กรมอนามัย
สำนักโภชนาการ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

รายงานประจำปี 2565
เฝ้าระวังทางโภชนาการ

จัดทำโดย กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ

สารบัญ

หน้า

ภาวะโภชนาการในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย........1

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
2. เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ แยกตามเพศชาย/หญิง (เซนติเมตร)
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0–5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

ภาวะโลหิตจางในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย........13

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
3. ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น........22

1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
3. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย
5. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี สูงดีสมส่วน
6. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
7. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะผอม
8. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะเตี้ย

การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อลดความเสี่ยงภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 ปี........33

1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

ภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน........34

1. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18-29 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18- 29 ปี มีภาวะผอม
3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18-29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
4. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะผอม
6. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
7. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
8. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะผอม

9. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
10. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
11. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18- 59 ปี มีภาวะผอม
12. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
13. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18-29 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)
14. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)
15. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงาน 34

1. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน
2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน

ภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ 42

1. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะโภชนาการปกติ
2. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะผอม
3. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรอบเอวปกติ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ 42

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกินผักผลไม้เพียงพอ

ประเด็น: ภาวะโภชนาการในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย
ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
2. เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ แยกตามเพศชาย/หญิง (เซนติเมตร)
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

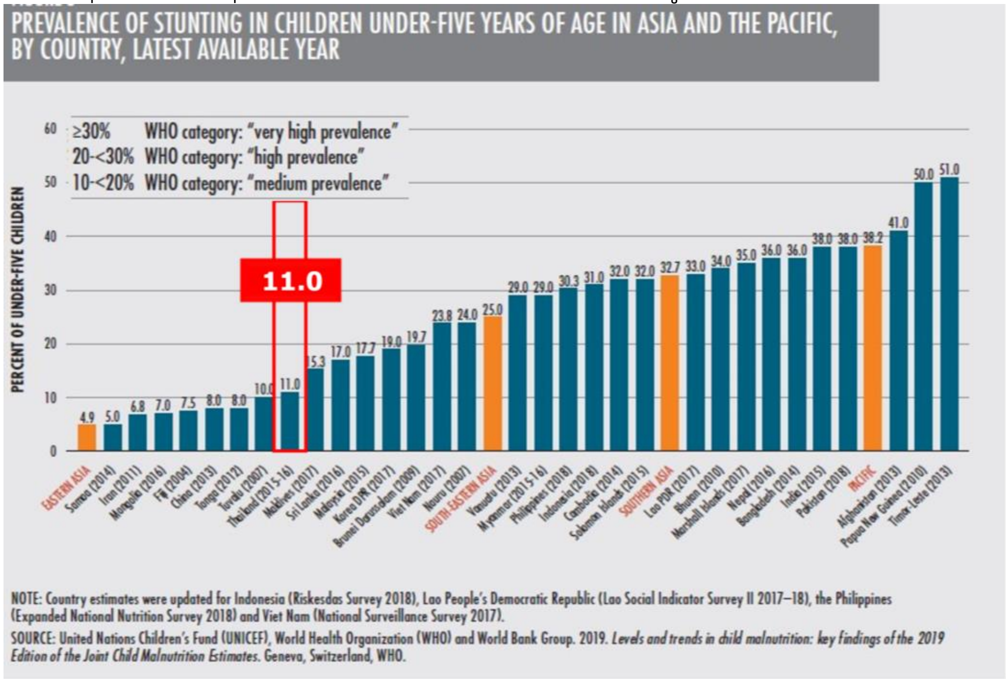
สถานการณ์โลกหรือระดับนานาชาติ

ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบว่าความชุกของภาวะเตี้ยค่อนข้างสูง ประเทศที่มีความชุกสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ อัฟกานิสถาน ปาปัวนิวกินี และติมอร์เลสเต คือร้อยละ 41.0, 50.0 และ 51.0 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นภาวะเตี้ยยังเป็นประเด็นที่น่ากังวล ทั้งนี้ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่มีความชุกของภาวะเตี้ยระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งประเทศไทยมีความชุกของภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.0 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

และจากแผนภูมิที่ 2 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีความชุกของภาวะผอมอยู่ในระดับปานกลางรวมถึงประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยมีภาวะผอม ร้อยละ 5.4

นอกจากนี้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกยังพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลางรวมถึงประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 8.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังเป็นปัญหาระดับนานาชาติที่ต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา

แผนภูมิที่ 1 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

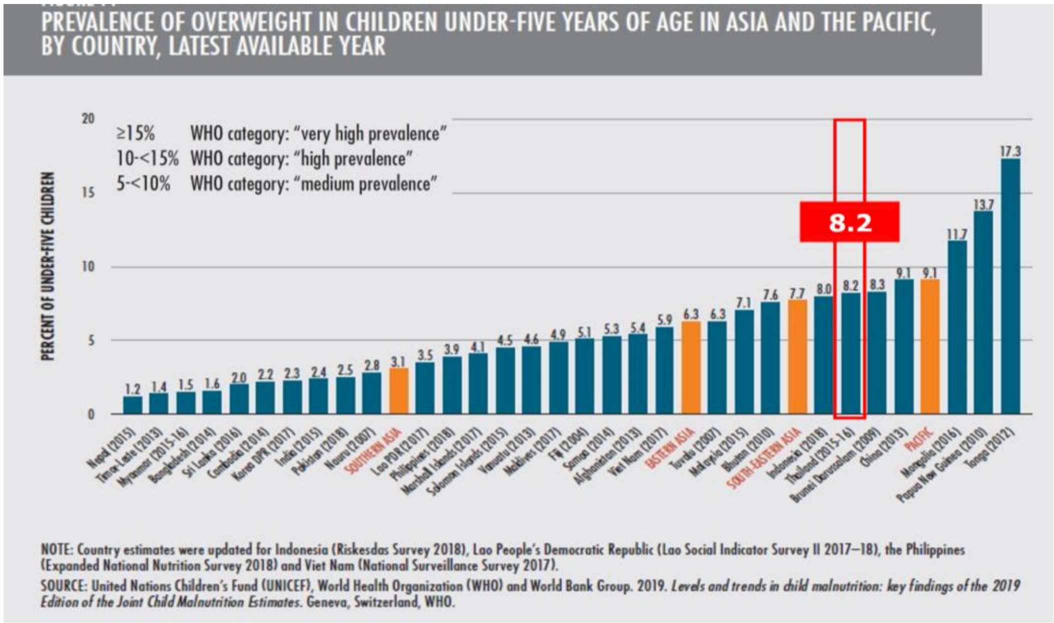


ที่มา : UNICEF, WHO and World Bank Group.2019. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the joint Child Malnutrition, Geneva, Switzerland, WHO.

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะผอม ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

ที่มา : UNICEF, WHO and World Bank Group.2019. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the joint Child Malnutrition, Geneva, Switzerland, WHO.

แผนภูมิที่ 3 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วน ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

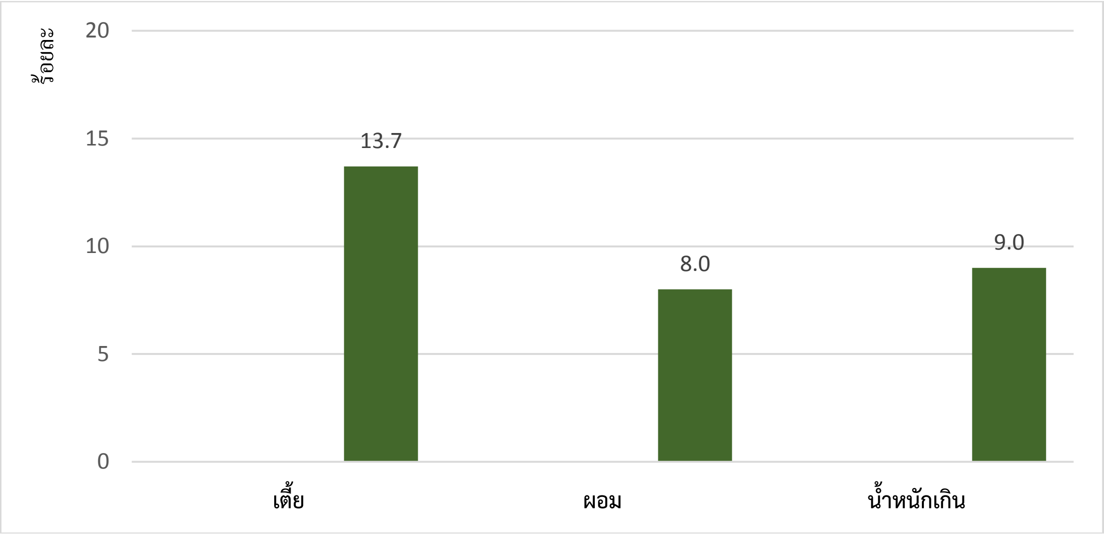


ที่มา : UNICEF, WHO and World Bank Group.2019. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the joint Child Malnutrition, Geneva, Switzerland, WHO.

สถานการณ์ภาพรวมของประเทศย้อนหลัง ไม่น้อยกว่า 5 ปี

สถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการของประเทศไทย จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2562 (MICS 6) พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังพบปัญหาภาวะเตี้ย น้ำหนักเกิน และผอม อยู่ในระดับที่น่ากังวล และเป็นประเด็นท้าทายของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน คือ 13.7, 8.0 และ 9.0 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 สถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน



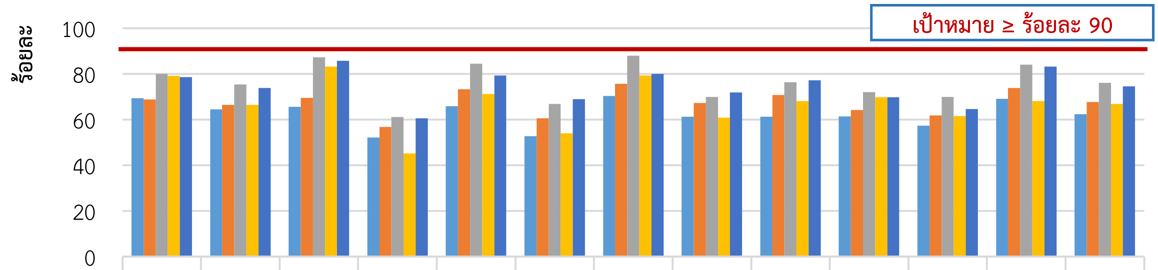
ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS 6)

และมีข้อมูลภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0 - 5 ปี จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 - 2565 ดังนี้

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 - 2563 ร้อยละ 62.4, 67.7 และ 76.0 ตามลำดับ และลดลงเป็นร้อยละ 66.8 ในปีงบประมาณ 2564 และเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ 74.5 ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีการงดการให้บริการการประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และการปิดการเรียนการสอนของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 รุนแรง ในปี 2565 ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ดีขึ้น ทำให้สถานบริการสาธารณสุขรวมถึงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้กลับมาเปิดให้บริการและการเรียนการสอนได้ตามปกติ ทำให้เด็กได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 90) ดังนั้นประเด็นความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและเร่งรัดในการดำเนินงานเพื่อให้เด็กอายุ 0-5 ปี ทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต และเมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพพบว่าทุกเขตสุขภาพดำเนินการได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3, 12, และ 7 คือ ร้อยละ 85.7, 83.2 และ 80.0 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561 - 2565 ไตรมาสที่ 4

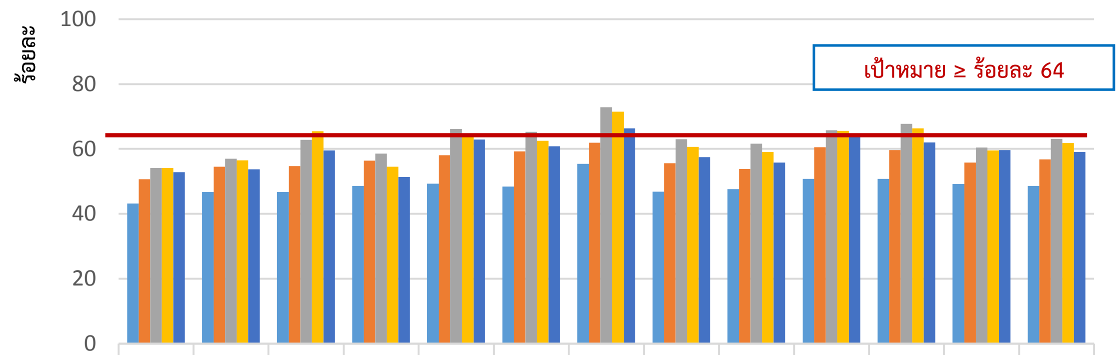


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	69.3	64.5	65.5	52.2	65.8	52.7	70.3	61.2	61.2	61.4	57.3	69.1	62.4
2562	68.7	66.4	69.5	56.7	73.3	60.6	75.6	67.3	70.7	64.2	61.8	73.9	67.7
2563	79.9	75.3	87.2	61.1	84.4	66.8	87.9	69.9	76.3	72.0	69.9	84.0	76.0
2564	79.2	66.4	83.2	45.2	71.2	53.9	79.3	60.9	68.1	69.7	61.5	68.1	66.8
2565	78.5	73.8	85.7	60.5	79.3	68.9	80.0	71.8	77.2	69.7	64.6	83.2	74.5

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศมีแนวโน้มดีขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 - 2563 คือ ร้อยละ 48.6, 56.8 และ 63.1 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2564 - 2565 มีแนวโน้มลดลง คือลดลงจากร้อยละ 63.1 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 61.8 และ 59.1 ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 และ 10 มีร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 64) คือ ร้อยละ 66.3 และ 64.5 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561 - 2565 ไตรมาสที่ 4



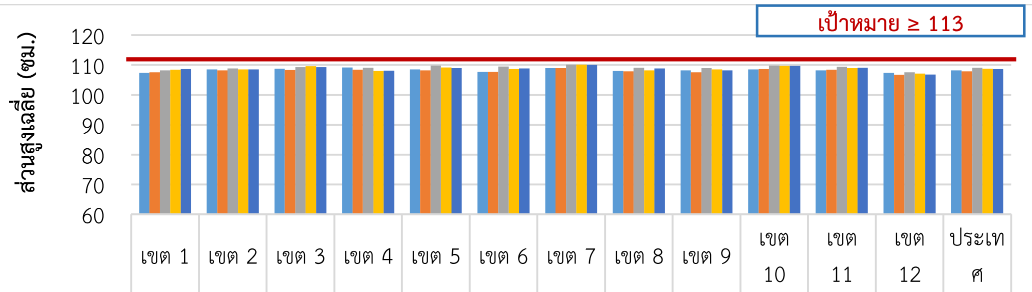
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	43.2	46.8	46.7	48.6	49.3	48.4	55.4	46.9	47.6	50.8	50.7	49.2	48.6
2562	50.7	54.5	54.8	56.4	58.1	59.2	61.9	55.6	53.9	60.5	59.6	55.8	56.8
2563	54.1	57.0	62.9	58.6	66.2	65.2	72.9	63.0	61.7	65.8	67.7	60.4	63.1
2564	54.1	56.5	65.5	54.5	64.6	62.5	71.4	60.6	59.1	65.6	66.3	59.5	61.8
2565	52.8	53.7	59.5	51.3	62.9	60.9	66.3	57.5	55.8	64.5	62.0	59.7	59.1

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

2. เด็กอายุ 5 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ ที่อายุ แยกตามเพศชาย/หญิง (เซนติเมตร)

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ระดับประเทศปีงบประมาณ 2561 - 2565 มีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อยจาก 108.2 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2561 เป็น 108.0 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2562 และเพิ่มขึ้นเป็น 109.1 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2563 และลดลงเป็น 108.7 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 อย่างไรก็ตามส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (113 เซนติเมตร) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3, 10 และ 7 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย สูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีส่วนสูงเฉลี่ย 109.3, 109.7 และ 110.1 เซนติเมตร ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 7 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565 ไตรมาสที่ 4

