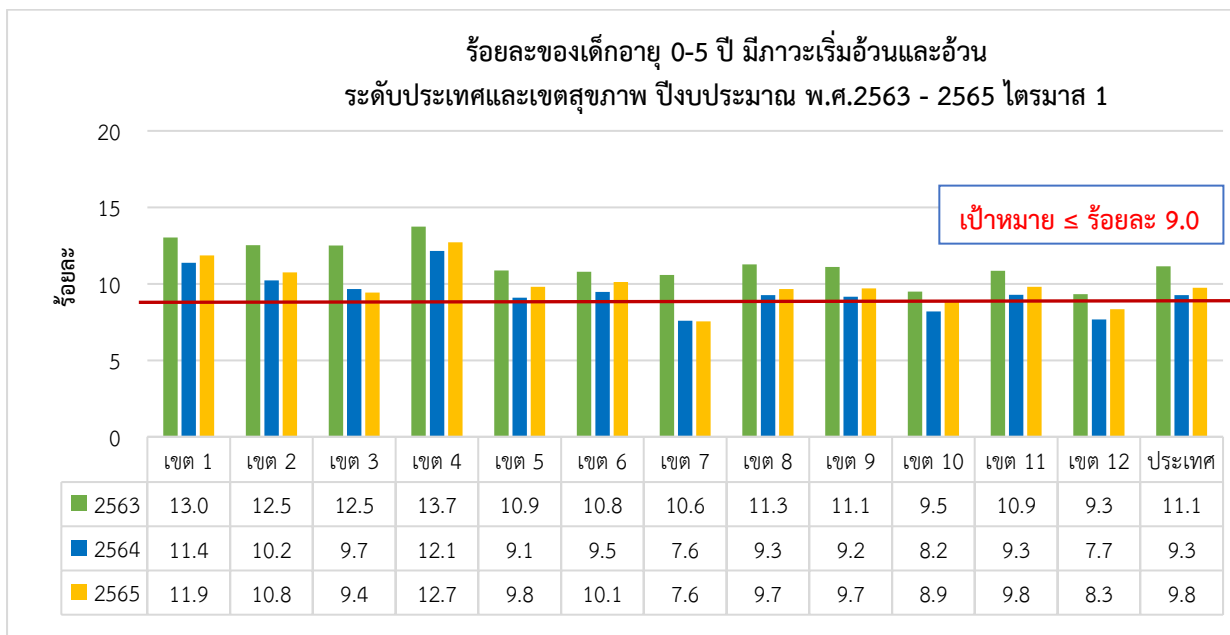
แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4,1 และ 2 มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กอายุ 0 – 5 ปี มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 12.7, 11.9 และ 10.8 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 7, 12 และ 10 มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กอายุ 0 – 5 ปี น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 7.6, 8.3 และ 8.9 (แผนภูมิที่ 7)

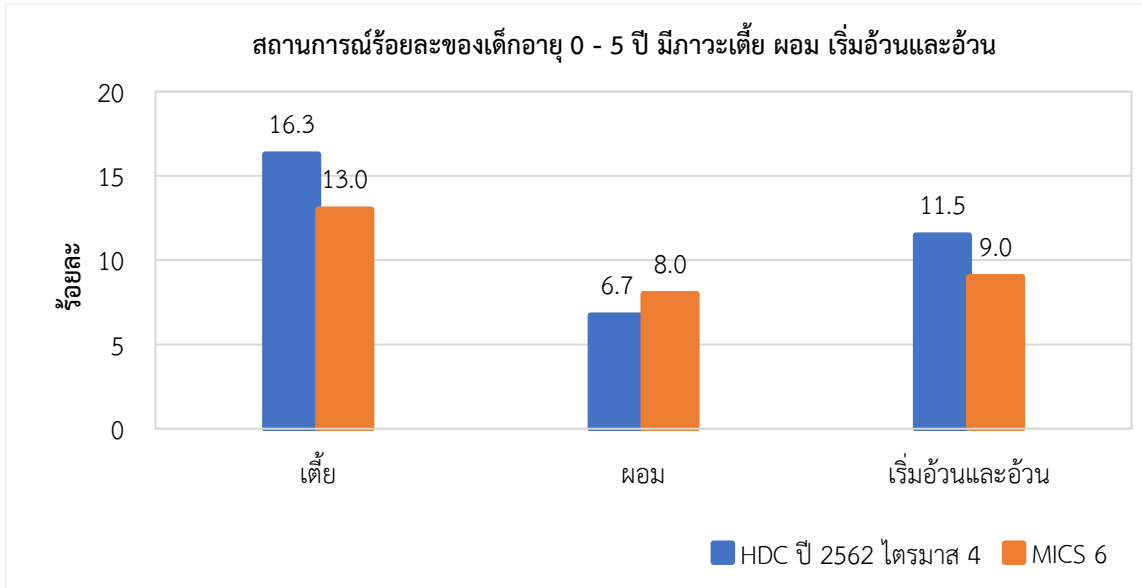
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2562 ไตรมาสที่ 4 และการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 (MICS 6) ทั้ง 2 ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาทุโภชนาการของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปัญหาส่วนใหญ่ คือเด็กเตี้ย รองลงมาคือ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน และเด็กผอม (แผนภูมิที่ 8)

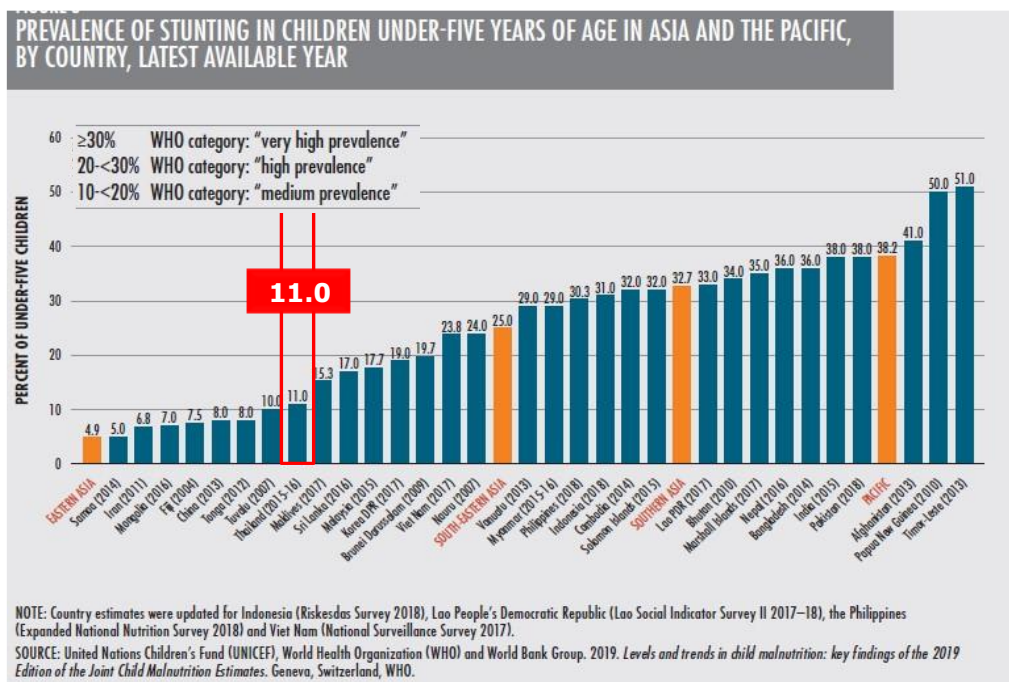
แผนภูมิที่ 8 สถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 16 พ.ย. 64 และการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS 6)

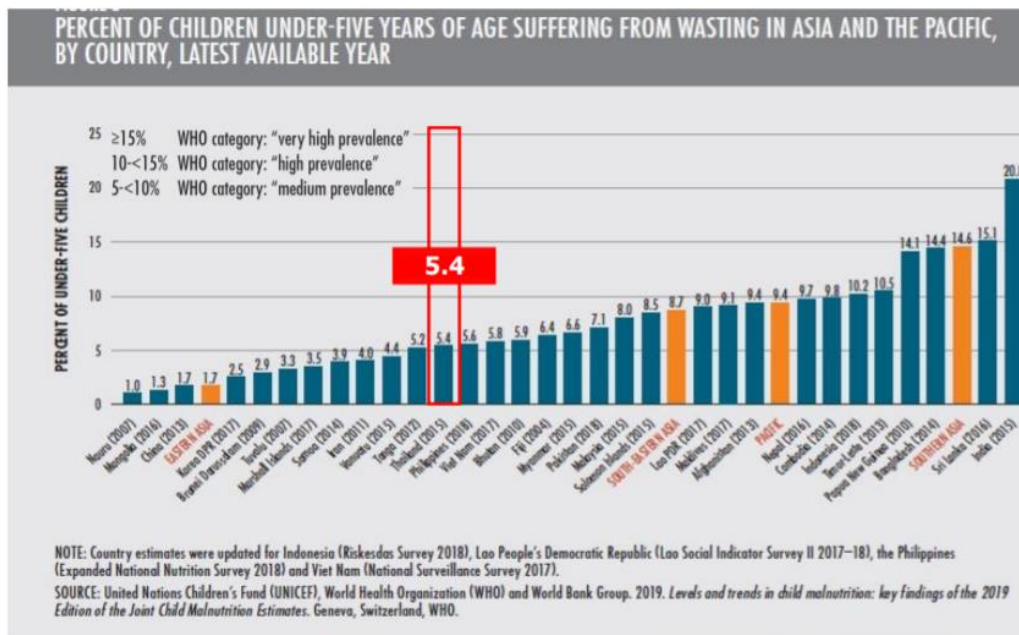
ข้อมูลจากแผนภูมิที่ 9 - 11 เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ภาวะทุโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย กับประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบว่า ประเทศไทยมีระดับความชุกของภาวะทุโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) อยู่ในระดับกลาง คือ เด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 11.0 อยู่ในอันดับที่ 26 เด็กมีภาวะผอมร้อยละ 5.4 อยู่ในอันดับที่ 22 และเด็กมีภาวะผอมร้อยละ 8.2 อยู่ในอันดับที่ 7

แผนภูมิที่ 9 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย

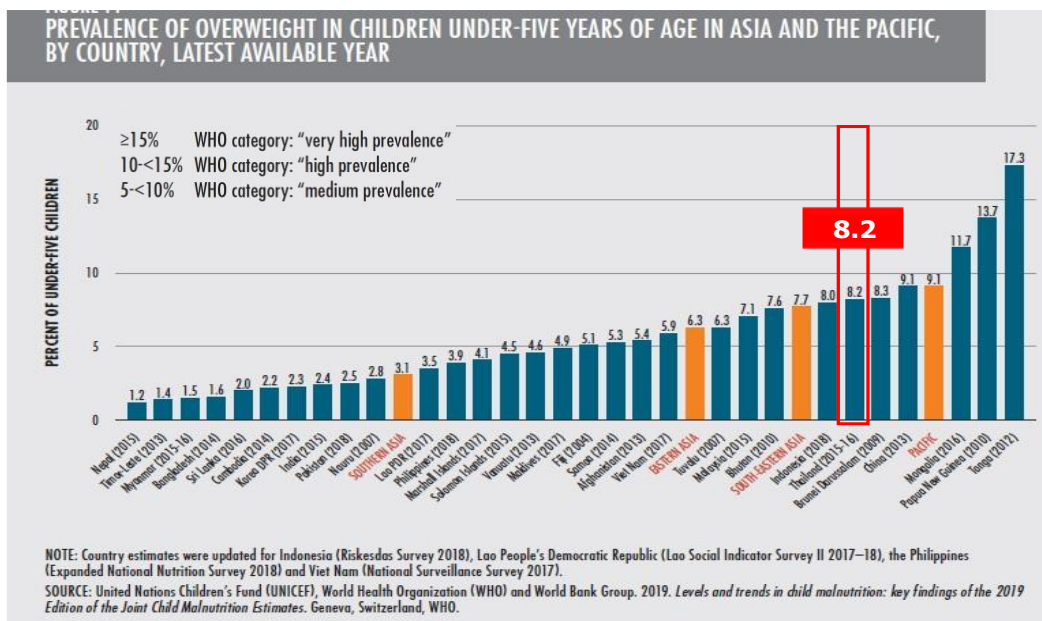


NOTE: Country estimates were updated for Indonesia (Riskesdas Survey 2018), Lao People's Democratic Republic (Lao Social Indicator Survey II 2017-18), the Philippines (Expanded National Nutrition Survey 2018) and Viet Nam (National Surveillance Survey 2017).
 SOURCE: United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO) and World Bank Group. 2019. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. Geneva, Switzerland, WHO.

แผนภูมิที่ 10 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะผอม



แผนภูมิที่ 11 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วน



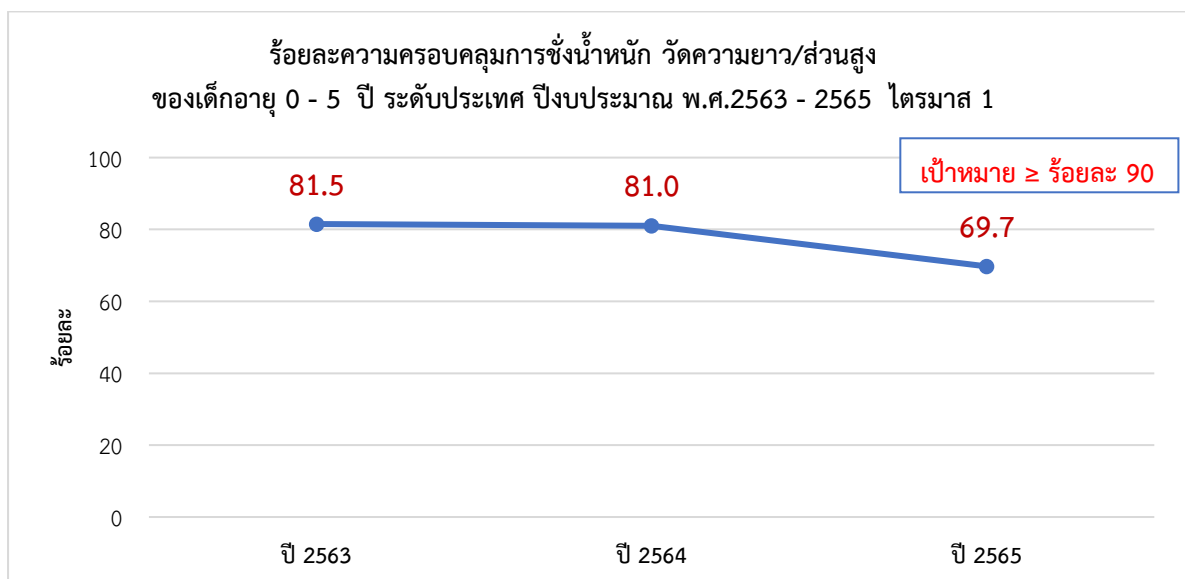
❖ แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ระดับประเทศ ปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 81.5 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 81.0 ในปี 2564 และลดลงเป็นร้อยละ 69.7 ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 12) ข้อสังเกต ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ลดลงเนื่องจาก Covid-19 ทำให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยปิด เด็กไม่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง

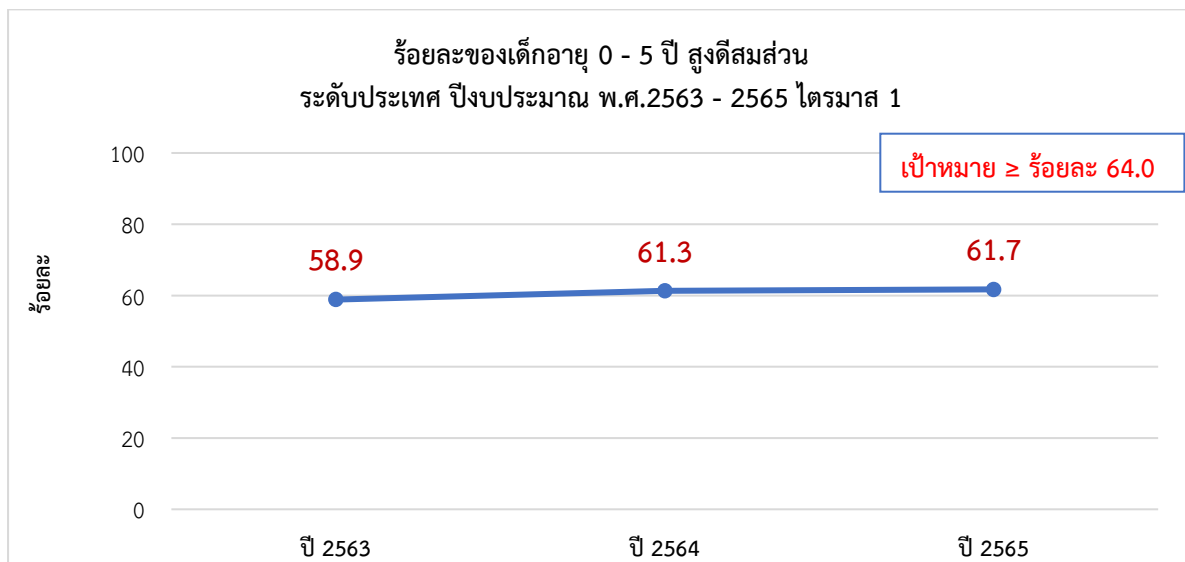
สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศ ปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 61.3 ในปี 2564 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.7 ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 13)