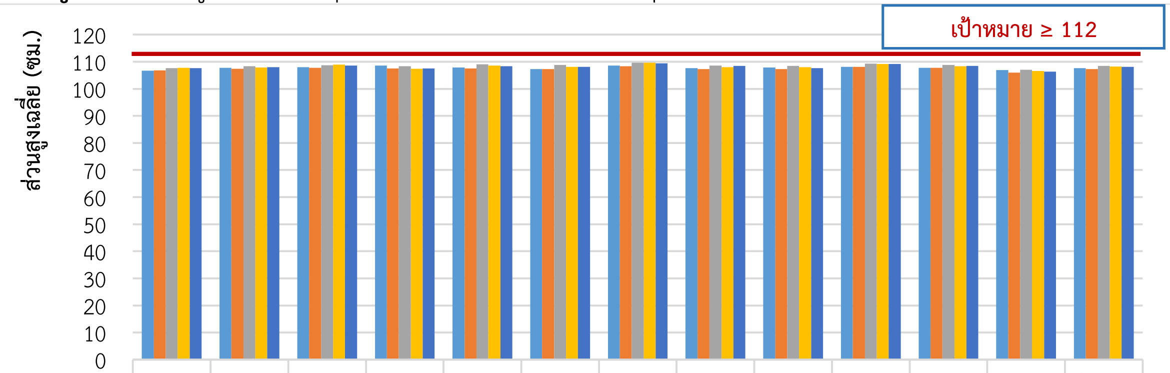


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	107.4	108.5	108.8	109.2	108.5	107.7	109.0	108.1	108.2	108.6	108.2	107.4	108.2
2562	107.5	108.2	108.3	108.5	108.2	107.7	109.0	107.9	107.6	108.6	108.4	106.7	108.0
2563	108.3	108.9	109.3	109.1	109.9	109.5	110.2	109.1	109.0	109.8	109.4	107.6	109.1
2564	108.5	108.5	109.7	108.0	109.2	108.6	110.2	108.2	108.5	109.7	109.0	107.1	108.7
2565	108.6	108.6	109.3	108.1	109.0	108.9	110.1	108.9	108.2	109.7	109.0	106.8	108.7

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

สถานการณ์ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2561-2565 มีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อยจาก 107.7 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2561 เป็น 107.3 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2562 และเพิ่มขึ้นเป็น 108.5 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2563 และลดลงเป็น 108.2 และ 108.1 เซนติเมตร ในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (112 เซนติเมตร) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3, 10 และ 7 มีส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง สูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีส่วนสูงเฉลี่ย 108.6, 109.2 และ 109.4 เซนติเมตร ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8

แผนภูมิที่ 8 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศหญิง แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565 ไตรมาสที่ 4



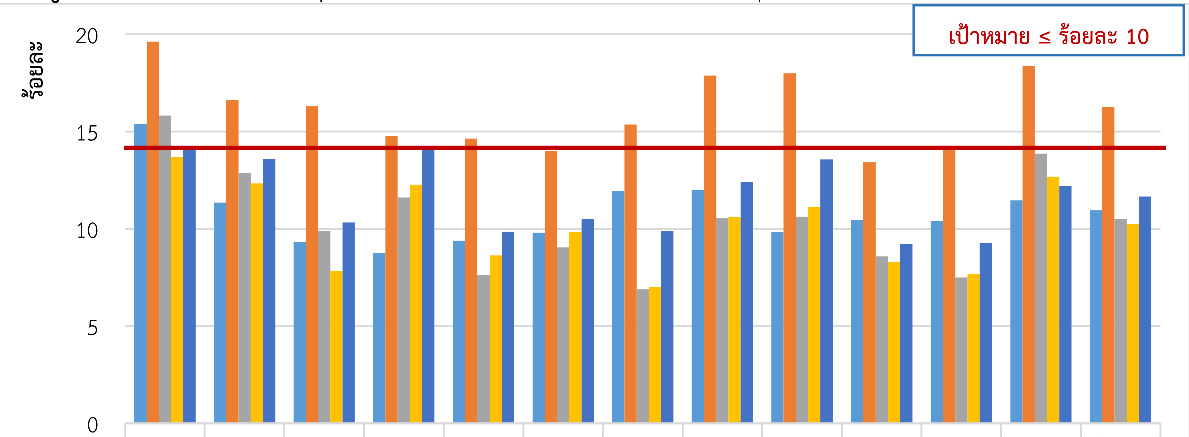
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	106.7	107.8	108.0	108.6	107.8	107.2	108.5	107.7	107.9	108.1	107.7	106.9	107.7
2562	106.8	107.4	107.7	107.6	107.5	107.3	108.4	107.2	107.2	108.1	107.8	106.0	107.3
2563	107.6	108.3	108.7	108.4	109.0	108.8	109.6	108.6	108.4	109.2	108.8	107.0	108.5
2564	107.8	107.8	108.9	107.5	108.6	108.1	109.6	108.0	108.0	109.2	108.3	106.6	108.2
2565	107.7	107.9	108.6	107.6	108.3	108.1	109.4	108.5	107.6	109.2	108.5	106.4	108.1

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย

สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศในปีงบประมาณ 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.0 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 16.3 ในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเป็นร้อยละ 10.5 และ 10.3 ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ในปีงบประมาณ 2564 เป็นร้อยละ 11.7 ในปีงบประมาณ 2565 เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 5, 7, 10, และ 11 มีร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) คือ ร้อยละ 9.9, 9.2 และ 9.3 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าภาวะเตี้ยยังเป็นประเด็นท้าทายในการดำเนินงาน ซึ่งภาวะเตี้ยจะหมายถึงภาวะขาดอาหารเรื้อรัง ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน หรือเจ็บป่วยบ่อยทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561-2565 ไตรมาสที่ 4



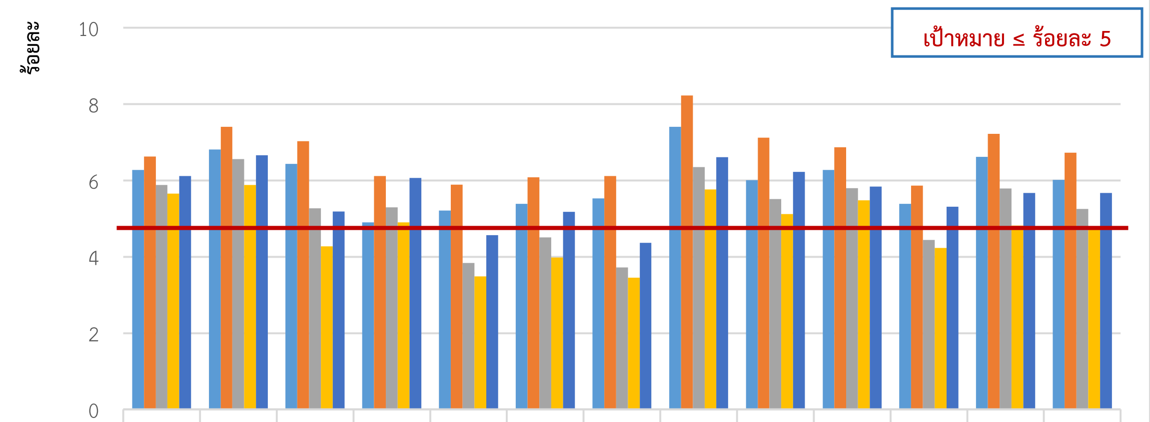
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	15.4	11.4	9.3	8.8	9.4	9.8	12.0	12.0	9.8	10.5	10.4	11.5	11.0
2562	19.6	16.6	16.3	14.8	14.6	14.0	15.4	17.9	18.0	13.4	14.3	18.4	16.3
2563	15.8	12.9	9.9	11.6	7.6	9.0	6.9	10.5	10.6	8.6	7.5	13.9	10.5
2564	13.7	12.3	7.8	12.3	8.6	9.8	7.0	10.6	11.1	8.3	7.7	12.7	10.3
2565	14.1	13.6	10.3	14.2	9.9	10.5	9.9	12.4	13.6	9.2	9.3	12.2	11.7

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม

สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 6.7 ในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเป็นร้อยละ 5.3 และ 4.8 ในปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.7 ในปีงบประมาณ 2565 เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7 และ 5 มีร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอมผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 5) คือ ร้อยละ 4.4 และ 4.6 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 10 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ภาวะผอมยังเป็นประเด็นท้าทายในการดำเนินงานเช่นเดียวกับภาวะเตี้ย ซึ่งภาวะผอมเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอระยะสั้น หรือการขาดอาหารระยะสั้น

แผนภูมิที่ 10 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561-2565 ไตรมาสที่ 4



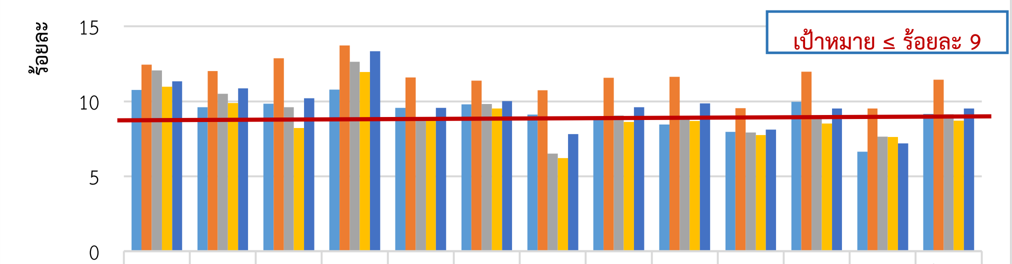
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	6.3	6.8	6.4	4.9	5.2	5.4	5.5	7.4	6.0	6.3	5.4	6.6	6.0
2562	6.6	7.4	7.0	6.1	5.9	6.1	6.1	8.2	7.1	6.9	5.9	7.2	6.7
2563	5.9	6.6	5.3	5.3	3.8	4.5	3.7	6.4	5.5	5.8	4.4	5.8	5.3
2564	5.7	5.9	4.3	4.9	3.5	4.0	3.5	5.8	5.1	5.5	4.2	4.8	4.8
2565	6.1	6.7	5.2	6.1	4.6	5.2	4.4	6.6	6.2	5.8	5.3	5.7	5.7

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.2 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2562 และลดลงเป็นร้อยละ 9.1 และ 8.7 ในปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ 9.5 เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 7, 10 และ 12 มีร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 9) คือ ร้อยละ 7.8, 8.1 และ 7.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 11 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนยังเป็นประเด็นท้าทายในการดำเนินงานเช่นเดียวกับภาวะเตี้ย และผอม ซึ่งภาวะเริ่มอ้วนหมายถึงภาวะที่น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน เด็กมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคตหากไม่ควบคุมน้ำหนัก และภาวะอ้วนเป็นภาวะอ้วนชัดเจนมีน้ำหนักมากเกินไปไม่เหมาะสมกับส่วนสูงอย่างมาก เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ขาโก่ง และเป็นผู้ใหญ่อ้วนมากยิ่งขึ้นในอนาคตหากไม่ควบคุมน้ำหนัก

แผนภูมิที่ 11 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561-2565 ไตรมาสที่ 4



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2561	10.8	9.6	9.8	10.8	9.6	9.8	9.1	8.9	8.5	8.0	10.0	6.7	9.2
2562	12.5	12.0	12.9	13.7	11.6	11.4	10.8	11.6	11.6	9.5	12.0	9.5	11.5
2563	12.1	10.5	9.6	12.6	8.9	9.8	6.5	9.1	8.9	7.9	9.0	7.7	9.1
2564	11.0	9.9	8.2	12.0	8.8	9.5	6.2	8.6	8.7	7.8	8.5	7.6	8.7
2565	11.3	10.9	10.2	13.4	9.6	10.0	7.8	9.6	9.9	8.1	9.5	7.2	9.5

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65

การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

ปัจจัยภายในองค์กร ตามหลัก 7'S

1. ขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระดับกรมอนามัย ในประเด็นส่งเสริมโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย
2. การสื่อสารองค์ความรู้ด้านโภชนาการและการเฝ้าระวังเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และสื่อความรู้ด้านโภชนาการไม่เพียงพอต่อความต้องการ

ปัจจัยภายนอก ตามหลัก PESTEL

1. ขาดการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) ระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
2. ครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะยากจน/กลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มเด็กและสตรีในพื้นที่ชายขอบ พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการได้ รวมทั้งเข้าไม่ถึงสื่อ องค์ความรู้ ที่เป็นเทคโนโลยีดิจิทัล
3. พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และไม่มีองค์ความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก
4. สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต (ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง) ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) และชุมชนลดลง

ความท้าทาย (Challenges)

1. การขับเคลื่อนงานส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม
2. พัฒนาระบบส่งต่อ รวมทั้งกลไกการกำกับติดตามในเด็กที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่อง
3. สร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ให้แก่ พ่อแม่ และ ผู้เลี้ยงดูเด็ก

มาตรการเพื่อปิดช่องว่าง

1. ขับเคลื่อนงานผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
2. พัฒนารูปแบบและกระบวนการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย เพื่อลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กปฐมวัย
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ให้แก่พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะต่อนโยบายการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทยและผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง (เขียนแบบแวนคูเวอร์)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.

2. 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, Geneva, Switzerland, WHO.

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c

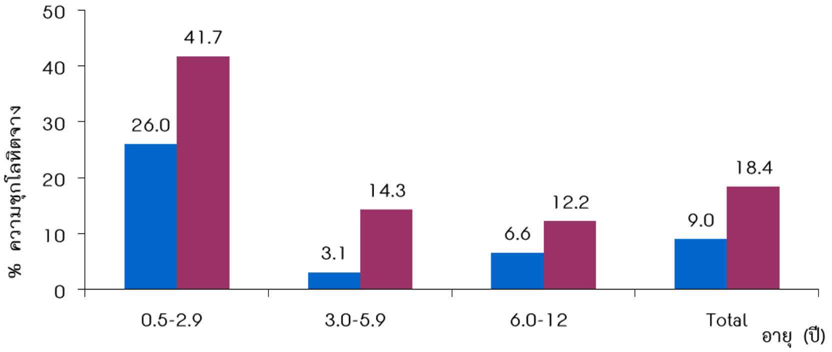
ประเด็น : ภาวะโลหิตจางในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก
3. ร้อยละเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

สถานการณ์ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังพบได้ในระดับภูมิภาค รวมทั้งประชาชนไทย จากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563[1] พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางของประชากรไทย ลดลงจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 โดยความชุกของภาวะโลหิตจางในเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 24.3 และ 25.2 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ.2556[2] (South East Asia Nutrition Survey : SEANUTS) ในเด็กอายุ 6 เดือน – 12 ปี พบว่า พบภาวะโลหิตจางในเด็กชนบทมีปัญหามากกว่าเด็กในเขตเมืองถึงสองเท่า เด็กปฐมวัย (6 เดือน – 2.9 ปี) พบความชุกโลหิตจาง ร้อยละ 36.8 ในเขตชนบท ร้อยละ 41.7 เขตเมือง ร้อยละ 26.0 เด็กปฐมวัย (3 – 5 ปี) พบความชุกโลหิตจาง ร้อยละ 10.3 ในเขตชนบท ร้อยละ 14.3 เขตเมือง ร้อยละ 3.1 เด็กวัยเรียน (6 – 12 ปี) พบความชุกโลหิตจาง ร้อยละ 10.4 โดยพบความชุกโลหิตจางในเขตชนบท ร้อยละ 12.2 เขตเมือง ร้อยละ 6.6 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 การสำรวจ SEANUTS ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน – 12 ปี



ที่มา : Courtesy N. R. SEANUTs: the nutritional status and dietary intakes of 0.5-12-year-old Thai children. BJN. 2013.