แผนภูมิที่ 12 แนวโน้มร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

แผนภูมิที่ 13 แนวโน้มร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1

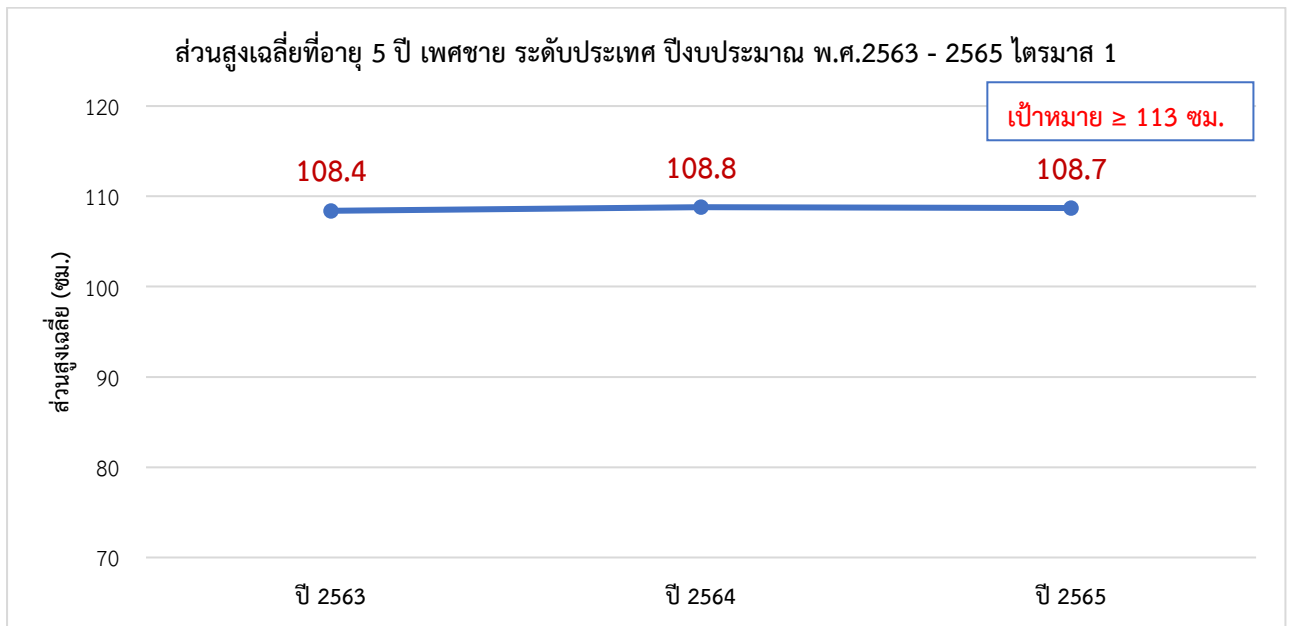


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี แยกเพศชาย-หญิง

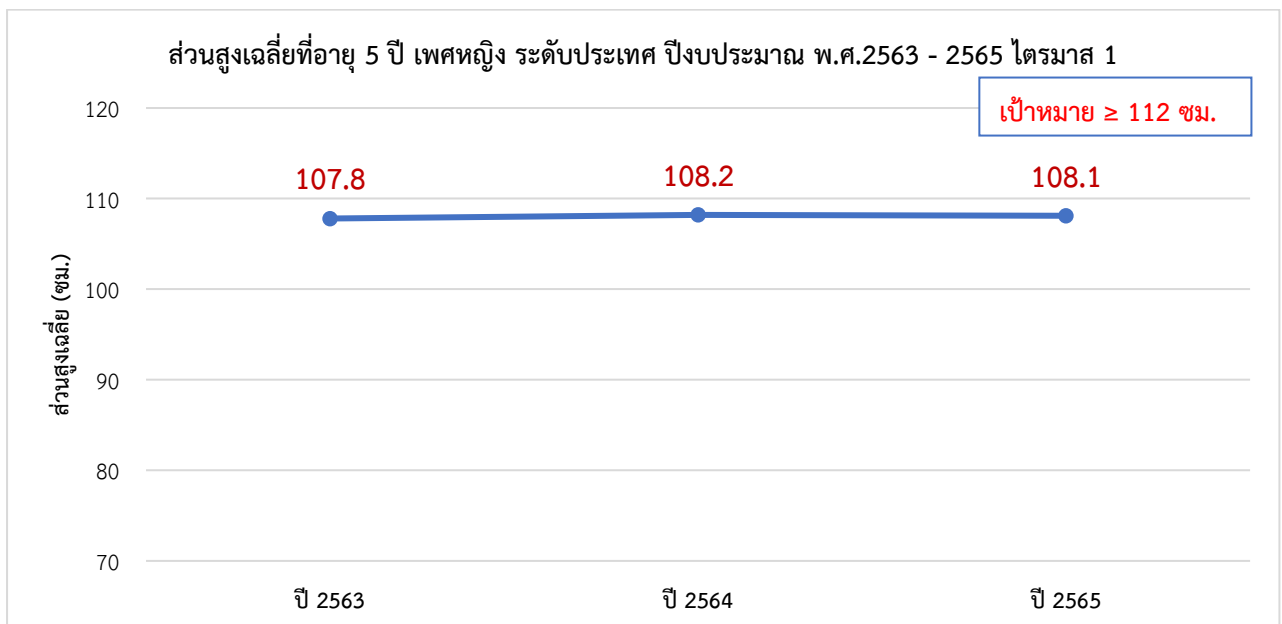
สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ระดับประเทศ ปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 108.4 ซม. ในปี 2563 เป็น 108.8 ซม. ในปี 2564 และลดลงเป็น 108.7 ซม. ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 14) และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ระดับประเทศ ปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 107.8 ซม. ในปี 2563 เป็น 108.2 ซม. ในปี 2564 และลดลงเป็น 108.1 ซม. ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 15)

แผนภูมิที่ 14 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

แผนภูมิที่ 15 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

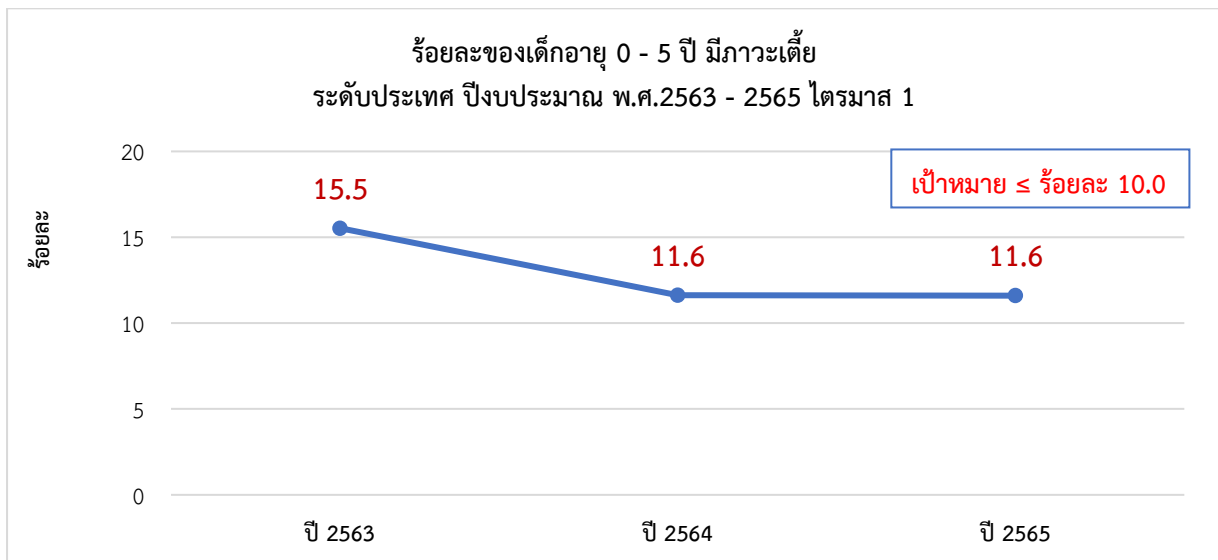
สถานการณ์เด็กเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน

ข้อมูลจากแผนภูมิที่ 16 - 18 สถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปี 2563 - 2565 พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือเด็กเตี้ย รองลงมาคือ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน และเด็กผอม

จากข้อมูลระดับประเทศ ปี 2563 - 2565 พบว่า สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ในปี 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ส่วนภาวะเตี้ย ผอม ในปี 2565 มีค่อนข้างคงที่จากปี 2564 (แผนภูมิที่ 16 - 18)

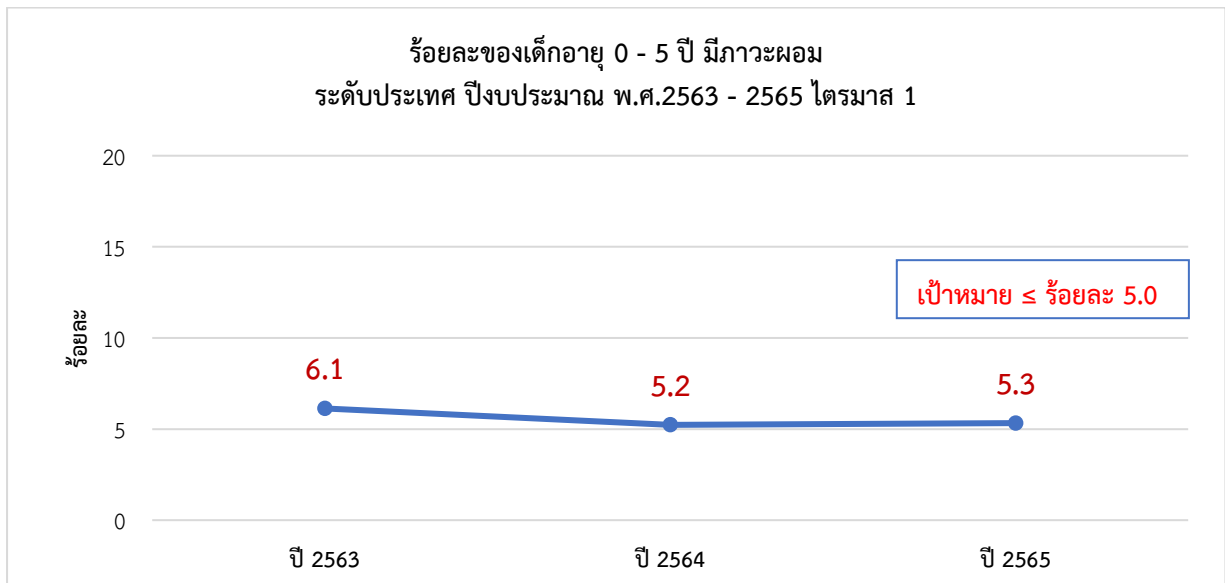
สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศ ปี 2563 - 2565 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 15.5 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 11.6 ในปี 2564 และค่าคงที่ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 16) เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ปี 2563 - 2565 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 6.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 5.2 ในปี 2564 และค่อนข้างคงที่ในปี 2565 คือ ร้อยละ 5.3 (แผนภูมิที่ 17) ส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศ ปี 2563 - 2565 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 11.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 9.3 ในปี 2564 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.8 ในปี 2565 (แผนภูมิที่ 18)

แผนภูมิที่ 16 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 - 2565 ไตรมาสที่ 1



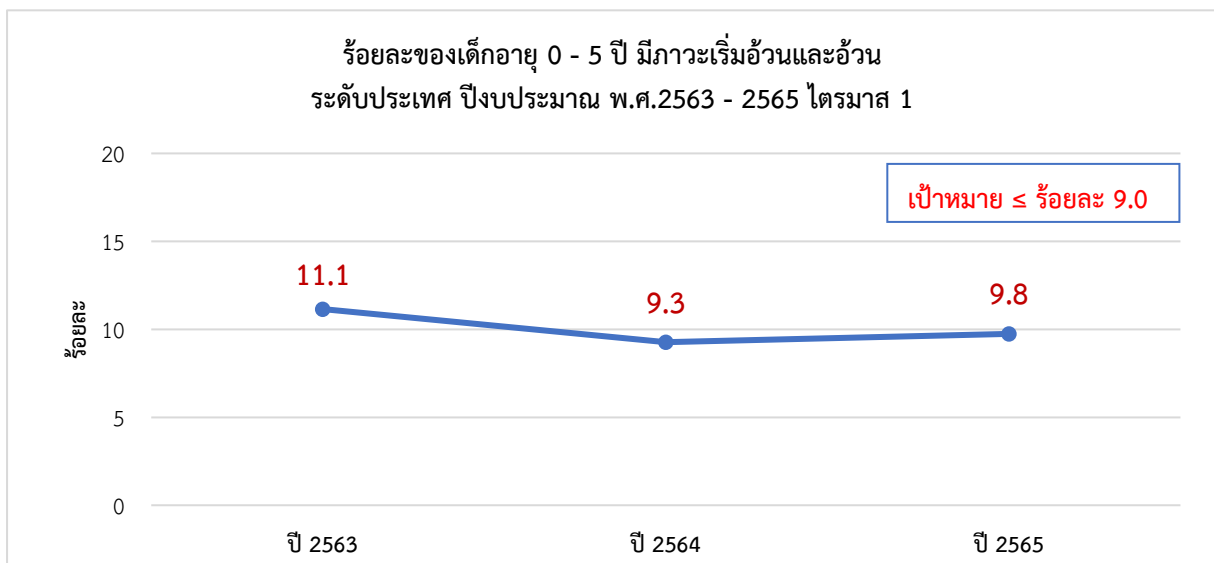
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

แผนภูมิที่ 17 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 ไตรมาสที่ 1

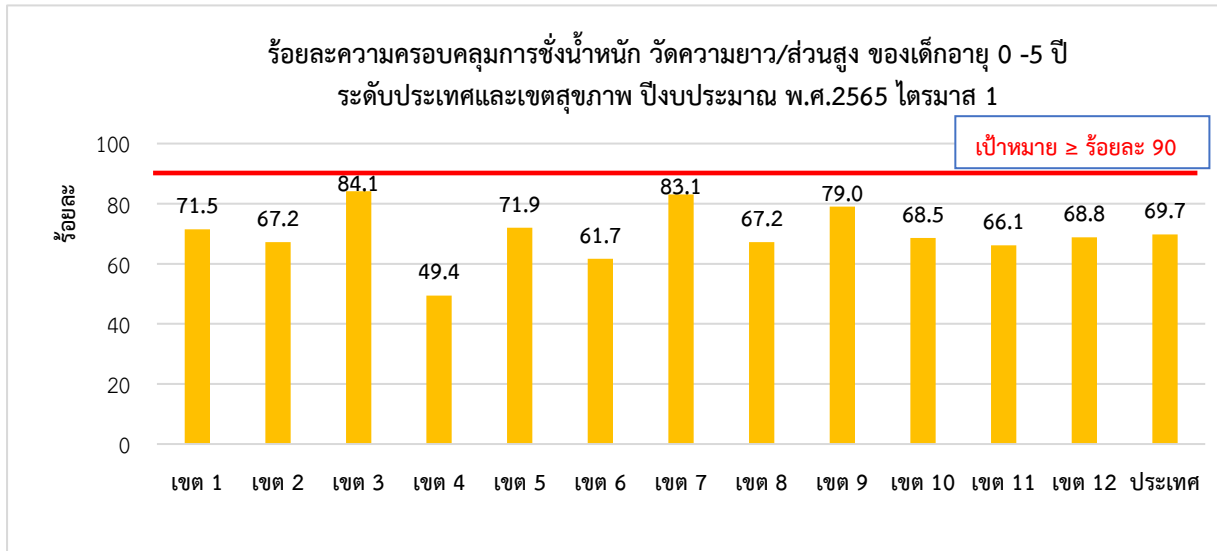


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

❖ แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90 พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีค่าร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 19)

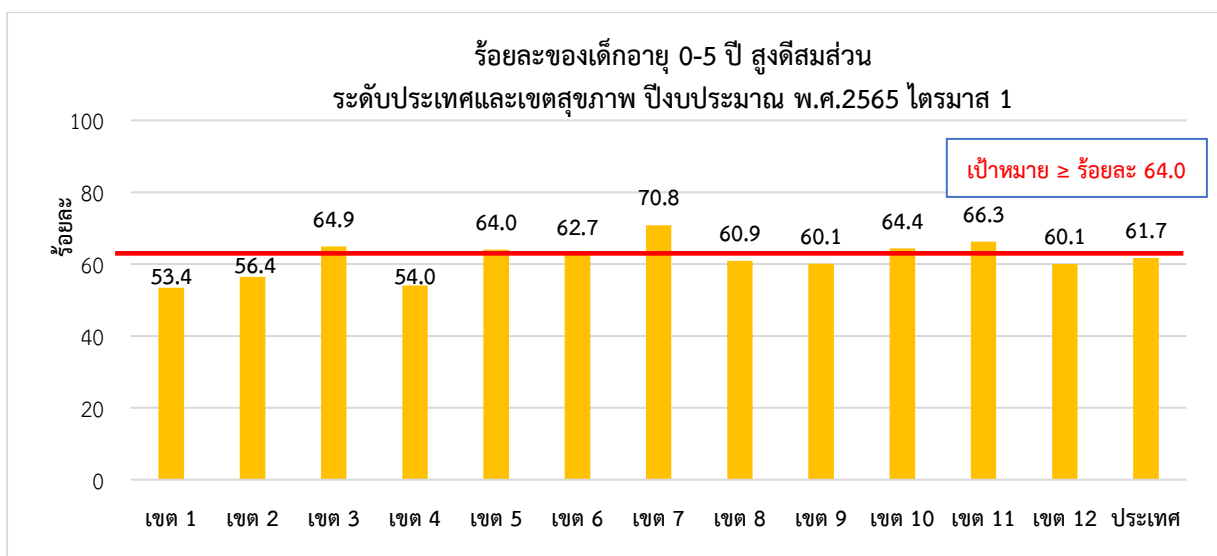
แผนภูมิที่ 19 ร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ร้อยละ 64 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3, 5, 7, 10 และ 11 บรรลุค่าเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64.9, 64.0, 70.8, 64.4 และ 66.3 ตามลำดับส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4, 6, 8, 9 และ 12 ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 53.4, 56.4, 54.0, 62.7, 60.9, 60.1 และ 60.1 ซึ่งภาพรวมระดับประเทศ ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 61.7 (แผนภูมิที่ 20)