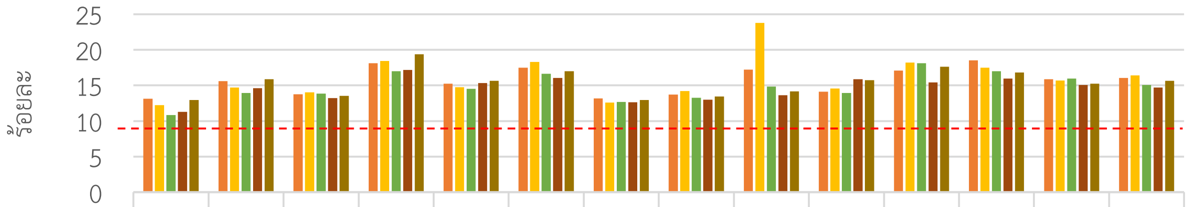
สำหรับข้อมูลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากระบบ Health Data Center ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562-2565 มีตัวชี้วัด ดังนี้

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก
3. ร้อยละเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
5. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2561 - 2565 จากข้อมูลระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มคงที่ คิดเป็นร้อยละ 16.06 16.43 15.1 14.69 และ 15.64 ตามลำดับ และยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 14 อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ 1 3 7 และเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง



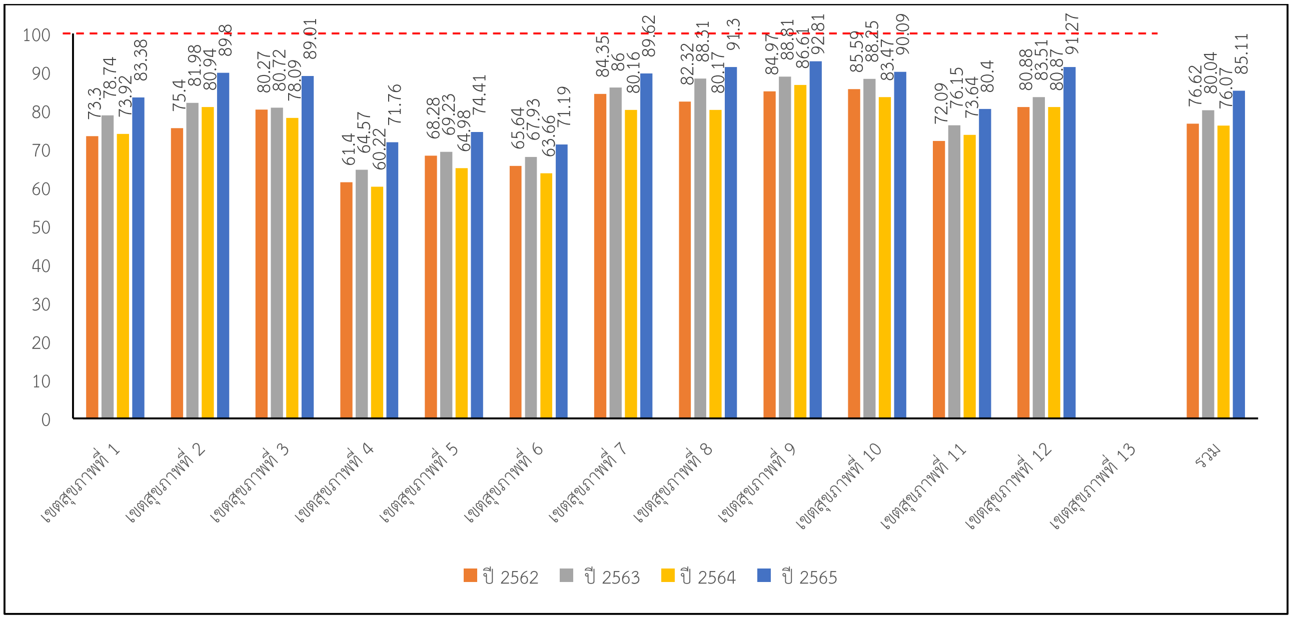
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2561	13.11	15.59	13.76	18.12	15.22	17.51	13.16	13.71	17.22	14.14	17.07	18.53	15.87	16.06
ปี 2562	12.22	14.69	14.05	18.43	14.73	18.30	12.61	14.20	23.76	14.55	18.22	17.49	15.67	16.43
ปี 2563	10.84	13.95	13.86	17.00	14.54	16.62	12.70	13.26	14.82	13.95	18.13	16.98	15.97	15.1
ปี 2564	11.31	14.63	13.21	17.17	15.32	16.04	12.65	13.01	13.63	15.86	15.44	15.98	15.05	14.69
ปี 2565	12.97	15.87	13.53	19.39	15.63	16.99	12.96	13.45	14.16	15.75	17.62	16.8	15.26	15.64

ที่มา : ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก

สถานการณ์การได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2562 – 2565 ในภาพรวมของประเทศพบว่า ความครอบคลุมการได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมากโดยจากปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 76.62 และเพิ่มขึ้นในปี 2565 เป็นร้อยละ 85.11 แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานในรายเขตสุขภาพ พบว่า ทุกเขตสุขภาพมีผลการดำเนินงานในปี 2565 สูงกว่า ปี 2564 และเขตสุขภาพที่ 8 10 และ 12 มีผลการดำเนินงานมากกว่าร้อยละ 90 คือ ร้อยละ 91.3 90.09 และ 91.27 ตามลำดับ แผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 ความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก

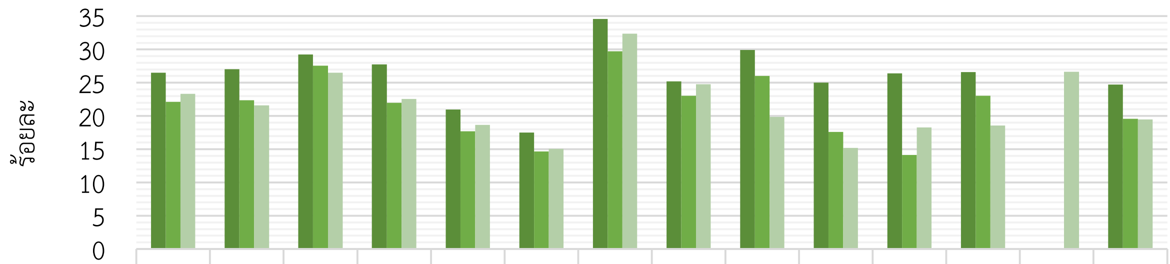


ที่มา : ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2565

3. ร้อยละเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ข้อมูลจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) พบว่า ภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 6 - 12 เดือน ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 24.72 19.59 และ 19.49 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2564-2565 เป็นไปตามค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่เกินร้อยละ 20 และเมื่อพิจารณาข้อมูลจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีสถานการณ์ภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 6 – 12 เดือน มีปัญหาน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น ส่วนในปี 2565 ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ยังคงเป็นปัญหาในหลายเขตสุขภาพที่ยังไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายได้ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1-4, 7-8 และ 13 คิดเป็นร้อยละ 23.34 21.61 26.48 22.56 32.36 24.78 และ 26.67 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 ภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 6 – 12 เดือน



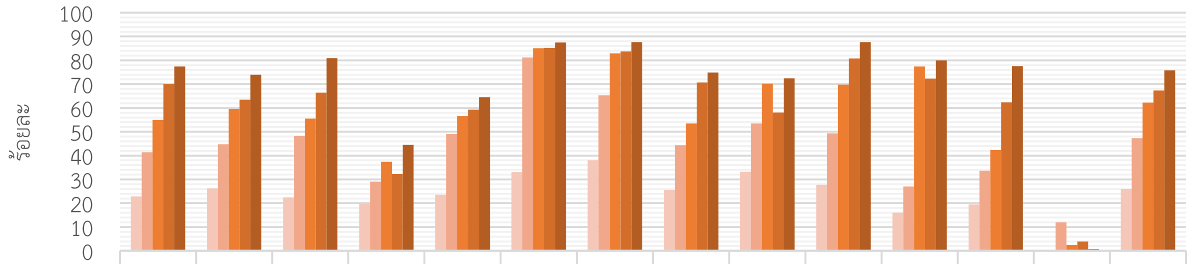
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2563	26.49	27.05	29.24	27.76	20.95	17.50	34.57	25.22	29.92	25.02	26.40	26.59		24.7
ปี 2564	22.11	22.35	27.56	21.96	17.68	14.65	29.73	23.04	26.03	17.61	14.13	23.03		19.59
ปี 2565	23.34	21.61	26.48	22.56	18.66	15.05	32.36	24.78	19.86	15.21	18.29	18.55	26.67	19.49

ที่มา : ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

4. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

สำหรับการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ข้อมูลจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) พบว่า ปี 2561-2565 การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 25.98 47.28 62.3 67.36 และ 75.86 ตามลำดับ แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ 3 6 7 10 และ 11 ที่มีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ได้ตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 80.87 87.45 87.71 87.67 และ 80.05 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับรายเขตสุขภาพอื่นที่ยังไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2561	22.93	26.24	22.48	19.75	23.49	33.09	38.02	25.62	33.27	27.77	16.02	19.50	0.00	25.98
ปี 2562	41.47	44.83	48.30	29.00	49.08	81.16	65.29	44.35	53.57	49.34	27.11	33.60	12.03	47.28
ปี 2563	54.94	59.60	55.57	37.35	56.54	85.11	82.91	53.49	70.19	69.77	77.37	42.35	2.46	62.3
ปี 2564	70	63.42	66.47	32.34	59.31	85.17	83.73	70.76	58.11	80.78	72.37	62.45	3.97	67.36
ปี 2565	77.44	73.88	80.87	44.45	64.54	87.45	87.71	74.9	72.51	87.67	80.05	77.58	0.66	75.86

ที่มา : ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

- **ปัจจัยภายในองค์กร ตามหลัก 7'S**

1. Strategy : **กลยุทธ์**	ตัวชี้วัดร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ดำเนินการภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี 2565-2570 แต่เพิ่งเริ่มดำเนินงานขับเคลื่อนแผนในปี 2565 เป็นปีแรกจึงยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 100 ในปี 2570 แต่อย่างไรก็ตาม มาตรการบริการยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก เป็นอีกมาตรการสำคัญภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ
2. Structure: **โครงสร้าง**	ตัวชี้วัดร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก มีโครงสร้างการขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นประธาน และมีคณะอนุกรรมการอีก 4 คณะที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. System : **ระบบการทำงาน**	กระบวนการทำงานของงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางและโรคขาดสารไอโอดีนมีการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย มีการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น รณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ รณรงค์โครงการสาวไทยแก้มแดง แต่การติดตามผลการดำเนินงานการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกของหญิงตั้งครรภ์ หรือการได้รับยาเม็ด/ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ยังมีปัญหาในเรื่องระบบการจัดเก็บข้อมูลที่อาจคีย์ข้อมูลเข้ามาแล้วข้อมูลไม่ขึ้น ในบางพื้นที่ รวมทั้งยังไม่มีระบบติดตามการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์
4. Superordinate Goal **หรือ** Shared and Value : **ค่านิยมร่วม**	ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในบางพื้นที่ เห็นความสำคัญที่จะให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก หรือเด็กได้รับยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
5. Skill : **ทักษะ**	• มีแพทย์ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก/ยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แต่ก็ยังคงต้องมีการอัพเดตความรู้ให้เป็นปัจจุบันตามแนวปฏิบัติใหม่ๆ • มีการชี้แจงและให้องค์ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่อาจยังไม่ครอบคลุมผู้ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่
6. Style of Management : **รูปแบบการบริหาร**	ผู้บริหารดำเนินงานตามแผน และติดตามผลการดำเนินงาน ผ่านคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการฯ
7. Staff : **บุคลากร**	บุคลากรที่จ่ายยาส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก /ยาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

- **ปัจจัยภายนอก ตามหลัก PESTEL**

– การเมือง (Politics)	นโยบายและยุทธศาตร์ชาติของรัฐบาลที่เน้นการสร้างสุขภาวะที่ดีของคนไทย สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี 2565-2570 ที่ขับเคลื่อนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก
– เศรษฐศาสตร์ (Economics)	เศรษฐกิจในปัจจุบันมีส่วนกระทบให้ได้รับงบประมาณน้อย
– สังคม (Social)	ยังมีบางพื้นที่ที่มีวัฒนธรรม ความเชื่อ เกี่ยวกับการไม่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีน
– เทคโนโลยี (Technological)	• เทคโนโลยีดิจิตอลแพลทฟอร์มเข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมาก แต่เพิ่งเปิดระบบ แพลทฟอร์มไอโอดีน และเริ่มตั้งค่าเป้าหมายในปี 2565 ต่อเนื่องถึงปี 2570 จึงยังต้องปรับปรุงระบบอยู่ • ใช้เทคโนโลยีเป็นช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบถึงความสำคัญของการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางและโรคขาดสารไอโอดีนได้ เช่น สื่อให้ความรู้ สื่อให้ทราบสิทธิตามชุดสิทธิประโยชน์ สื่อบอกแหล่งการเข้าบริการ
– สิ่งแวดล้อม (Environmental)	• มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้ารับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก หรือรับยาเฟอร์โรโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้สะดวกที่หน่วยบริการใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ร้านอาหารที่ปรุงประกอบอาหารโดยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนได้ง่ายในชุมชน จากแพลทฟอร์มไอโอดีน • สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ส่งผลให้เด็กสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการคัดกรอง ค้นหา ส่งเสริม ติดตาม และดูแลกระตุ้นให้มีพัฒนาการที่สมวัย หากเด็กได้รับการตรวจประเมินภาวะโลหิตจาง ได้รับคำแนะนำ และบริการที่เหมาะสม จะนำไปสู่การลดการเกิดภาวะโลหิตจางและการขาดสารไอโอดีน ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
– กฎหมาย (Legal)	มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกลือบริโภค ซึ่งต้องเสริมไอโอดีนในเกลือ ปริมาณ 20-40 ppm ต่อ 1 กิโลกรัม

ความท้าทาย (Challenges)

1. องค์ความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในเชิงส่งเสริมสุขภาพยังไม่เป็นปัจจุบัน สำหรับการปฏิบัติงาน
2. งานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางและโรคขาดสารไอโอดีนไม่เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน แม้จะเป็นนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานก็ตาม ทำให้เป็นข้อจำกัดของการจัดสรรงบประมาณประจำปีและการให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับพื้นที่
3. เชื่อมโยงข้อมูลการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก กับโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
4. ระบบเฝ้าระวัง ติดตามการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ของประชาชน

มาตรการเพื่อปิดช่องว่าง

1. พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง
2. จัดทำแผนปฏิบัติการ โดยบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งในระดับกระทรวงและในระดับพื้นที่
3. สร้างงานวิจัยเพื่อผลิตองค์ความรู้ใหม่หรือเป็นข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนการดำเนินงาน
4. สร้างความร่วมมือ บูรณาการงานและสร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานอื่นเข้ามาที่ระบบรายงานของส่วนกลาง เช่น โรงพยาบาลภาคเอกชน สถานประกอบการ หน่วยงานเอกชน เป็นต้น
5. หน่วยบริการ ปรับระบบการทำงานแบบเชิงรุก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสถานการณ์น้ำท่วม เพื่อสนับสนุนการจ่ายน้ำและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. ผลิตสื่อให้เหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่มวัยผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งเหมาะสมกับสังคมหรือวัฒนธรรมประจำถิ่น
7. สื่อสารสร้างการรับรู้ให้ประชาชนรับรู้สิทธิภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสร้างความตระหนักด้านสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และภาวะโลหิตจางในปีต่อไป

เอกสารอ้างอิง (เขียนแบบแวนคูเวอร์)

1. วิชัย เอกพลากร, (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563.
2. Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, Kunapan P, Thasanasuwan W, Khouw I. SEANUTS: the nutritional status and dietary intakes of 0.5-12-year-old Thai children. Br J Nutr. 2013 Sep;110 Suppl 3:S36-44
3. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC), สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2565 เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c

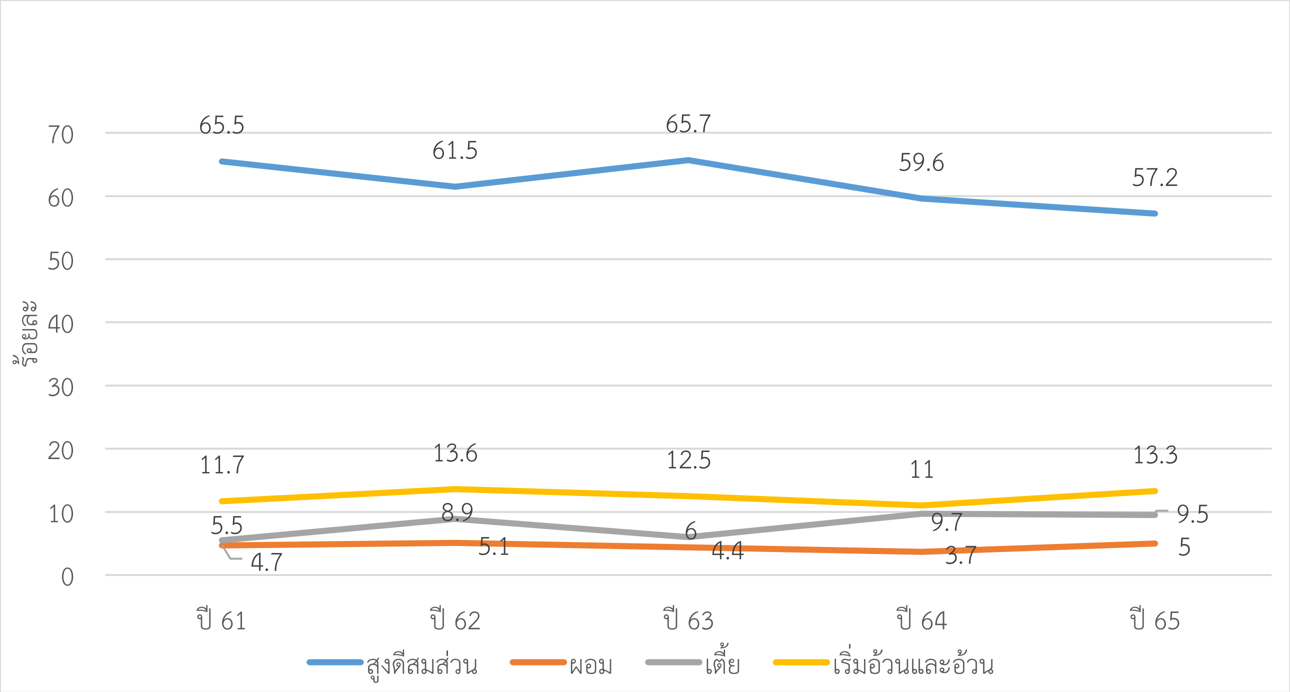
ประเด็น: ภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น

1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
3. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย
5. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี สูงดีสมส่วน
6. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
7. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะผอม
8. ร้อยละของเด็กอายุ 15-18 ปี มีภาวะเตี้ย

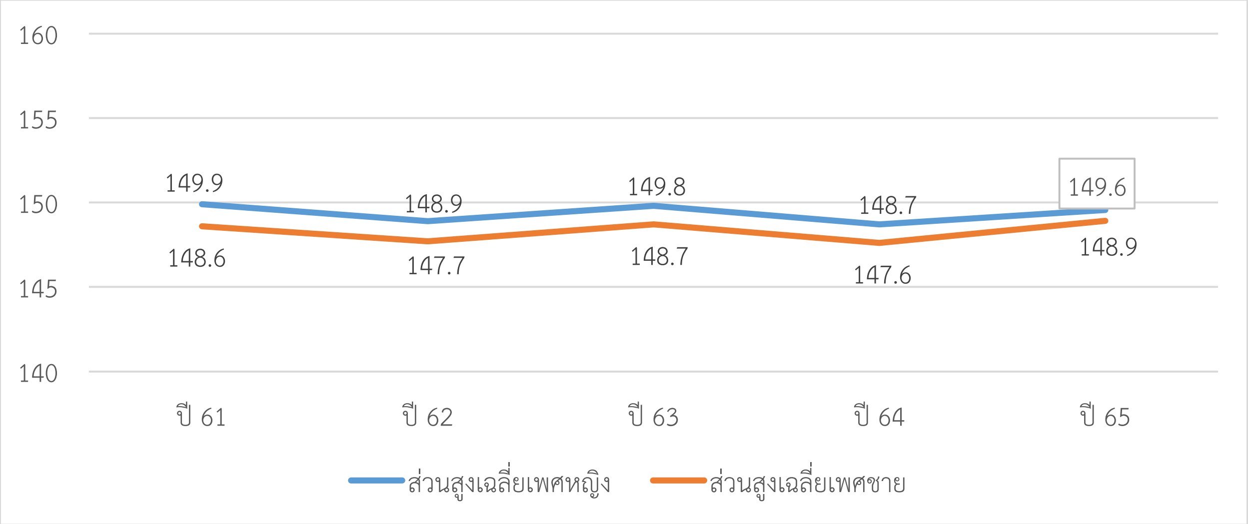
สถานการณ์ภาพรวมของประเทศย้อนหลัง ไม่น้อยกว่า 5 ปี

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2561 ถึง 2565 พบว่าแนวโน้มสถานการณ์สูงดีสมส่วนลดลง ร้อยละ 65.5 61.5 65.7 59.6 และ 57.2 ตามลำดับ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 66) เริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.7 13.6 12.5 11 และ 13.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 10) เตี้ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.5 8.9 6 9.7 และ 9.5 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 5) ผอมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.7 5.1 4.4 3.7 และ 5 ตามลำดับ แต่ยังไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนลดลง เริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย ผอม เพิ่มมากขึ้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564 ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของเด็กในปัจจุบันและจากสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562



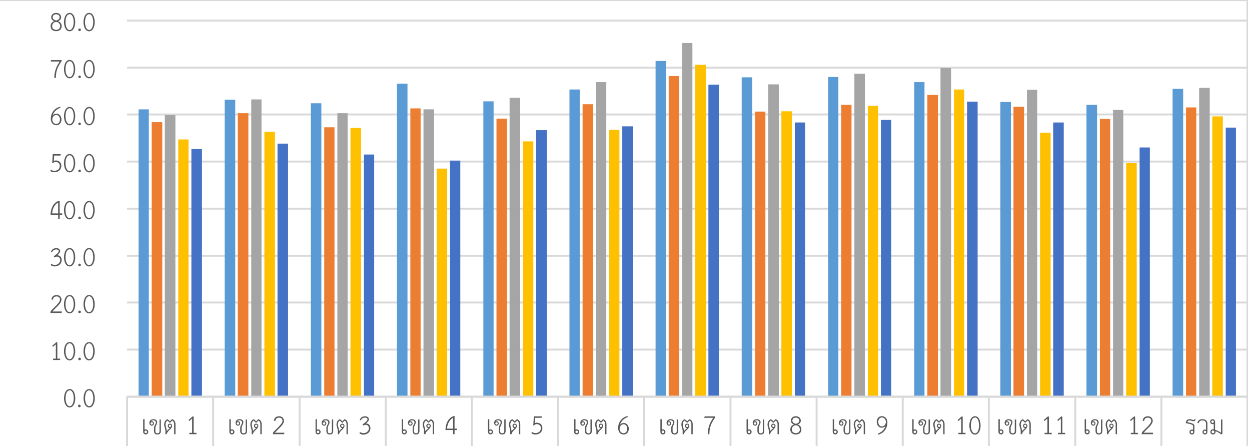
แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2561 ถึง 2565

ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 12 ปี เพศ ชาย หญิง ปี 2561 ถึง 2565 ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย เด็กผู้ชายสูง 154 เซนติเมตร เด็กผู้หญิงสูง 155 เซนติเมตร โดยในปี 2565 เด็กผู้ชายสูง 148.9 เซนติเมตร เด็กผู้หญิงสูง 149.6 เซนติเมตร ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 12 ปี เพศชาย หญิง ปี 2561 ถึง 2565

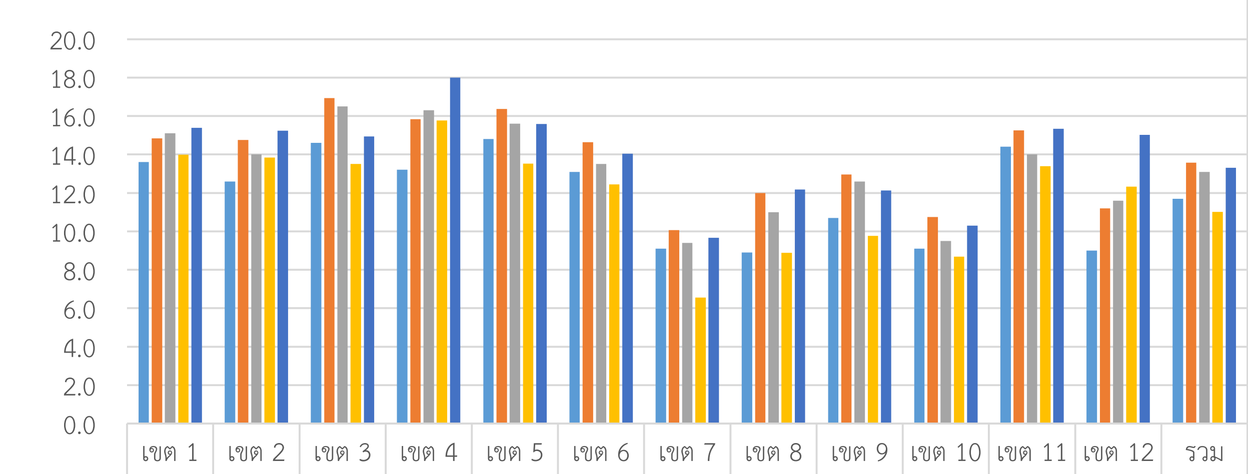
สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์สูงดีสมส่วนลดลง เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2565 ในปี 2565 มีเด็กสูงดีสมส่วนร้อยละ 66.4 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 และ 9 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 62.7 และ 58.3 ตามลำดับ ทุกเขตมีแนวโน้มสูงดีสมส่วนต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ 66) ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 7 สูงกว่าค่าเป้าหมาย เขตที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 50.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 61	61.1	63.2	62.4	66.6	62.8	65.3	71.4	67.9	68.0	66.9	62.7	62.1	65.5
ปี 62	58.4	60.3	57.3	61.3	59.2	62.2	68.2	60.6	62.0	64.2	61.7	59.0	61.5
ปี 63	59.9	63.2	60.3	61.1	63.6	66.9	75.2	66.4	68.7	69.9	65.3	61.0	65.7
ปี 64	54.7	56.4	57.2	48.5	54.3	56.8	70.6	60.7	61.9	65.4	56.2	49.7	59.6
ปี 65	52.7	53.8	51.5	50.2	56.7	57.5	66.4	58.3	58.9	62.7	58.4	53.0	57.2

แผนภูมิที่ 3 สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565

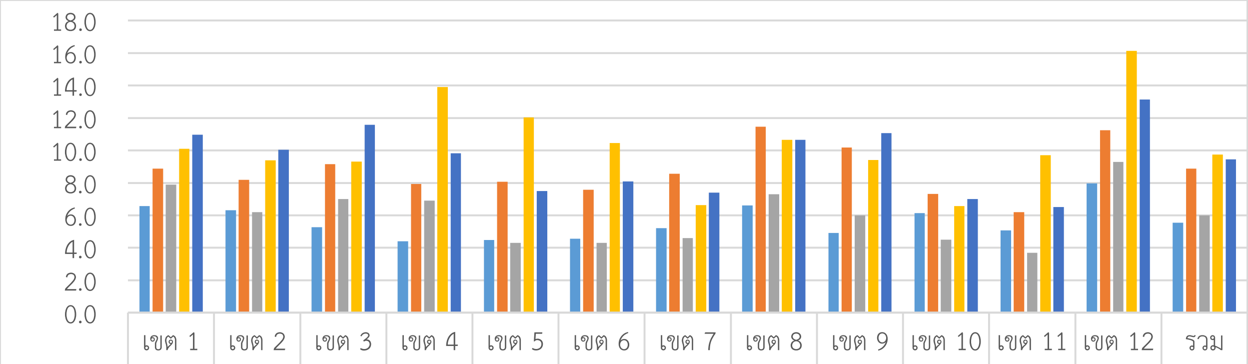
สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น ในปี 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.7 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน≤ ร้อยละ 10) เขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 18 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 61	13.6	12.6	14.6	13.2	14.8	13.1	9.1	8.9	10.7	9.1	14.4	9.0	11.7
ปี 62	14.8	14.8	16.9	15.8	16.4	14.6	10.1	12.0	13.0	10.8	15.3	11.2	13.6
ปี 63	15.1	14.0	16.5	16.3	15.6	13.5	9.4	11.0	12.6	9.5	14.0	11.6	13.1
ปี 64	14.0	13.8	13.5	15.8	13.5	12.5	6.6	8.9	9.8	8.7	13.4	12.3	11.0
ปี 65	15.4	15.2	14.9	18.0	15.6	14.0	9.7	12.2	12.1	10.3	15.3	15.0	13.3

แผนภูมิที่ 4 สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565

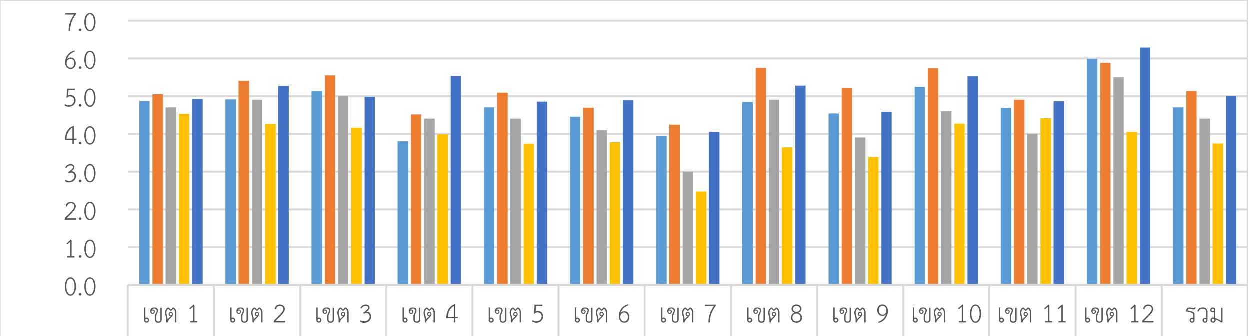
สถานการณ์เตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2561-2565 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เตี้ยเพิ่มขึ้น แต่ละเขตเปรียบเทียบกันพบว่า ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 11 10 7 และ 5 พบความชุกของเด็กเตี้ยน้อยเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่นๆ ร้อยละ 6.5 7.0 7.4 และ 7.5 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13 เกินค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 5) โดยในปี 2564 สถานการณ์เตี้ยเพิ่มขึ้นสูงมากทุกเขต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบของเด็กอายุ 6-19 ปี ชุดใหม่ ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของเด็กในปัจจุบัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 61	6.6	6.3	5.3	4.4	4.5	4.6	5.2	6.6	4.9	6.1	5.1	8.0	5.5
ปี 62	8.9	8.2	9.2	7.9	8.1	7.6	8.6	11.5	10.2	7.3	6.2	11.2	8.9
ปี 63	7.9	6.2	7.0	6.9	4.3	4.3	4.6	7.3	6.0	4.5	3.7	9.3	6.0
ปี 64	10.1	9.4	9.3	13.9	12.0	10.5	6.6	10.7	9.4	6.6	9.7	16.1	9.7
ปี 65	11.0	10.0	11.6	9.8	7.5	8.1	7.4	10.7	11.1	7.0	6.5	13.1	9.5