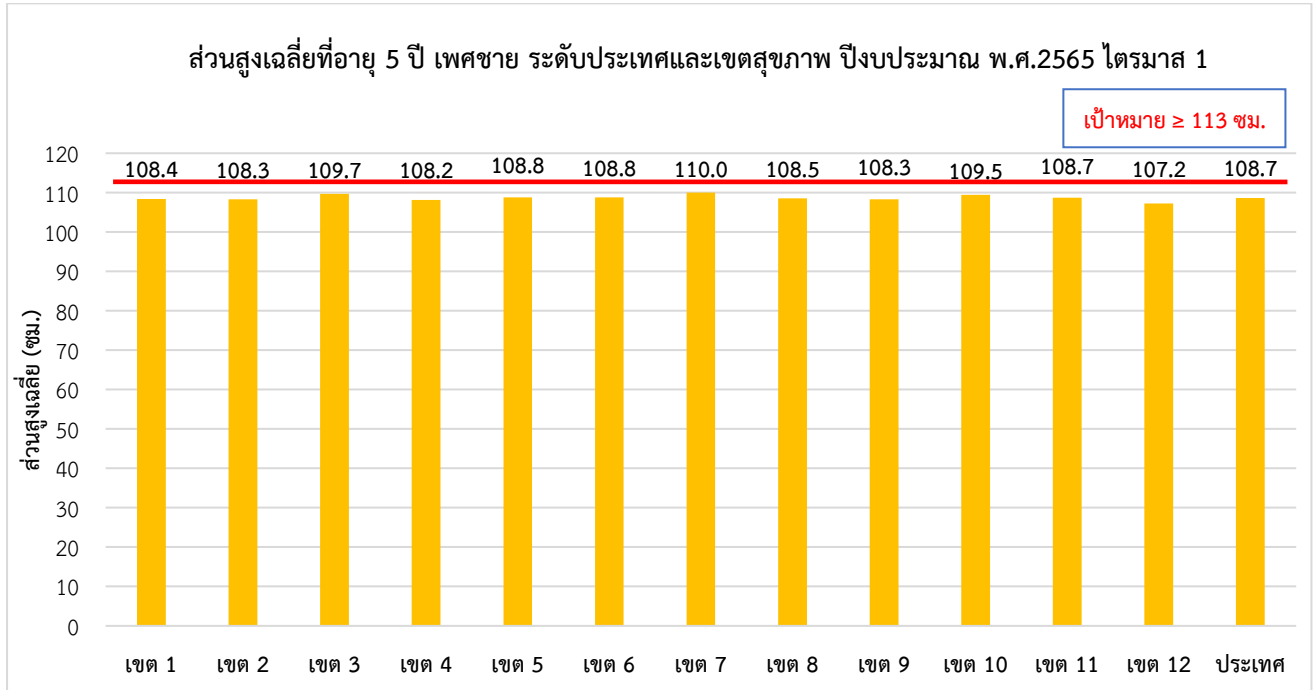
แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย 113 ซม. พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีค่าส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 21)

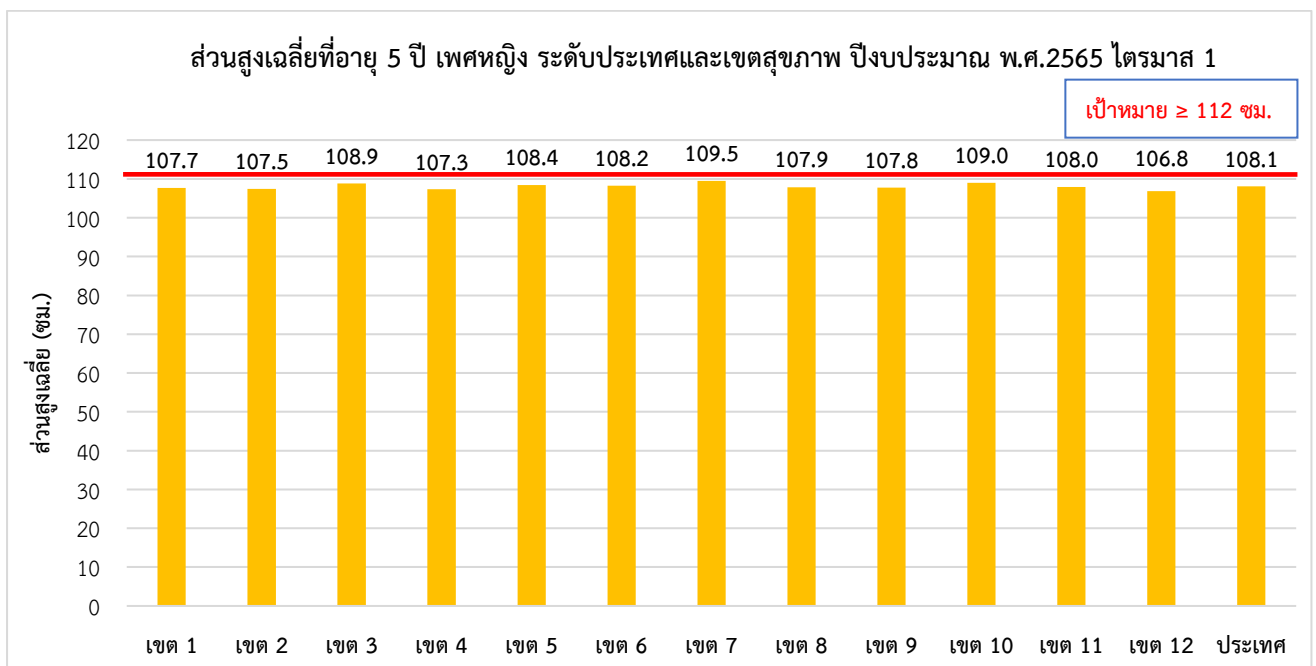
แผนภูมิที่ 21 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย 112 ซม. พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีค่าส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 22)