แผนภูมิที่ 5 สถานการณ์เตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565

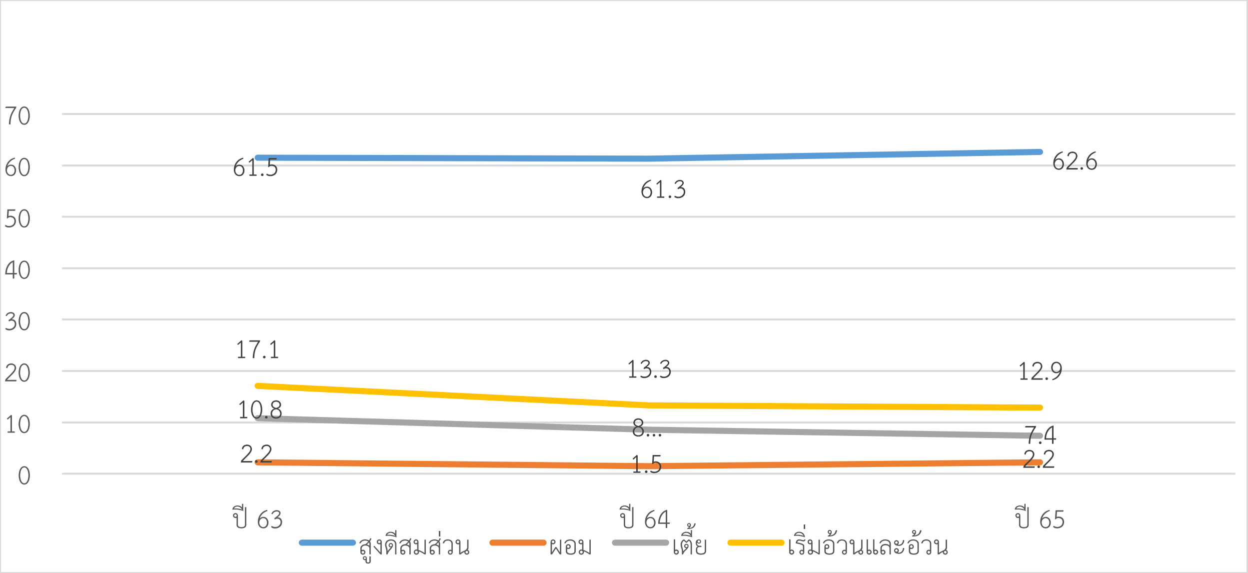
สถานการณ์ผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกันจากปี 2561-2565 โดยพบว่า ภาพรวมประเทศสถานการณ์ผอมเพิ่มขึ้น ปี 2561- 2564 ทุกเขตสุขภาพมีแนวโน้มผอมลดลง แต่มาสูงขึ้นในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 12 4 10 2 และ 8 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมเกินค่าเป้าหมาย 6.28 5.53 5.52 5.27 และ 5.28 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 7 9 5 11 6 1 3 พบความชุกของเด็กผอมไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ร้อยละ 4.05 4.58 4.85 4.86 4.89 4.92 และ 4.98 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 61	4.9	4.9	5.1	3.8	4.7	4.5	3.9	4.8	4.5	5.2	4.7	6.0	4.7
ปี 62	5.1	5.4	5.6	4.5	5.1	4.7	4.2	5.7	5.2	5.7	4.9	5.9	5.1
ปี 63	4.7	4.9	5.0	4.4	4.4	4.1	3.0	4.9	3.9	4.6	4.0	5.5	4.4
ปี 64	4.5	4.3	4.2	4.0	3.7	3.8	2.5	3.6	3.4	4.3	4.4	4.1	3.7
ปี 65	4.92	5.27	4.98	5.53	4.85	4.89	4.05	5.28	4.58	5.52	4.86	6.28	5

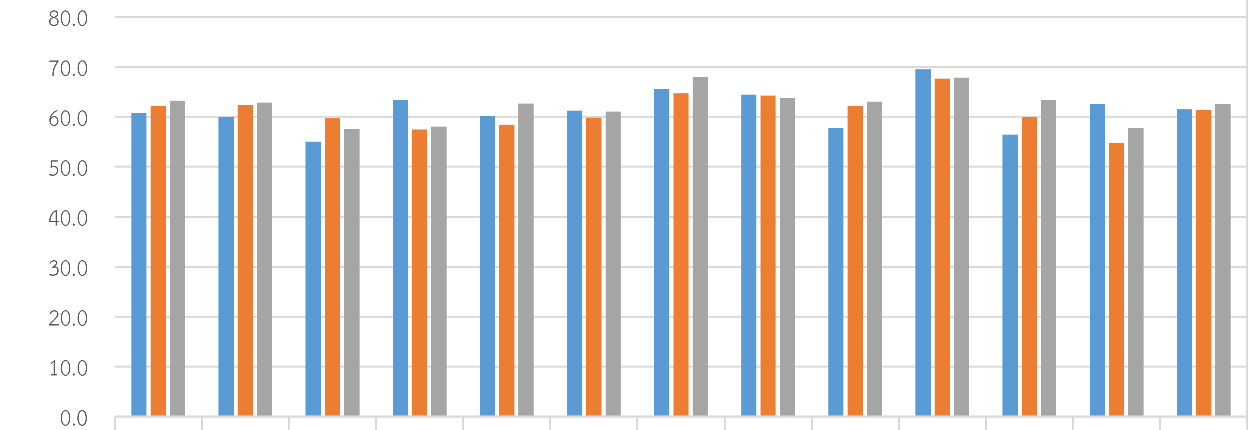
แผนภูมิที่ 6 สถานการณ์ผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2561 ถึง 2565

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ปี 2563 ถึง 2565 พบว่าแนวโน้มสถานการณ์ สูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 61.5 61.3 และ 62.6 ตามลำดับ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 66) เริ่มอ้วนและอ้วนลดลง ร้อยละ 17.1 13.3 และ 12.9 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 10) เตี้ยลดลง ร้อยละ 10.8 8.6 และ 7.4 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 5) ผอมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.2 1.5 และ 2.2 ตามลำดับ แต่ยังไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ปี 2563 ถึง 2565

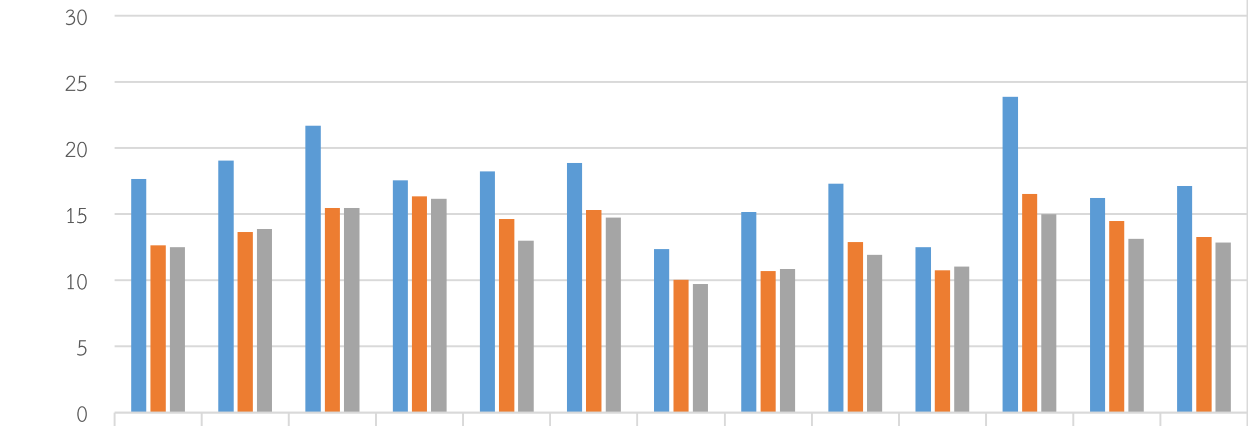
สถานการณ์สูงดีสมส่วนของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2563 ถึง 2565 ในปี 2565 มีเด็กสูงดีสมส่วนร้อยละ 68 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 สูงดีสมส่วนร้อยละ 67.9 ทุกเขตมีแนวโน้มสูงดีสมส่วนต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ 66) ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 7 และ 10 สูงกว่าค่าเป้าหมาย เขตที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนน้อยคือเขตสุขภาพที่ 4 12 และ 3 ร้อยละ 58.0 57.7 และ 57.6 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 63	60.7	60.0	55.0	63.4	60.2	61.3	65.6	64.4	57.8	69.5	56.4	62.6	61.5
ปี 64	62.1	62.4	59.7	57.5	58.4	59.8	64.7	64.2	62.2	67.7	59.9	54.7	61.3
ปี 65	63.2	62.8	57.6	58.0	62.7	61.0	68.0	63.8	63.0	67.9	63.4	57.7	62.6

แผนภูมิที่ 8 สถานการณ์สูงดีสมส่วนของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565

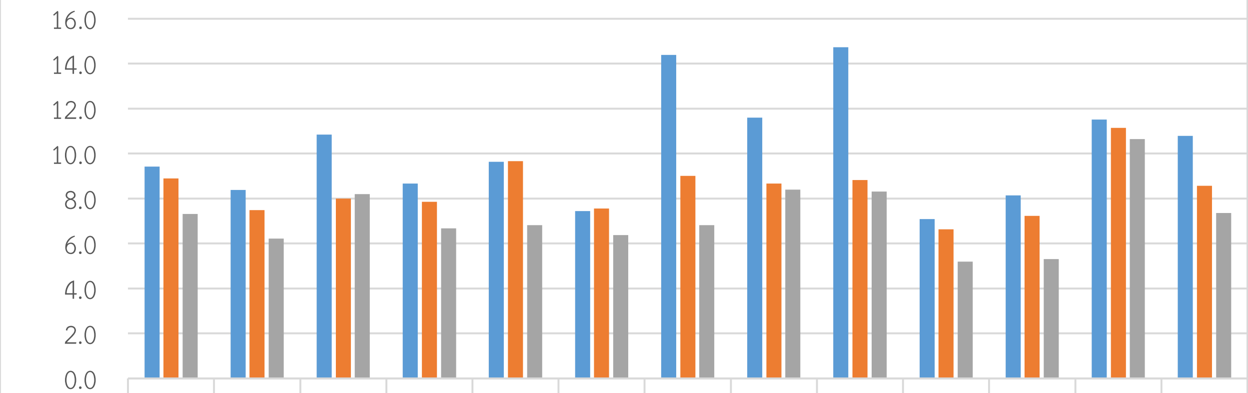
สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนลดลง ในปี 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนน้อยที่สุดร้อยละ 9.7 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน≤ ร้อยละ 10) เขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.2 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3 11 และ 6 ร้อยละ 15.5 15 และ 14.7 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 63	17.65	19.06	21.7	17.55	18.23	18.87	12.34	15.17	17.31	12.5	23.89	16.23	17.13
ปี 64	12.63	13.66	15.47	16.34	14.63	15.3	10.04	10.7	12.89	10.74	16.54	14.47	13.3
ปี 65	12.5	13.9	15.5	16.2	13.0	14.7	9.7	10.9	11.9	11.0	15.0	13.2	12.9

แผนภูมิที่ 9 สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565

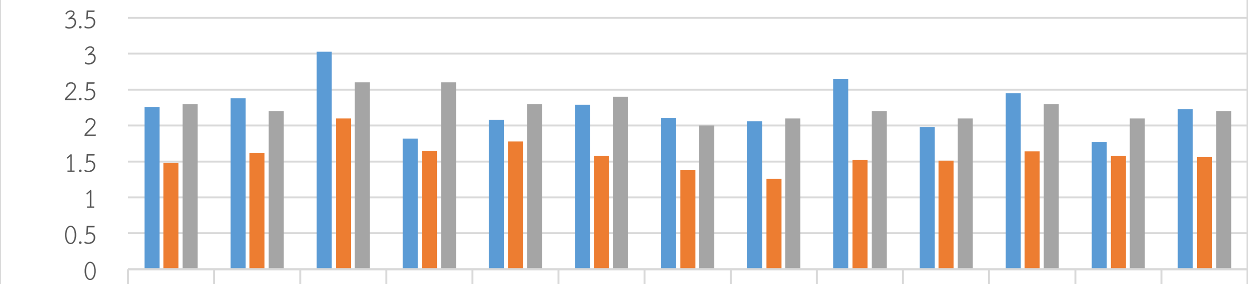
สถานการณ์เตี้ยของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกันจากปี 2563-2565 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เตี้ยลดลง ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 11 และ 10 พบความชุกภาวะเตี้ยน้อย เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น ๆร้อยละ 5.2 และ 5.3 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกภาวะเตี้ยร้อยละ 10.6 เกินค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 10



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 63	9.4	8.4	10.8	8.7	9.6	7.4	14.4	11.6	14.7	7.1	8.1	11.5	10.8
ปี 64	8.9	7.5	8.0	7.9	9.7	7.6	9.0	8.7	8.8	6.6	7.2	11.1	8.6
ปี 65	7.3	6.2	8.2	6.7	6.8	6.4	6.8	8.4	8.3	5.2	5.3	10.6	7.4

แผนภูมิที่ 10 สถานการณ์เตี้ยของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565

สถานการณ์ผอมของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกันจากปี 2563-2565 โดยพบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์ผอมไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ทุกเขตสุขภาพ มีความชุกภาวะผอมไม่เกินค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 11



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 63	2.26	2.38	3.03	1.82	2.08	2.29	2.11	2.06	2.65	1.98	2.45	1.77	2.23
ปี 64	1.48	1.62	2.1	1.65	1.78	1.58	1.38	1.26	1.52	1.51	1.64	1.58	1.56
ปี 65	2.3	2.2	2.6	2.6	2.3	2.4	2.0	2.1	2.2	2.1	2.3	2.1	2.2

แผนภูมิที่ 11 สถานการณ์ผอมของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2565

การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กร ตามหลัก 7'S

1. Strategy : **กลยุทธ์**	มีแนวทางหลักของการทำงานคือแผนยุทธศาสตร์ด้านโภชนาการในระดับชาติ 2560-2565 และมีแผนยุทธศาสตร์ด้านโภชนาการในระดับชาติ 2566-2570 รองรับการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวทางระดมและจัดทรัพยากรขององค์กร มีกลยุทธ์เหมาะสมกับองค์กร องค์กรมีทรัพยากรเพียงพอ
2. Structure: **โครงสร้าง**	รูปแบบการจัดแบ่งองค์กรออกเป็นฝ่ายๆ หรือกลุ่มงานที่ชัดเจน โดยมีกลุ่มส่งเสริมโภชนาการวัยเรียนและวัยรุ่น มีการกำหนดอำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ไว้อย่างชัดเจน โครงสร้างขององค์กรมีรูปแบบไม่สลับซับซ้อน เป็นแบบแบนราบ ทำให้ข้อมูลข่าวสารจากบนลงล่างเป็นไปอย่างรวดเร็ว
3. System : **ระบบการทำงาน**	ชุดของกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์กันโดยมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน **เด็กไทยมีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ไม่อ้วน สูงดีสมวัย** จึงจะทำให้งานบรรลุเป้าหมายได้เร็ว
4. Superordinate Goal **หรือ** Shared and Value : **ค่านิยมร่วม**	ความรู้สึกร่วม มีทัศนคติที่มีต่อองค์กรไปในทางที่ดี มีเป้าหมายร่วมกัน ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีภาวะโภชนาการที่ดี สามารถดูตนเองด้านอาหารและโภชนาการ ให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ วิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างสังคมรอบรู้ด้านโภชนาการสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมทุกช่วงวัย และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีโภชนาการดี
5. Skill : **ทักษะ**	บุคลากรนักวิชาการความชำนาญด้านอาหารและโภชนาการ
6. Style of Management : **รูปแบบการบริหาร**	ผู้บริหารในการทำงานสร้างความน่าความเชื่อถือให้กับบุคลากร ซึ่งมีผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรและความสำเร็จขององค์กร
7. Staff : **บุคลากร**	หมายถึง บุคลากรทุกระดับเป็นตัวขับเคลื่อนให้องค์กรประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายองค์กร ซึ่งมีความรู้ความสามารถ ขวัญดี และจงรักภักดีต่อองค์กร มีการพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