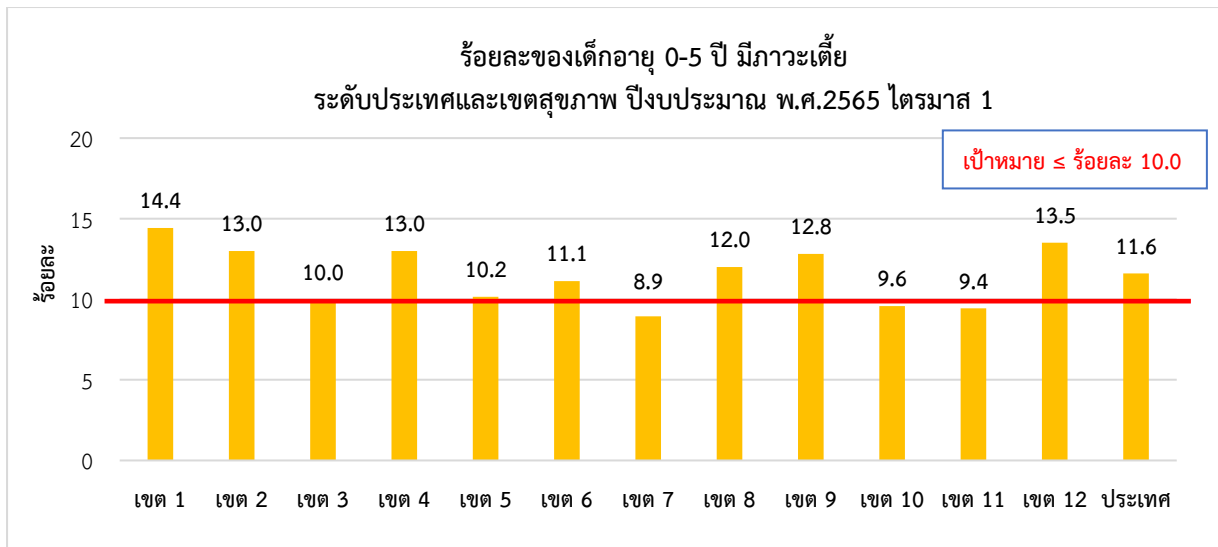
แผนภูมิที่ 22 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10.0 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3, 7, 10 และ 11 เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ยบรรลุค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 10.0, 8.9, 9.6 และ 9.4 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9 และ 12 ยังมีเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ยสูงเกินกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 14.4, 13.0, 13.0, 10.2, 11.1, 12.0, 12.8 และ 13.5 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 23)

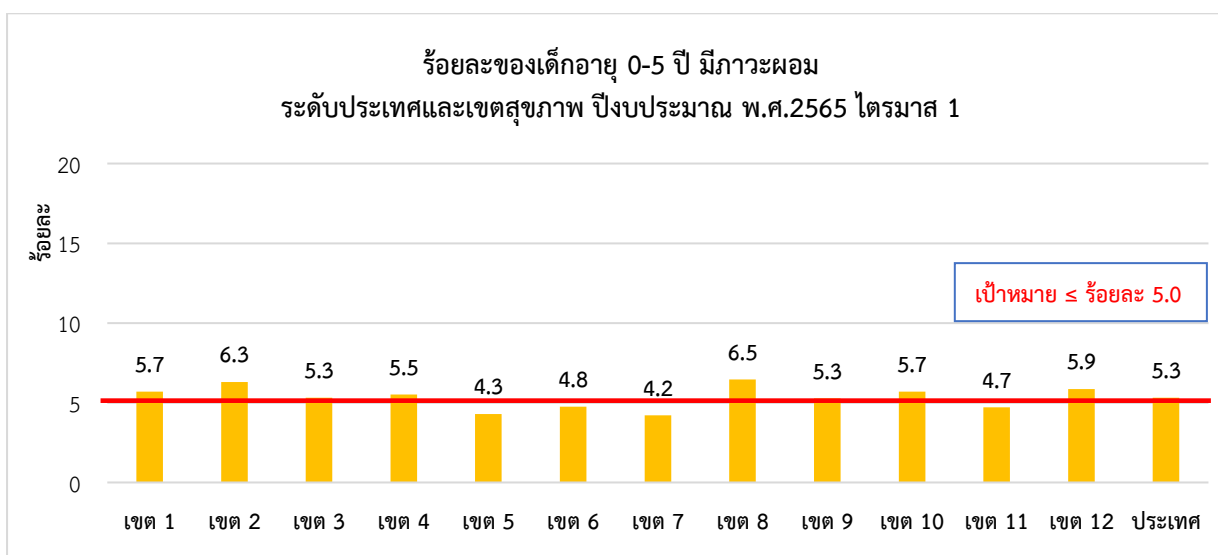
แผนภูมิที่ 23 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายร้อยละ 5.0 พบว่า เขตสุขภาพที่ 5, 6, 7 และ 11 มีร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอมบรรลุค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 4.3, 4.8, 4.2 และ 4.7 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 และ 12 มีค่าร้อยละเด็กมีภาวะผอมสูงเกินค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 5.7, 6.3, 5.3, 5.5, 6.5, 5.3, 5.7 และ 5.9 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 24)

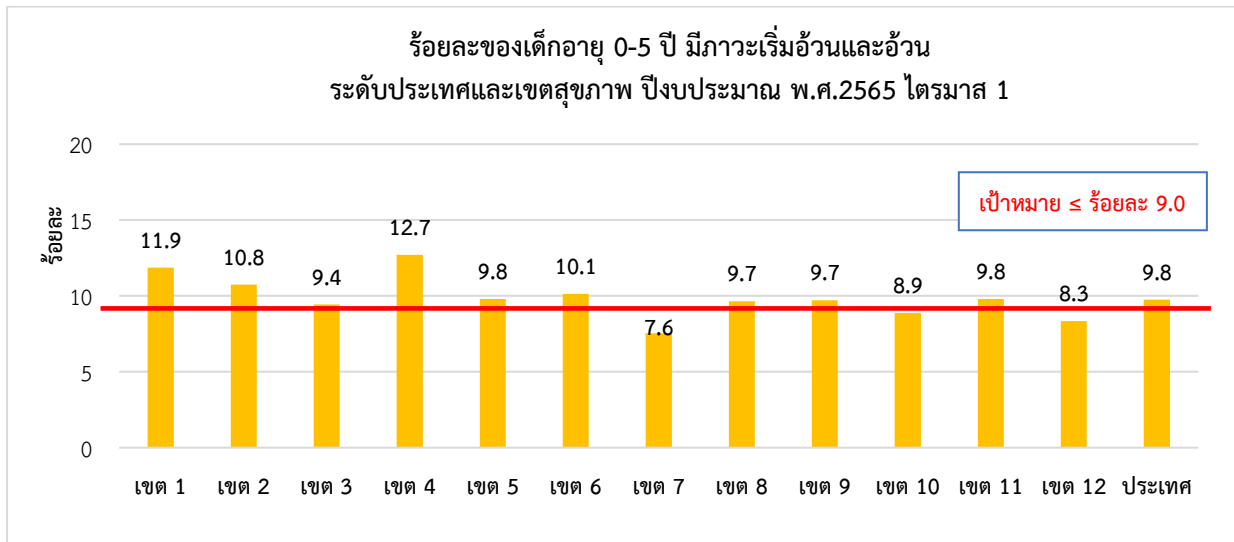
แผนภูมิที่ 24 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ร้อยละ 9.0 พบว่า เกือบทุกเขตสุขภาพมีค่าร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน สูงเกินค่าเป้าหมาย ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 7, 10, และ 12 ที่บรรลุค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 25)

แผนภูมิที่ 25 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 มี.ค. 65

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สูงดีสมส่วน ส่วนสูงเฉลี่ย เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 0 – 5 ปี