ปัจจัยภายนอก ตามหลัก PESTEL

– การเมือง (Politics)	นโยบายต่าง ๆ ซึ่งนโยบายเหล่านี้ จะมีผลต่อดีการดำเนินงานโดยตรง เช่น อาหารกลางวันในโรงเรียน นมโรงเรียน
– เศรษฐศาสตร์ (Economics)	ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อราคาอาหาร ราคาสูงขึ้น ราคาอาหารที่ต่อสุขภาพมีราคาสูง ส่งผลให้วัยเรียนและวัยรุ่นเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพลดลง
– สังคม (Social)	กระแสสังคม วัฒนธรรมของประเทศ การกระจายรายได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพของวัยเรียนวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ การบริโภคผักผลไม้ของวัยเรียนวัยรุ่นยังคงน้อยอยู่ เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ
– เทคโนโลยี (Technological)	นวัตกรรมการเข้าถึงเทคโนยีที่ง่ายและสะดวก มีโอกาสเข้ามาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน

– สิ่งแวดล้อม (Environmental)	กฎหมาย /พรบ./บันทึกข้อตกลงยกระดับความร่วมมือการพัฒนาศักยภาพเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 / ประกาศ สพฐ. ว่าด้วยการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งเสริมสุขภาพของสถานศึกษา พ.ศ. 2564 / ประกาศ ศธ. เรื่อง มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับบริการทางทันตกรรม ม.2 (2) หลีกเลี่ยงการจำหน่ายและการจัดให้บริโภค เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลสูง (>ร้อยละ 5) ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบในสถานศึกษา และสร้างความรู้ความเข้าใจกับร้านค้าบริเวณรอบรั้วโรงเรียน
– กฎหมาย (Legal)	การดำเนินการกฎหมาย เช่น กฎหมายแรงงาน กฎหมายเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

ความท้าทาย (Challenges)

- การแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการวัยเรียนและวัยรุ่นยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย สูงดีสมส่วน เริ่มอ้วนและอ้วนและเตี้ย เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณดำเนินการ บุคลากรที่รับผิดชอบงานทั้งของโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานต้นสังกัด ส่งผลให้

  - การบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ยังไม่เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง ภาคีเครือข่ายยังไม่เห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านโภชนาการวัยเรียนวัยรุ่น การเชื่อมโยงระบบการดำเนินงานจัดการโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่นในพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน
  - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา รวมถึงครูที่รับผิดชอบงานการจัดการอาหารและโภชนาการในระดับโรงเรียนที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพแล้ว มีภาระหน้าที่หลากหลาย ส่งผลต่อดำเนินงานจัดการโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่นในพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน
  - โรงเรียนไม่เห็นความสำคัญเรื่องของการจัดการภาวะโภชนาการ และการจัดการอาหารและโภชนาการให้ได้คุณภาพ ให้ความสำคัญเพียงแค่จัดหาอาหารกลางวัน และบันทึกค่าน้ำหนักส่วนสูง ซึ่งหลายแห่งเครื่องมือและ วิธีการชั่งวัด ยังไม่ได้มาตรฐาน
  - องค์ความรู้เรื่องการจัดการอาหารและโภชนาการ และการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
  - งานด้านโภชนาการวัยเรียนวัยรุ่นไม่เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับพื้นที่น้อย

มาตรการเพื่อปิดช่องว่าง

เพื่อการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการวัยเรียนและวัยรุ่นให้บรรลุค่าเป้าหมาย สูงดีสมส่วน เริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย และผอม โดยการ

1. การบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงานส่งเสริมการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก การเชื่อมโยงระบบการดำเนินงานจัดการโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่นในพื้นที่ให้เป็นรูปธรรมชัดเจน
2. พัฒนากำลังคนที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านโภชนาการระดับพื้นที่ และบุคลากรระดับปฏิบัติงาน รวมถึงคุณครูให้องค์ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นแบบองค์รวม
3. สร้างความตระหนักให้กับภาคีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ ผู้ปกครองในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และจัดการภาวะโภชนาการเด็ก และจัดคุณภาพอาหารสำหรับวัยเรียนและวัยรุ่น และสร้างความตระหนักเรื่องการจัดการด้านโภชนาการสำหรับตนเองให้กับเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
4. พัฒนาหลักสูตรด้านการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ
5. มีการขับเคลื่อนงานร่วมกันกับคลัสเตอร์ มีระบบการกำกับติดตามไม่เป็นระบบจากส่วนกลางสู่พื้นที่
6. พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อให้ทราบสถานการณ์และข้อมูลเฝ้าระวัง กำกับติดตามและให้การดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมด้านโภชนาการ รวมถึงการส่งต่อ คัดกรองและรับการรักษาอย่างเหมาะสม ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น
3. เพื่อพัฒนานโยบายด้านโภชนาการวัยเรียนวัยรุ่น เพื่อแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, สานักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลจาก: http://hdcservice.moph.go.th/*hdc*/main/index.php

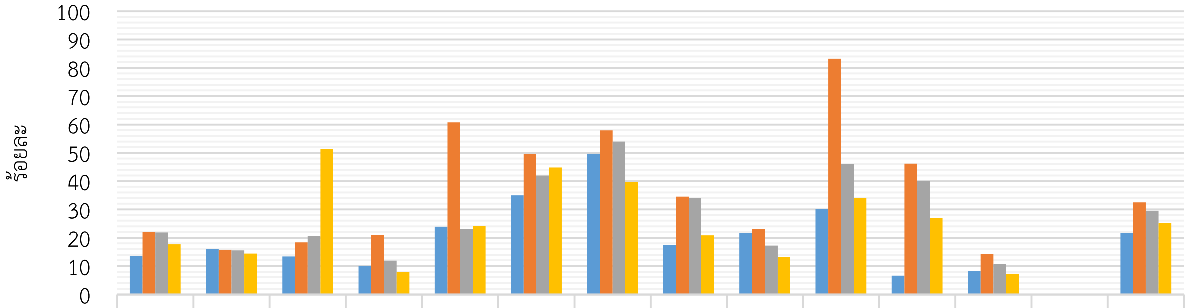
ประเด็น : การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อลดความเสี่ยงภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 ปี

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น :

ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

สำหรับความครอบคลุมของการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ข้อมูลจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) พบว่า ในปีพ.ศ. 2562 - 2565 การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ในภาพรวมของประเทศลดลง และไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 21.6 32.5 29.57 และ 25.14 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในรายพื้นที่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2565 พบว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ 3 ที่ความครอบคลุมของการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 – 12 ปี มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และเป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คิดเป็นร้อยละ 51.32 เมื่อเปรียบเทียบกับรายเขตสุขภาพอื่น ที่ยังไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 ความครอบคลุมของการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 - 12 ปี



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
ปี 2562	13.65	16.09	13.34	10.14	23.96	34.99	49.68	17.41	21.71	30.20	6.56	8.34		21.60
ปี 2563	21.93	15.82	18.39	21.01	60.77	49.52	57.88	34.48	23.09	83.23	46.18	14.22		32.5
ปี 2564	21.85	15.56	20.66	11.95	23.12	42	53.95	34.03	17.27	46.08	40.11	10.85		29.57
ปี 2565	17.7	14.41	51.32	7.99	24.18	44.86	39.6	20.9	13.25	34.01	26.99	7.28		25.14

ที่มา : ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ประเด็น: ภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น

1. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 29 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 29 ปี มีภาวะผอม
3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
4. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีภาวะผอม
6. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
7. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
8. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45 - 59 ปี มีภาวะผอม
9. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45 - 59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
10. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
11. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีภาวะผอม
12. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
13. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 29 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)
14. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)
15. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)

ประเด็น: พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น :

1. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน
2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน

สถานการณ์โลกหรือระดับนานาชาติ (ถ้ามี)

ปัญหาภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ข้อมูลในปี 2562 พบผู้เสียชีวิตจาก NCDs ทั่วโลก สูงถึงร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด[1] องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) กำหนดให้การเสียชีวิตด้วย NCDs ลดลงหนึ่งในสามของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อก่อนวัยอันควร ภายในปี 2573[2] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2557-2558 ส่วนสถานการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2557-2558 เมื่อพิจารณาสถานการณ์ภาวะอ้วนในประเทศไทยนั้น พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 42.2 ในปี พ.ศ. 2557-2558[3,4]

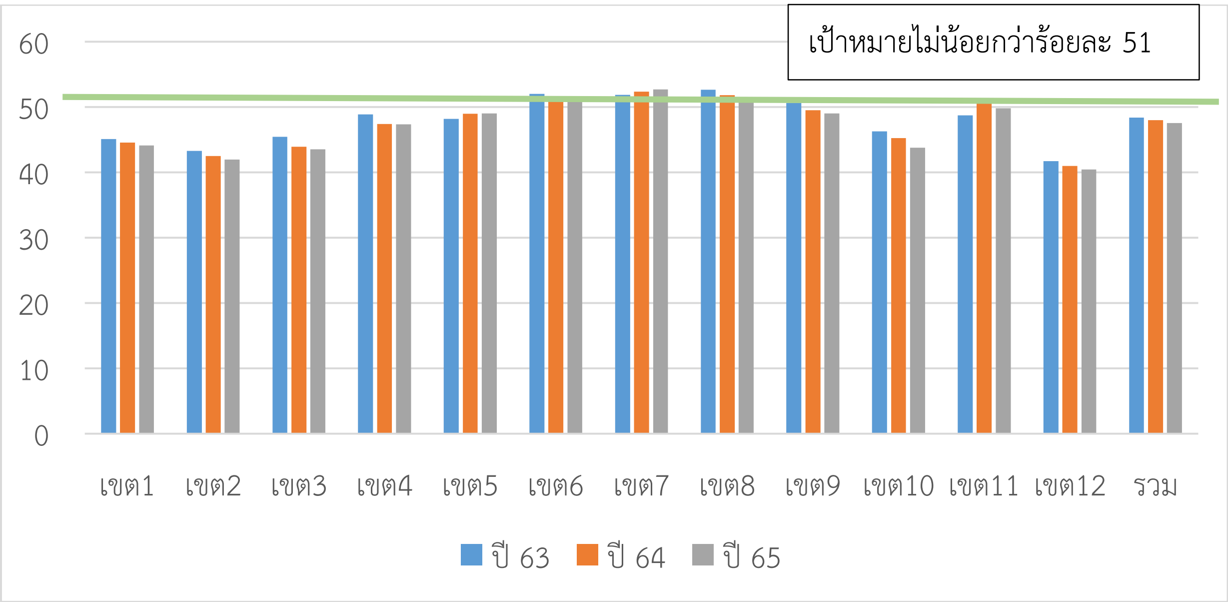
สถานการณ์ภาพรวมของประเทศย้อนหลัง ไม่น้อยกว่า 5 ปี

จากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่าคนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ[5] และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 2-10 เท่าขึ้นอยู่กับระดับของภาวะอ้วน[6] รวมทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[7] และเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของคนไทย หากปล่อยให้ประชากรไทยมีอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นนี้ทุกปีต่อไป ทำให้ประเทศต้องรับภาระในการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาลและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของทีดีอาร์ไอ เรื่องค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านสุขภาพของไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4 แสนล้านบาท ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 4.8 แสนล้านบาท ในปี 2565[8]

จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย มีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในประชากรชายและหญิง ซึ่งแม้ว่าประชากรชายจะมีความชุกต่ำกว่าหญิง แต่มีอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วกว่า ดังการสำรวจ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ความชุกภาวะอ้วนในเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็น ร้อยละ 46.4 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็น ร้อยละ 37.8 ตามลำดับ สำหรับภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกค่อนข้างคงเดิมในเพศหญิงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเพศชาย กล่าวคือ เพศหญิงจากร้อยละ 51.3 เป็นร้อยละ 50.4 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 27.7 ตามลำดับ[9]

รายงานจาก HDC พบแนวโน้มการมีดัชนีมวลกายปกติในระดับประเทศในปี 2563 - 2565 ลดลง โดยพบเพียง ร้อยละ 47.5 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 51 ดังแผนภูมิที่ 1

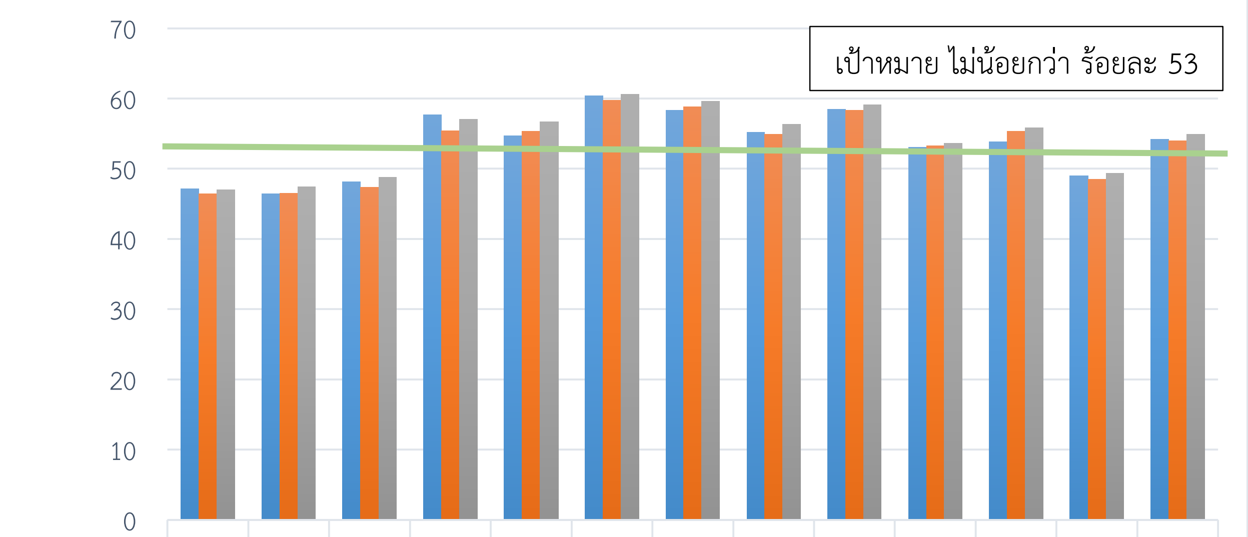
แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์ดัชนีมวลกายปกติในระดับประเทศในปี 2563 - 2565



ปี	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
2563	45.1	43.27	45.46	48.9	48.18	52.03	51.89	52.65	50.64	46.3	48.73	41.71	48.41
2564	44.57	42.52	43.94	47.42	48.98	51.45	52.38	51.85	49.52	45.25	51.18	40.98	48.02
2565	44.11	41.99	43.52	47.38	49.01	51.25	52.7	50.84	49.04	43.79	49.81	40.46	47.55