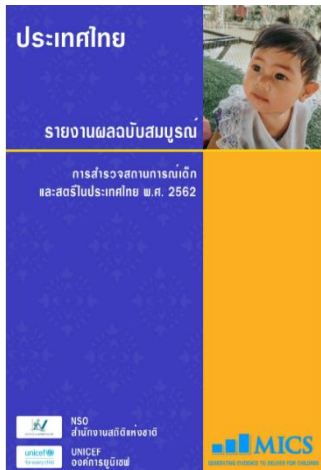
จากข้อมูลการเปรียบเทียบ แนวโน้ม และผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันข้างต้น พบว่า ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทั้งระดับประเทศ และรายเขตสุขภาพต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และผลงานการดำเนินงานในภาพประเทศ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2563 – 2565 ได้แก่ ร้อยละ 81.5 81.0 และ 69.7 ตามลำดับ ส่วนในปี 2565 (ข้อมูลไตรมาส 1) ทุกเขตสุขภาพมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ซึ่งความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงที่ลดลง อาจเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ทำให้เด็กได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ลดลง และในชุมชน รวมทั้งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาลส่วนใหญ่ปิดทำการ

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับประเทศ จากร้อยละ 58.9 ในปี 2563 เป็น 61.3 ในปี 2564 และเพิ่มอีกขึ้นเพียงเล็กน้อยในปี 2565 เป็นร้อยละ 61.7 ยังพบปัญหาทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ คือ เด็กเตี้ย (ร้อยละ 11.6) รองลงมา คือ เด็กอ้วน (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน) (ร้อยละ 9.8) และเด็กผอม (ร้อยละ 5.3) ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กปฐมวัย จากการสำรวจการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี โดยแบ่งอาหารออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าวแป้ง กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มนม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอในทุกกลุ่มอาหาร ส่วนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับปริมาณอาหารเพียงพอเพียงกลุ่มเดียว คือ กลุ่มเนื้อสัตว์ (ข้อมูล : การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2551 -2552) และพบว่าเด็กอายุ 6 - 23 เดือน ได้รับอาหารเพียงพอขั้นต่ำเพียง ร้อยละ 66.3 (MICS6 พ.ศ. 2562)

นอกจากนี้จากการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในกลุ่มภาคีเครือข่ายระดับตำบล จำนวน 4,263 ตำบล ปี 2564 พบว่า ยังมีช่องว่าง (Gap) ในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย คือ ยังขาดการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน การสร้างความร่วมมือของการภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และการสร้างความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการให้กับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0 – 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พบว่า อุปสรรคของการดำเนินงาน คือ การสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานจากผู้บริหาร และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล/พื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/โรงเรียนระดับอนุบาล และภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นต้น รวมถึงการขาดแคลนเครื่องมือเฝ้าระวังการเจริญเติบโตสำหรับเด็กปฐมวัย ที่ได้มาตรฐาน อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครูในโรงเรียนระดับอนุบาลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ยังขาดทักษะ เรื่องวิธีการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงที่ถูกต้อง เป็นผลทำให้ข้อมูลเด็กสูงดีสมส่วน เตี้ย ผอม อ้วน ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจนำไปสู่การกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินงานระดับพื้นที่ ที่ไม่เหมาะสม

❖ ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

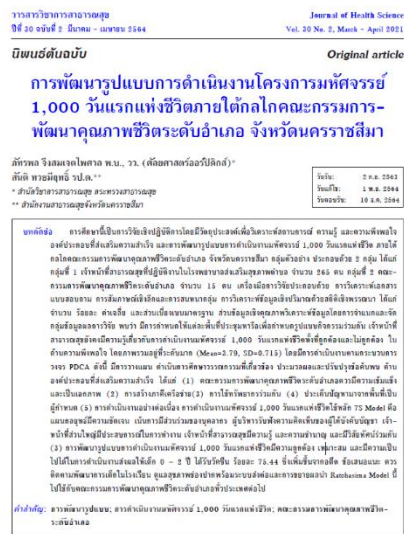
1. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS6)



ภาวะทุพโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เป็นสิ่งสะท้อนถึงสุขภาพโดยรวมของเด็ก และเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ เด็กที่ขาดสารอาหารมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร ส่วนเด็กที่มีชีวิตรอดจะเจ็บป่วยบ่อย ๆ และจะทำให้การเจริญเติบโตชะงัก การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS6) พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.3 มีภาวะผอม ร้อยละ 7.7 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 9.2 ซึ่งภาวะทุพโภชนาการ ทั้ง 3 ดัชนี มีค่าสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาทุนมนุษย์

เอกสารอ้างอิง : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา



การขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ผ่านกลไกการกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน การกำหนดให้มีการประชุมหารือ เพื่อรายงานผลการดำเนินงานทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ โดยกำหนดให้แต่ละพื้นที่ประชุมหารือ เพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน และกิจกรรมต้องตอบสนองแผนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตตามบริบทพื้นที่ มีองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) คณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัวมีความเข้มแข็งและมีเอกภาพ 2) การสร้างภาคีเครือข่ายท้องถิ่น โดยการดึงหน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการดำเนินงาน 4) ประเด็นที่จะนำมากำหนดรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตควรเป็นประเด็นที่เกิดจากพื้นที่อย่างแท้จริง และ 5) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดขับเคลื่อนแบบพลวัตร

เอกสารอ้างอิง : ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และสันติ ทวยมีฤทธิ์. (2564). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(2),274-284.*

3. Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle- income countries: A review of the evidence and program implications



โภชนาการที่ดีและเพียงพอของมารดาในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต เป็นโอกาสทองของการเจริญเติบโตของทารก และลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักคลอต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 23 การศึกษา พบว่า อุปสรรคของการมีโภชนาการที่ดีระหว่างตั้งครรภ์ คือ ความเชื่อและวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องปริมาณการกินอาหารระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และกินอาหารที่ลดลงของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงที่ตั้งครรภ์มีความกลัวว่าทารกตัวโตและคลอดยาก ดังนั้น การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเรื่องการกินอาหารระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร และการเพิ่มน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงการเฝ้าระวัง ติดตามโภชนาการของมารดา เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจ

เอกสารอ้างอิง : Justine A. Kavle and Megan Landry. (2018). *Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle income countries: A review of the evidence and programme implications*. Wiley maternal & Child Nutrition.

4. รายงานการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้นของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยต่อการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)



แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินงานในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีของกรมอนามัย ถูกนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ถึงแม้จะมีการงดบริการบางอย่างที่มองว่าไม่จำเป็นและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นยังสามารถดำเนินการได้ และมีผลกระทบเพียงเล็กน้อย เช่น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการฉีดวัคซีน แต่ประเด็นมีผลกระทบอย่างมาก คือ รูปแบบและวิธีการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี เช่น การปรับรูปแบบและระยะเวลาการให้บริการ ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อในช่วงแรกของการระบาด แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดครั้งนี้ ได้รับการแก้ไขโดยการจัดการของระบบสาธารณสุข ทำให้สามารถตอบสนองต่อการการระบาดได้อย่างยืดหยุ่นและทันเวลา เช่น การให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านการใช้แอปพลิเคชันทางโทรศัพท์และโซเชียลมีเดีย สำหรับการติดตามนัดหมาย การติดตามและการให้คำแนะนำ รวมถึงการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามและเยี่ยมบ้านของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2564). *รายงานการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้นของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ต่อการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอ็มดี ออล กราฟฟิค จำกัด.