สถานการณ์รอบเอวปกติวัยทำงาน ภาพรวมเป็นไปตามเป้าหมาย คือ ร้อยละ 53

แผนภูมิที่ 2 สถานการณ์รอบเอวปกติวัยทำงาน ในระดับประเทศในปี 2563 - 2565



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม
ปี 2563	47.16	46.41	48.16	57.69	54.7	60.39	58.32	55.22	58.43	53.06	53.86	49.03	54.2
ปี 2564	46.46	46.51	47.33	55.43	55.29	59.74	58.8	54.88	58.31	53.29	55.36	48.51	54.0
ปี 2565	47.01	47.43	48.8	57.06	56.7	60.62	59.65	56.3	59.15	53.61	55.84	49.33	54.9

สาเหตุของภาวะอ้วนเกิดจากการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม และไม่สมดุล กล่าวคือ มีการบริโภคอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย กินอาหารไม่ได้ตามสัดส่วน คือ กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์มากเกินไป กินผัก ผลไม้ ไม่เพียงพอ ทั้งยังมีการเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม รสหวาน ในอาหารที่ปรุงสุกแล้วก่อนกิน รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มรสหวาน[10] สอดคล้องกับผลสำรวจพฤติกรรมการกินอาหารของวัยทำงานผ่านระบบ H4U ปี 2560 – 2564 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย[11-15] พบว่า ประชาชนวัยทำงานกินผักน้อยกว่าวันละ 5 ทัพพี ร้อยละ 70.42, 73.07, 66.61, 55.5 และ 50.78 ตามลำดับ การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม ร้อยละ 76.12, 73.55, 72.64 และ 70.06 ในปี 2561-2564 ตามลำดับ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 84.09, 83.15, 81.37 และ 78.35 ในปี 2561 - 2564 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานยังมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การนอนหลับไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งการสูบบุหรี่ ล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน[6]

การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

- **ปัจจัยภายในองค์กร ตามหลัก 7’S**

1. ขาดการบูรณาการงานโภชนาการในคลัสเตอร์วัยทำงานกับคลัสเตอร์สิ่งแวดล้อม ทำให้เป็นปัญหาในการขับเคลื่อนงานระดับเขต/จังหวัด

2. มีการสั่งการมาจากหลายทิศทาง ทั้งจากผู้บริหารระดับกรม จากหน่วยงานและจากคลัสเตอร์ ทำให้สร้างความสับสนในการดำเนินงาน

3. ระบบการติดตามงานมีความซ้ำซ้อน

4. ประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันในผู้ปฏิบัติงานแต่ละรุ่น ทำให้ฉากทัศน์ในการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5. บุคลากรมีองค์ความรู้และทักษะเฉพาะงานเหมาะสม แต่ยังขาดการเพิ่มเติมทักษะด้านการสื่อสารที่ทำให้ประชาชนเข้าใจง่ายและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- **ปัจจัยภายนอก ตามหลัก PESTEL**

1. นโยบายด้านสาธารณสุขมุ่งเน้นที่การรักษามากกว่าการการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้การขับเคลื่อนงานทำได้ยาก

2. สถานการณ์ระดับโลก เช่น การระบาดของโรคโควิด-19 วิกฤตการณ์รัสเซีย-ยูเครน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ประชาชนขาดรายได้ในการซื้อ

3. ความเชื่อ/วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่สืบต่อกันมา ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก

4. ประชาชนวัยทำงานในเขตเมืองและเขตชนบท และวัยทำงานตอนต้น กลาง และปลาย เข้าถึงเทคโนโลยีได้ต่างกัน ทำให้ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารต่างกัน

5. ยังไม่มีกฎหมายในการควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หรือกฎหมายให้แสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่จำหน่ายในร้านอาหาร ทำให้ประชาชนไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกกินอาหารและไม่ทราบว่าอาหารใดส่งผลเสียต่อสุขภาพ

6. สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพยังไม่เพียงพอ มีราคาแพง

7. ขาดเจ้าภาพระดับจังหวัด การดำเนินงานส่วนมากเป็นการขับเคลื่อนโดยศูนย์อนามัยเขต

ความท้าทาย (Challenges)

1. สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพยังไม่เพียงพอ มีราคาแพง

2. ขาดเจ้าภาพระดับจังหวัด การดำเนินงานส่วนมากเป็นการขับเคลื่อนโดยศูนย์อนามัยเขต

มาตราการเพื่อปิดช่องว่าง

<u>มาตรการภายในองค์กร</u>

1. ปรับปรุงการทำงานของคลัสเตอร์โดยกำหนดเป็น package การส่งเสริมสุขภาพทุกด้านในคนเดียวกัน และบูรณาการทุกกลุ่มวัย
2. ทบทวนบทบาทหน่วยงาน แผนงาน บูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับคลัสเตอร์และกลุ่มวัยเพื่อป้องกันการสั่งการซ้ำซ้อน และดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน
3. ทบทวนและกำหนดอำนาจหน้าที่ของคลัสเตอร์วัยทำงาน 2 เรื่อง คือ การของบประมาณผ่านคลัสเตอร์ และการติดตามงานตาม House Model เป็นรายไตรมาส
4. พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน (SOP) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ รับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสาร และสื่อเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

<u>มาตรการภายนอกองค์กร</u>

1. สร้างการมีส่วนรวมของชุมชนในการสร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พัฒนาเนื้อหาการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย
2. เร่งรัดการขับเคลื่อนการสร้างสิ่งแวดล้อมด้านโภชนาการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ให้ครอบคลุมวัยทำงานทุกกลุ่ม ในทุก setting เช่น การกำหนดให้มีร้านอาหารผ่านการรับรองเมนูชูสุขภาพ ครอบคลุมทุกร้านอาหาร ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยกำหนดระยะเวลาความครอบคลุมร่วมกับระดับพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อน สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่
3. ขับเคลื่อนโครงการพัฒนายกระดับคุณภาพร้านอาหาร ภายใต้ยุทธศาสตร์ BCG Economy ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อความยั่งยืน
4. วิเคราะห์และปรับปรุงมาตรการที่สอดคล้องกับสถานการณ์การเฝ้าระวังโภชนาการวัยทำงานเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายร่วมกับพื้นที่ และบูรณาการงานร่วมกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นๆ เช่น เครือข่ายลดการบริโภคเกลือและโซเดียม สสส. สมาคมโรคไตฯ สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยฯ

5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจเพื่อสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวฯ สมาคมร้านอาหารไทยและสตีทฟูด เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในราคาที่เป็นธรรม ส่งเสริมผู้ประกอบการร้านอาหาร เกษตรกร ประชาชนผู้บริโภคใช้เครื่องมือดิจิทัลแพลตฟอร์ม พัฒนาเมนูอาหาร ตรวจสอบความปลอดภัย คุณค่าทางโภชนาการ มีช่องทางซื้อขายอาหาร ระหว่างเกษตรกรผู้ผลิตอาหารต้นทางผู้บริโภคและผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ทำให้ประชาชนได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่พึงประสงค์ ลดการเกิดภาวะอ้วน โรค NCDs ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดการเสียชีวิตด้วยโรค NCDs และยังช่วยในการส่งเสริมเศรษฐกิจหมุนเวียนในประเทศจากนักท่องเที่ยวในเทศกาลท่องเที่ยวในอนาคต
6. กำหนดให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กำหนดให้มีการแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่จำหน่ายในสถานที่จำหน่ายอาหารทุกประเภท โดยสำนักโภชนาการสนับสนุนโปรแกรมคำนวณปริมาณสารอาหาร
7. บูรณาการงานกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อสร้างปัจจัยเอื้อต่อการมีดัชนีมวลกายปกติ และรอบเอวปกติ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

เอกสารอ้างอิง (เขียนแบบแวนคูเวอร์)

1. WHO. The Top 10 Cause of Death. [Internet]. 2563 Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death [11 พฤศจิกายน 2563]

2. NCD Alliance. NCDs in the 2030 Agenda. [อินเตอร์เน็ต]. 2563. Available from https://ncdalliance.org/what-we-do/global-advocacy/ncds-in-2030-Agenda [11 พฤศจิกายน 2563]

3. วิชัย เอกพลากร, (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

4. วิชัย เอกพลากร, (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2558

5. อาจินต์ สงทับ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนเขตชนบทภาคใต้ : กรณีศึกษาตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology, 2559 ; 10 : 3 : 104 – 117.

6. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร อัมพรพรรณ ธีรานุตร และละอองดาว คำชาตา. โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. Srinagarind Medical Journal.Vulume 33. Number 4 [อินเตอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 22 ส.ค. 2656 เข้าถึงได้จาก:
http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=2278

ประเด็น : ภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น

1. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะโภชนาการปกติ
2. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะผอม
3. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรอบเอวปกติ

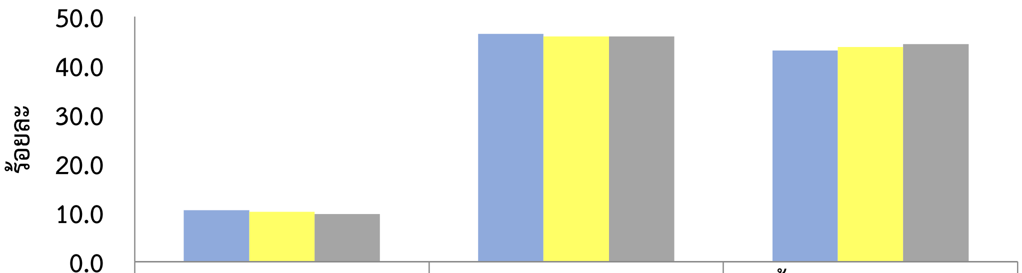
ประเด็น: พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้ประเด็น : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกินผักผลไม้เพียงพอ

สถานการณ์ภาพรวมของประเทศย้อนหลัง ไม่น้อยกว่า 5 ปี

ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) จากระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563 - 2565) ภาพรวมประเทศพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ภาวะผอมมีแนวโน้มลดลง และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ได้กำหนด ค่าเป้าหมายผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 47 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) พ.ศ. 2563 - 2565



	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกินและอ้วน
ปี 2563	10.5	46.5	43.1
ปี 2564	10.2	46.0	43.8
ปี 2565	9.7	46.0	44.4

ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ปี 2563 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 7,117,571 คน (ครอบคลุมร้อยละ 81.09)
ปี 2564 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 7,278,060 คน (ครอบคลุมร้อยละ 79.43)
ปี 2565 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 7,324,873 คน (ครอบคลุมร้อยละ 77.23)

ภาวะผอม หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

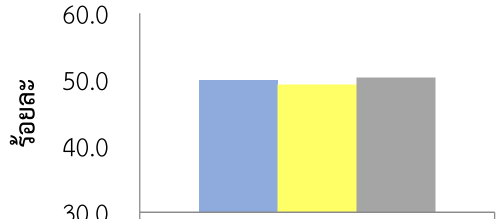
ภาวะโภชนาการปกติ (สมส่วน) หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

<u>หมายเหตุ:</u> พ.ศ. 2563 เป็นปีแรกที่มีการดึงข้อมูลค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของผู้สูงอายุแยกมารายงานในงานโภชนาการผ่านระบบข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยใช้เกณฑ์รอบเอว ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563 - 2565) ภาพรวมประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรอบเอวปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดค่าเป้าหมายผู้สูงอายุมีรอบเอวปกติ ร้อยละ 50 ซึ่งมีผลการดำเนินงานบรรลุค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 50.3 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง พ.ศ. 2563 - 2565



	รอบเอวปกติ
ปี 2563	49.9
ปี 2564	49.3
ปี 2565	50.3

ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

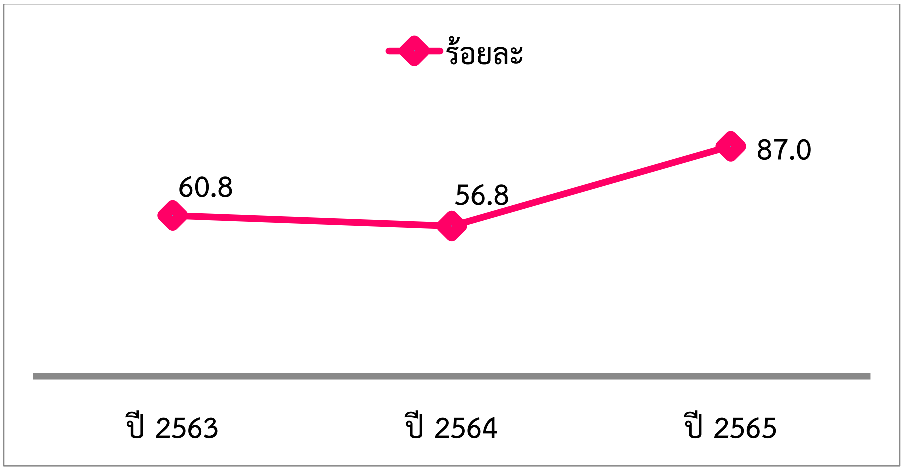
ปี 2563 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 3,729,347คน (ครอบคลุมร้อยละ 85.24)
ปี 2564 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 3,770,642 คน (ครอบคลุมร้อยละ 83.43)
ปี 2565 : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน 3,866,901 คน (ครอบคลุมร้อยละ 50.19)

รอบเอวปกติ หมายถึง รอบเอว $\leq$ ส่วนสูงหารสอง

<u>หมายเหตุ:</u> พ.ศ. 2563 เป็นปีแรกที่มีการดึงข้อมูลค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของผู้สูงอายุแยกมารายงานในงานโภชนาการผ่านระบบข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดค่าเป้าหมายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 60 อ้างอิงค่าเป้าหมายเดียวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ครบทั้ง 8 ด้าน) ของผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานพบว่าภาพรวมประเทศ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำได้บรรลุค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 87.0 รายละเอียดดังกราฟที่ 1 และ 2

กราฟที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำ พ.ศ. 2563 – 2565



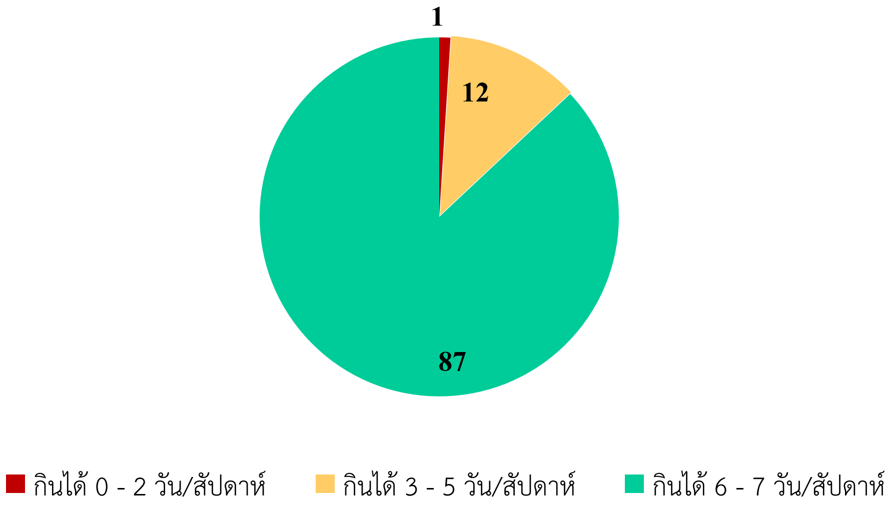
หมายเหตุ: พ.ศ. 2563 พฤติกรรมการกินผักผลไม้เพียงพอ 5 กำมือ, 5-7 วันต่อสัปดาห์ และ พ.ศ. 2564 ปรับเป็น 6-7 วันต่อสัปดาห์

ปี 2563 : เป็นปีแรกที่มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการสำรวจผ่าน Application H4U ซึ่งมีผู้สูงอายุที่ตอบแบบการสำรวจ จำนวน 388,504 คน

ปี 2564 : เก็บข้อมูลการสำรวจผ่าน Application H4U ซึ่งมีผู้สูงอายุที่ตอบแบบการสำรวจ จำนวน 1,277,310 คน

ปี 2565 : เก็บข้อมูลการสำรวจผ่าน Blue Book Application ซึ่งมีผู้สูงอายุที่ตอบแบบการสำรวจ จำนวน 1,555,557 คน

กราฟที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้ ประจำปี พ.ศ. 2565

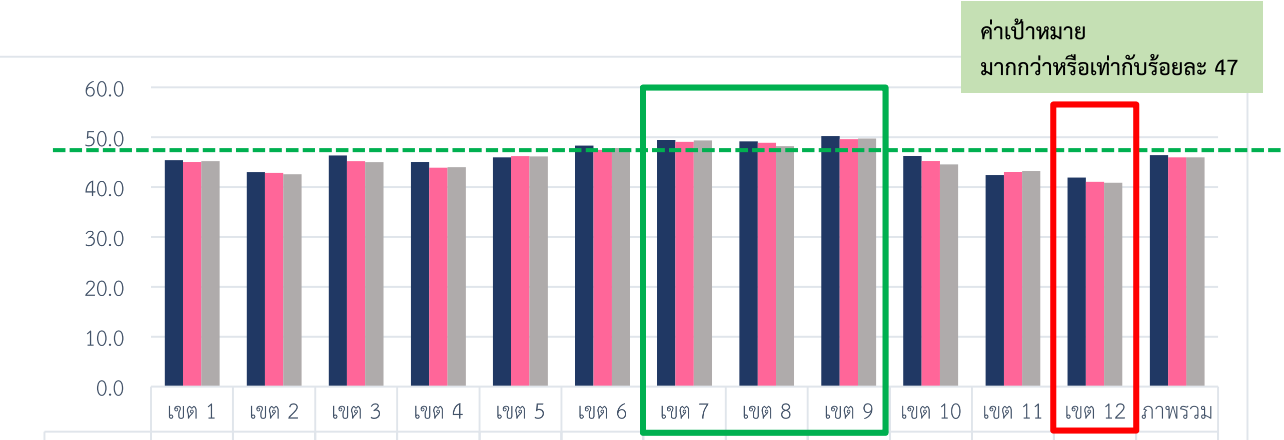


ที่มา: ข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผ่าน Application Bluebook ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2565

2.2 รายเขตสุขภาพ

ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) จากระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563 - 2565) จำแนกรายเขตสุขภาพ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดค่าเป้าหมายผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 47 ผลการดำเนินงานด้านภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ พบว่า เขตสุขภาพที่ 6, 7, 8 และ 9 มีร้อยละผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติบรรลุค่าเป้าหมาย โดยเขตสุขภาพที่ 9 มีผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติสูงสุด ร้อยละ 49.8 ส่วนเขตสุขภาพที่ 12 มีผลการดำเนินงานต่ำสุด ร้อยละ 40.9 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3 สำหรับปัญหาทุพโภชนาการมีรายละเอียดดังนี้ เขตสุขภาพที่ 1, 10 และ 2 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะผอมสูงสุด ร้อยละ 14.1, 14.1 และ 11.5 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 6, 4 และ 5 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะผอมต่ำสุด ร้อยละ 6.8, 6.8 และ 6.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4 เขตสุขภาพที่ 12, 4 และ 11 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงสุด ร้อยละ 49.7, 49.3 และ 47.6 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 9, 1 และ 10 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่ำสุด ร้อยละ 39.6 , 40.7 และ 41.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 5 สำหรับผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีรอบเอวปกติ พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีเส้นรอบเอวปกติสูงสุด ร้อยละ 57.6 ส่วนสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองมีผลการดำเนินงานต่ำสุด ร้อยละ 30.7 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ พ.ศ. 2563 – 2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ

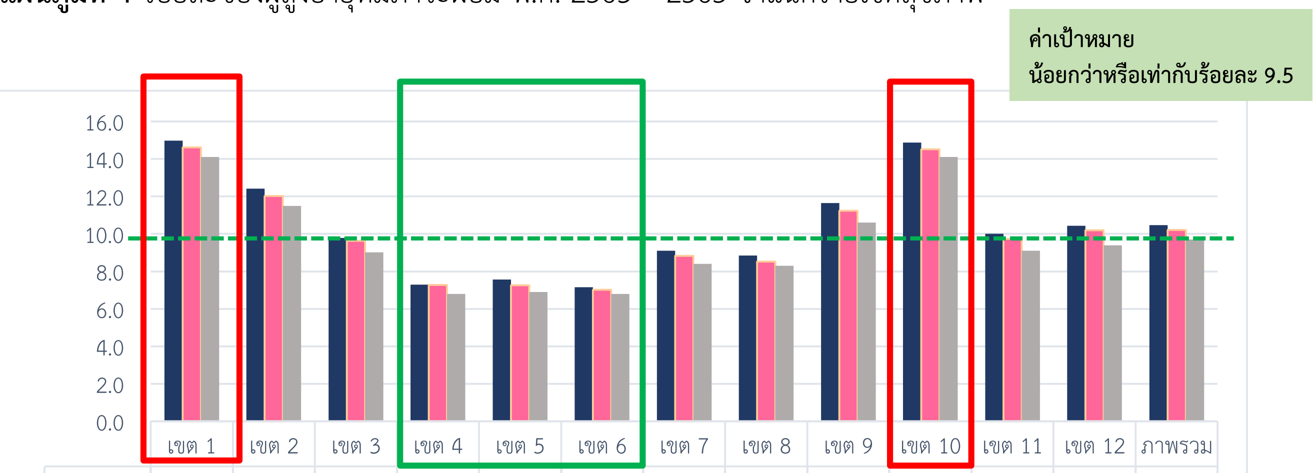


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม
ปี 2563	45.4	43.0	46.4	45.1	46.0	48.3	49.5	49.2	50.3	46.3	42.5	41.9	46.5
ปี 2564	45.1	42.9	45.2	43.9	46.2	47.6	49.1	49.0	49.7	45.3	43.1	41.1	46.0
ปี 2565	45.2	42.6	45.0	44.0	46.2	47.9	49.4	48.2	49.8	44.6	43.3	40.9	46.0

หมายเหตุ
กรอบสีเขียว : ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด
กรอบสีแดง : ต่ำกว่าเกณฑ์ มากที่สุด

ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565
ภาวะโภชนาการปกติ (สมส่วน) หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะผอม พ.ศ. 2563 – 2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม
ปี 2563	15.0	12.4	9.8	7.3	7.6	7.2	9.1	8.9	11.6	14.9	10.0	10.4	10.5
ปี 2564	14.6	12.0	9.6	7.3	7.3	7.0	8.8	8.5	11.2	14.5	9.7	10.2	10.2
ปี 2565	14.1	11.5	9.0	6.8	6.9	6.8	8.4	8.3	10.6	14.1	9.1	9.4	9.7

ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565
ภาวะผอม หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

หมายเหตุ
กรอบสีเขียว : ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด
กรอบสีแดง : ต่ำกว่าเกณฑ์ มากที่สุด

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ. 2563 – 2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ

ค่าเป้าหมาย
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 43

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม
ปี 2563	39.7	44.6	43.8	47.6	46.5	44.5	41.4	42.0	38.1	38.8	47.5	47.6	43.1
ปี 2564	40.3	45.0	45.2	48.8	46.5	45.4	42.0	42.5	39.1	40.2	47.2	48.7	43.8
ปี 2565	40.7	46.0	45.9	49.3	46.9	45.4	42.2	43.5	39.6	41.3	47.6	49.7	44.4

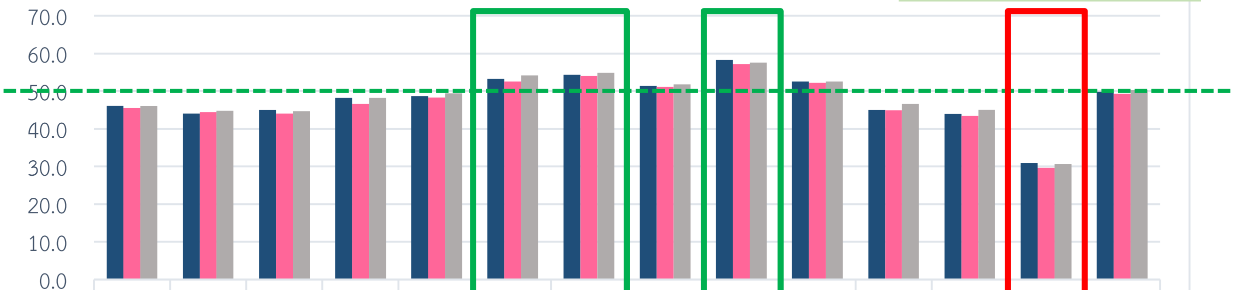
ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ 30 กันยายน 2565

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

หมายเหตุ
กรอบสีเขียว : ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด
กรอบสีแดง : ต่ำกว่าเกณฑ์ มากที่สุด

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรอบเอวปกติ พ.ศ. 2563 – 2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ

ค่าเป้าหมาย
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	สสม.	ภาพรวม
ปี 2563	46.1	44.1	45.0	48.2	48.7	53.2	54.4	51.4	58.3	52.6	45.0	44.0	31.0	49.9
ปี 2564	45.6	44.4	44.1	46.6	48.4	52.6	54.1	51.2	57.2	52.2	44.9	43.5	29.7	49.3
ปี 2565	46.0	44.9	44.7	48.2	49.5	54.2	54.9	51.9	57.6	52.5	46.6	45.1	30.7	50.3

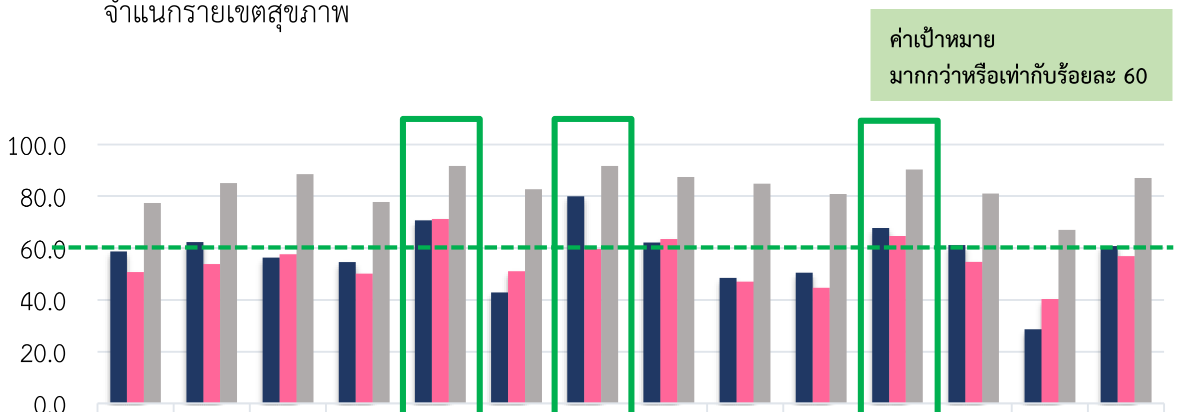
ที่มา: ข้อมูล HDC Service กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

รอบเอวปกติ หมายถึง รอบเอว ≤ ส่วนสูงหารสอง

หมายเหตุ
กรอบสีเขียว : ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด
กรอบสีแดง : ต่ำกว่าเกณฑ์ มากที่สุด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พฤติกรรมการกินผักผลไม้ (400 กรัม หรือ 5 ส่วนต่อวัน) เป็นประจำ เป็น 1 ใน 8 องค์ประกอบของการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานพบว่า ภาพรวมประเทศผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำได้ คิดเป็นร้อยละ 87.0 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 – 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ที่มีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำบรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 60) ของ พ.ศ. 2565 ทุกแห่ง และพบว่าเขตสุขภาพที่มีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 5, 7 และ 11 คิดเป็นร้อยละ 91.7, 91.7 และ 90.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 7 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการกินผักผลไม้เป็นประจำ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	สสม.	ภาพรวม
ปี 2563	58.7	62.2	56.3	54.6	70.6	42.8	79.9	62.1	48.5	50.5	67.8	61.1	28.6	60.8
ปี 2564	50.7	53.9	57.5	50.1	71.3	51.0	59.7	63.5	47.1	44.7	64.7	54.7	40.4	56.8
ปี 2565	77.4	85.0	88.5	77.8	91.7	82.7	91.7	87.3	84.9	80.8	90.3	81.1	67.1	87.0

หมายเหตุ
กรอบสีเขียว : ผ่านเกณฑ์ มากที่สุด

ที่มา: ข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผ่าน Application Bluebook ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2565

การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

- **ปัจจัยภายในองค์กร ตามหลัก 7’S**

1. ความไม่เพียงพอของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่ยังไม่ชัดเจน และการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมทุกระดับพื้นที่
3. ช่องว่างในเรื่องของอายุและประสบการณ์ในการทำงาน ทำให้มีความแตกต่างกันทางทัศนคติ ความคิดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- **ปัจจัยภายนอก ตามหลัก PESTEL**

1. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความตระหนักของการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ และไม่มีความรอบรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ รวมถึงการมีความเชื่อ/วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่สืบต่อกันมา
2. สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพยังไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุในบางพื้นที่ยังไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ และมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ
3. สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุขลดลง (การชั่งน้ำหนัก, วัดรอบเอว) และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ
4. การสื่อสารองค์ความรู้ด้านโภชนาการและการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และผู้สูงอายุบางกลุ่มมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อความรู้ที่เป็นเทคโนโลยีดิจิทัล ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์มือถือ ทักษะการใช้ ซึ่งสื่อรูปแบบนี้ยังไม่เหมาะสม และยังไม่ตอบโจทย์ตามความต้องการของผู้สูงอายุ
5. ยังไม่มีกฎหมายในการควบคุมการตลาดอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ความท้าทาย (Challenges)

1. ความตระหนักของการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุในบางพื้นที่ยังไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ และมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพยังไม่เพียงพอ
3. การสื่อสารองค์ความรู้ด้านโภชนาการและการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และรูปแบบยังไม่เหมาะสมกับตามความต้องการของผู้สูงอายุ
4. ข้อจำกัดในการเข้าถึง และทักษะการใช้สื่อความรู้ที่เป็นเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ

มาตรการเพื่อปิดช่องว่าง

1. มีการวิเคราะห์และปรับปรุงมาตรการที่สอดคล้องกับสถานการณ์การเฝ้าระวังโภชนาการผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการผลักดันให้เกิดนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแบบบูรณาการผ่านเครือข่าย อาทิ พชอ. อปท. สสจ. ที่ชัดเจน และครอบคลุมทุกบริบท/พื้นที่ ทั้งระดับจังหวัด ชุมชน/ท้องถิ่น และครัวเรือน ที่ชัดเจน
2. สนับสนุนการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ ผ่าน Digital Platform (Blue Book Application) และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Wellness Plan) และการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการในชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์การประเมินและคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
3. พัฒนาช่องทางสื่อสาร สนับสนุนการใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีและเฝ้าระวังสุขภาพด้านโภชนาการตนเอง ของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน รวมถึงจัดทำสื่อที่มีรูปแบบทันสมัย หลากหลาย ง่ายต่อความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ
5. สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนดำเนินการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ และกำหนดให้มีกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

Health Data Center. งานโภชนาการ [อินเตอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย