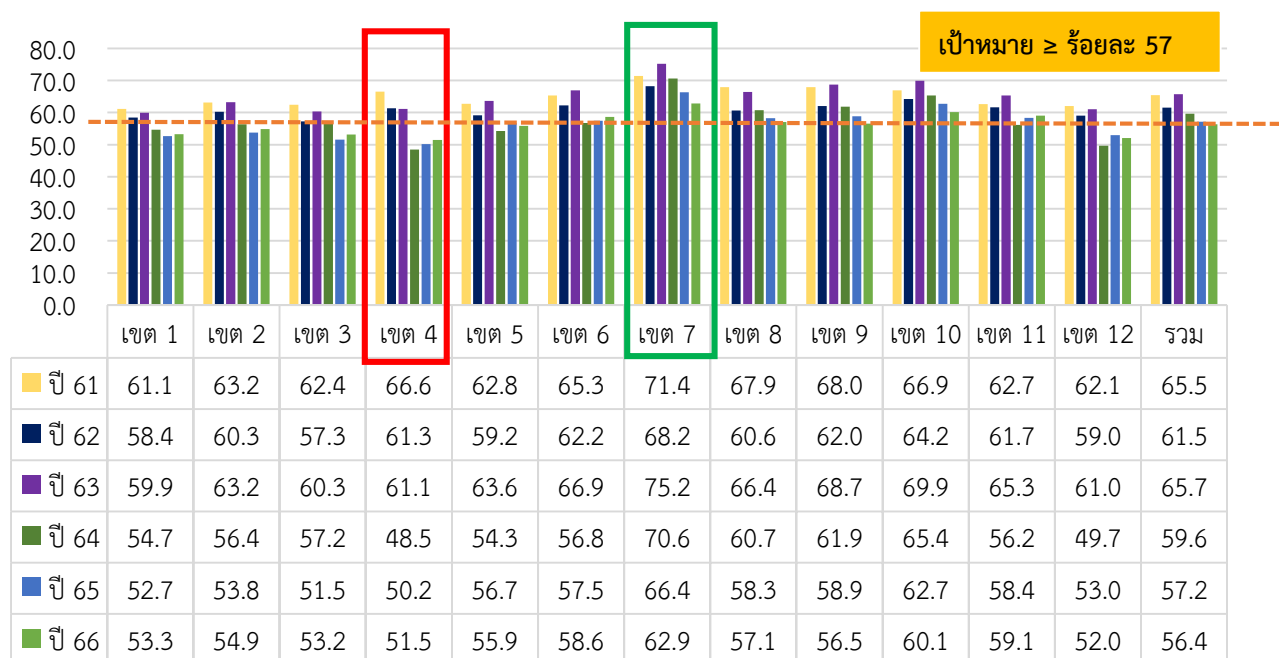


## ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.10 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนแรก ปี 2567

### 1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

#### สถานการณ์ภาวะโภชนาการ

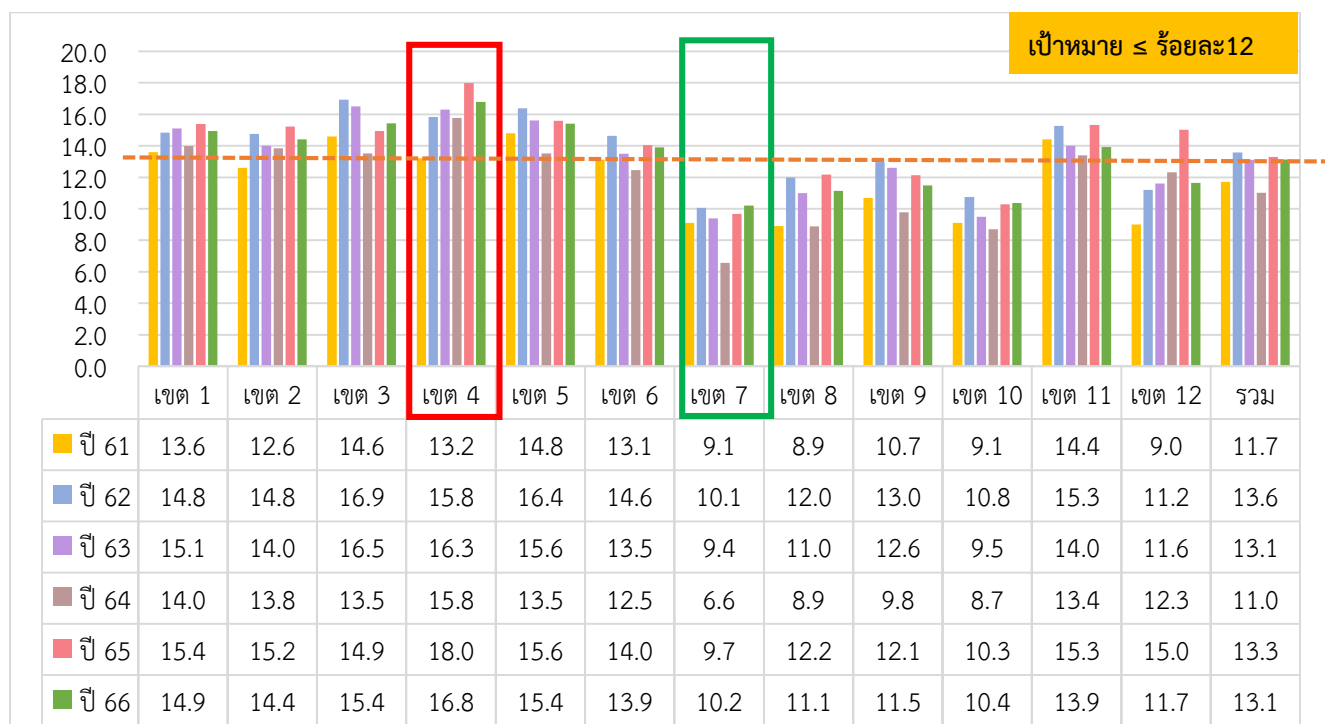
- ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ  
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2566

สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2562 ถึง 2566 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.1 ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายสูงดีสมส่วน  $\geq$  ร้อยละ 57) ในปี 2566 เขตสุขภาพ ที่ 7 มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุดร้อยละ 62.9 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.1 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 11 6 และ 8 เขตที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 51.1 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 มี 6 เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 3 1 2 5 9 ที่มีความชุกสูงดีสมส่วนต่ำกว่าค่าเป้าหมายประเทศ (สูงดีสมส่วน  $\geq$  ร้อยละ 57)

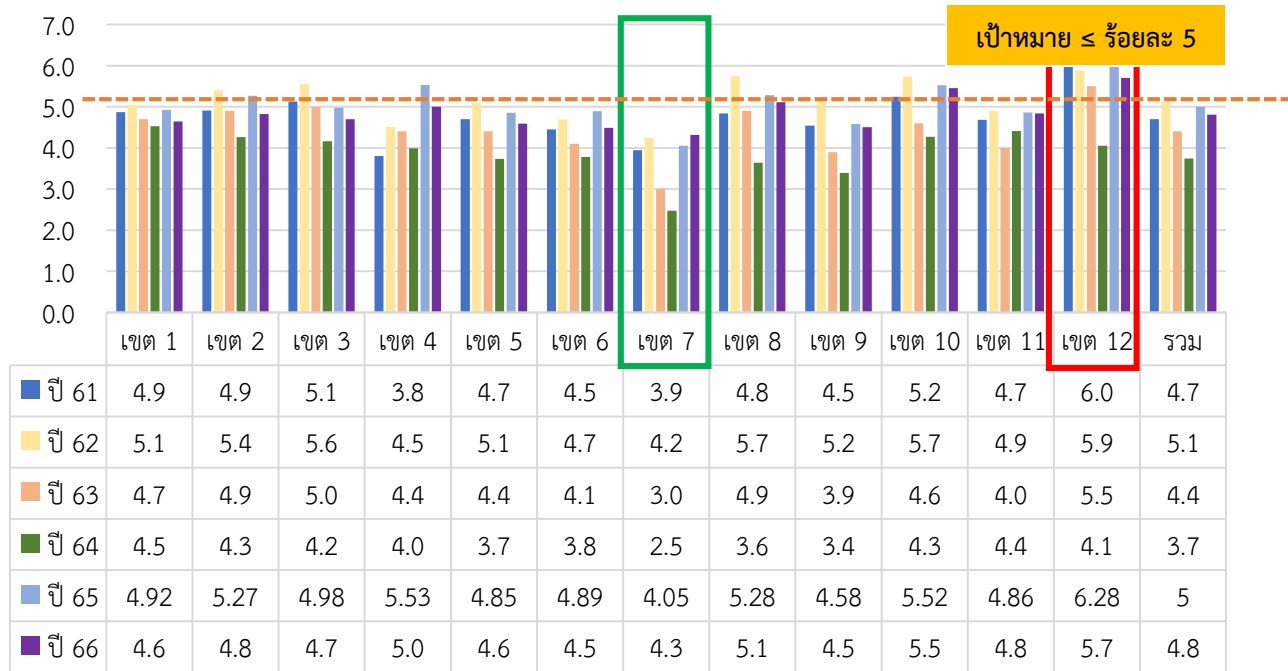
## แผนภูมิที่ 2 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2566

สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2562 ถึง 2566 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.1 เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 12) ในปี 2566 พบว่าเขตสุขภาพ ที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุด ร้อยละ 10.2 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 12) เขตสุขภาพที่ 10, 8, 9 และ 12 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนไม่เกินค่าเป้าหมาย ส่วนเขตสุขภาพที่ 4, 3, 5, 1, 2, 6 และ 11 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนเกินค่าเป้าหมาย เขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.8 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

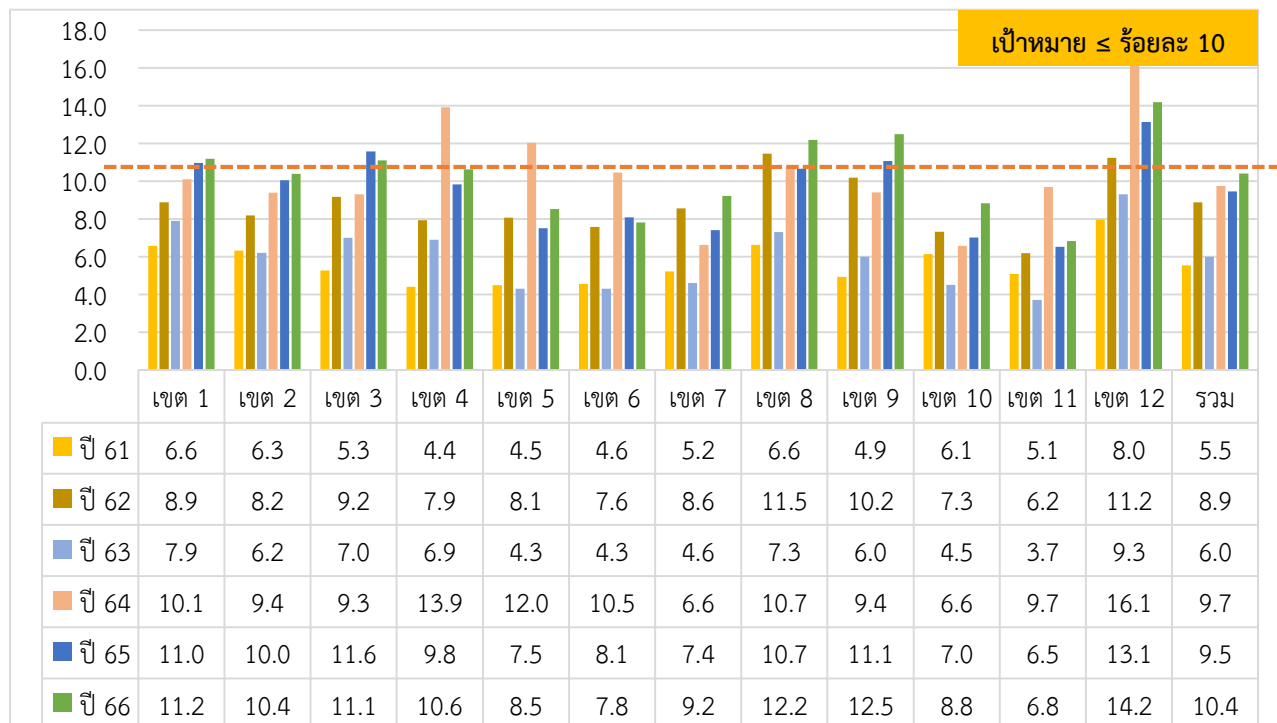
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2566

สถานการณ์ผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกับกันจากปี 2562-2566 โดยพบว่า ภาพรวมประเทศ สถานการณ์ผอมร้อยละ 4.8 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกของเด็ก ที่มีภาวะผอมต่ำกว่าค่าเป้าหมายมากที่สุดร้อยละ 4.3 เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมเกินค่าเป้าหมาย สูงที่สุด ร้อยละ 5.7 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 10 และ 8 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 5.5 และ 5.1 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

## แผนภูมิที่ 4 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย จำแนกรายเขต

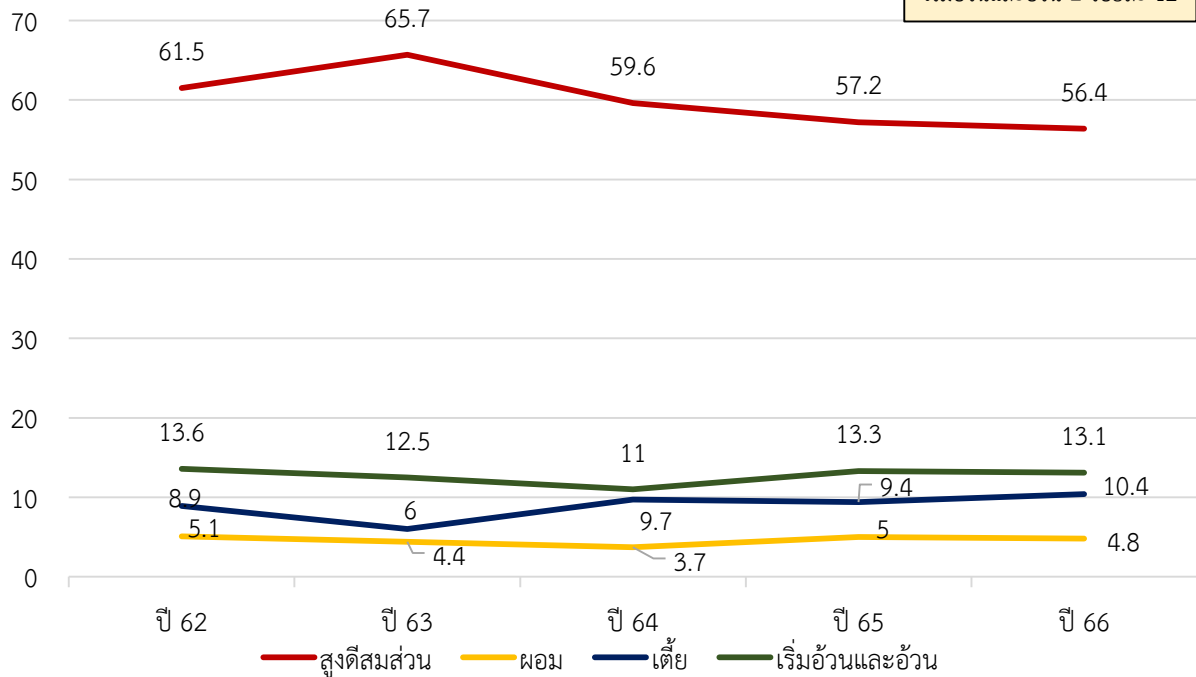


ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 วันที่ 30 ก.ย.2566

สถานการณ์เตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2562-2566 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เตี้ยร้อยละ 10.4 สูงเกินค่าเป้าหมาย (เตี้ย  $\leq$  ร้อยละ 10) แต่ละเขตเปรียบเทียบกันพบว่า ในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 11 10 6 5 และ 7 พบความชุกของเด็กเตี้ยไม่เกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 6.8 8.8 7.8 8.5 และ 9.2 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยสูงสุดร้อยละ 14.2 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 12.5 เกินค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

● ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 5 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็ก อายุ 6-14 ปี พ.ศ.2562-2566

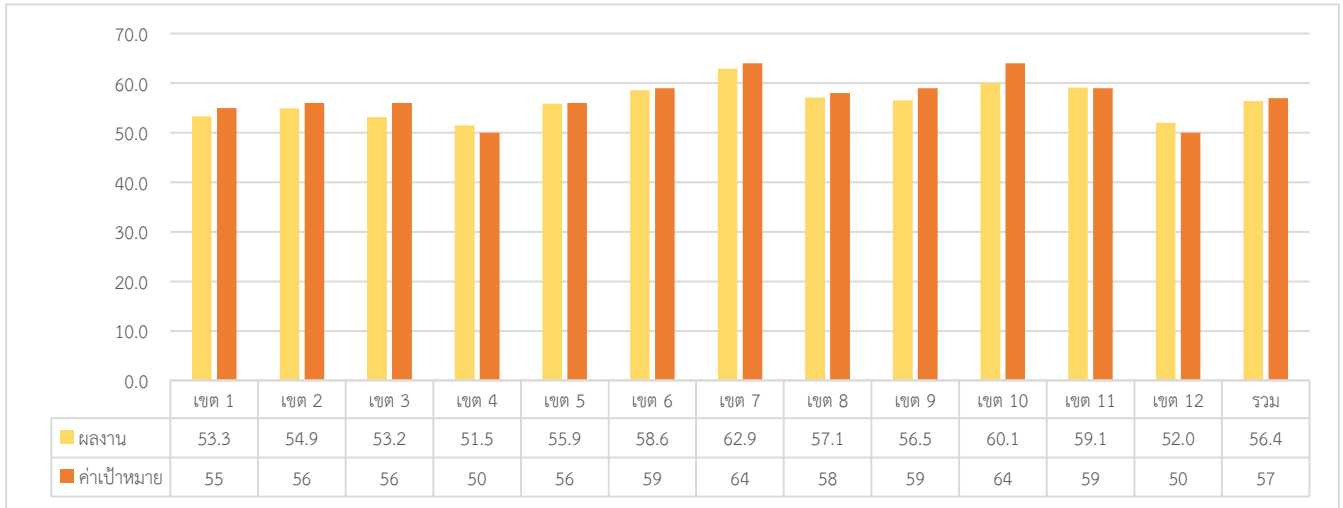


ค่าเป้าหมาย ปี 2566  
 สูงตีสมส่วน ≥ ร้อยละ 57  
 เตี้ย ≤ ร้อยละ 10  
 ผอม ≤ ร้อยละ 5  
 เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 12

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2562 ถึง 2566 สถานการณ์ภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วนลดลง เริ่มอ้วนและอ้วน เตี้ย ผอม เพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564 ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของเด็กในปัจจุบัน และผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ พบว่าแนวโน้มสถานการณ์สูงตีสมส่วนลดลง ร้อยละ 61.5 65.7 59.6 57.2 และ 56.4 ตามลำดับ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงตีสมส่วน ≥ ร้อยละ 57 ) เริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.6 12.5 11.0 13.3 และ 13.1 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 12 ) เตี้ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.9 6.0 9.7 9.4 และ 10.4 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เตี้ย ≤ ร้อยละ 10) ผอมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.1 4.4 3.7 5.0 และ 4.8 ตามลำดับ แต่ยังไม่เกินค่าเป้าหมาย (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

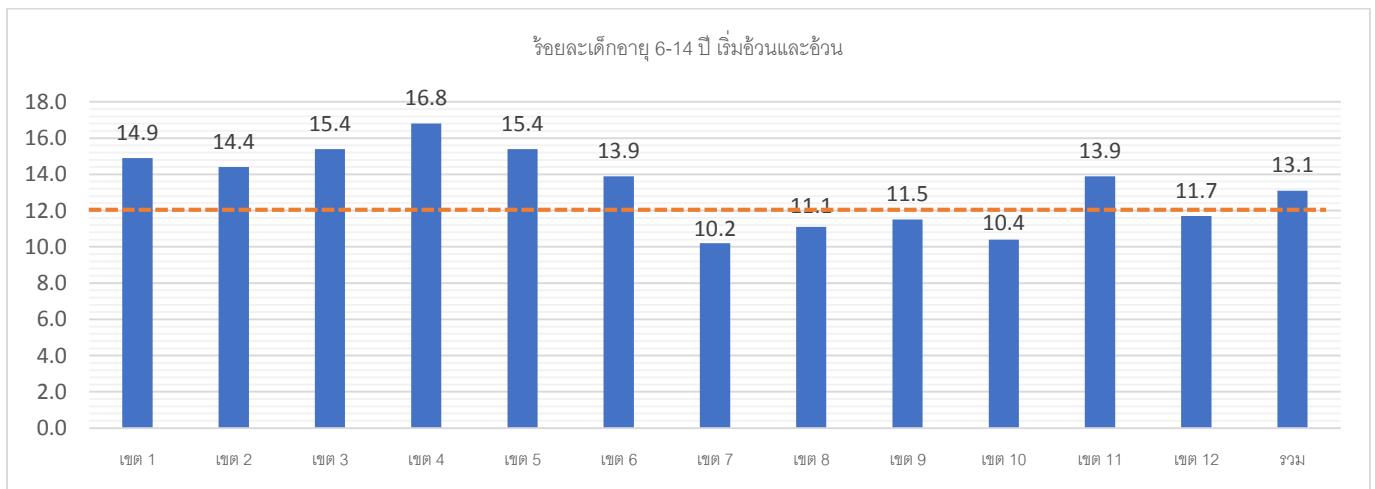
- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน  
ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 6 สถานการณ์สูงสุดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566)



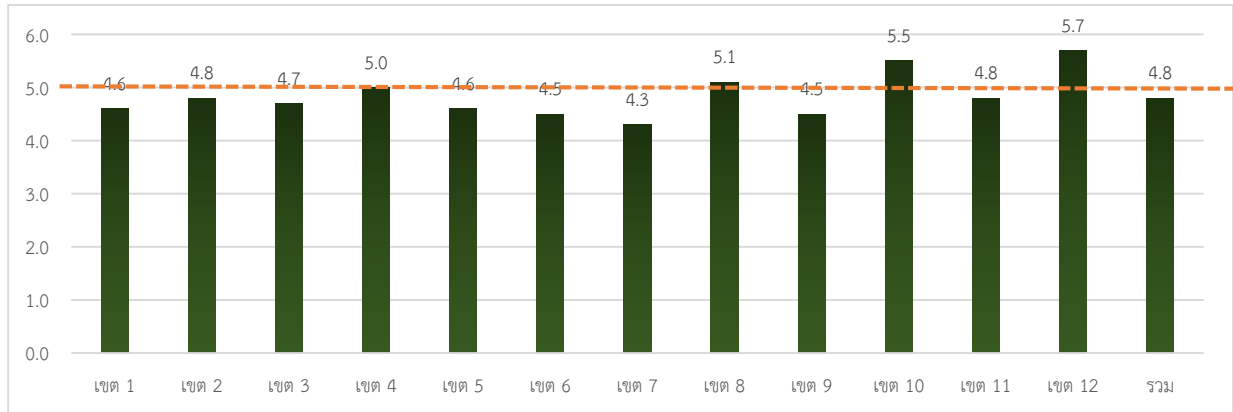
เมื่อพิจารณาค่าเป้าหมายรายเขต พบว่ามีเพียง เขต 6 7 8 10 และ 11 ที่บรรลุค่าเป้าหมาย แต่ยังไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายประเทศที่ร้อยละ 57 โดยที่ระดับประเทศ มีความชุกของ เด็กสูงสุดีสมส่วนร้อยละ 56.4

แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566)



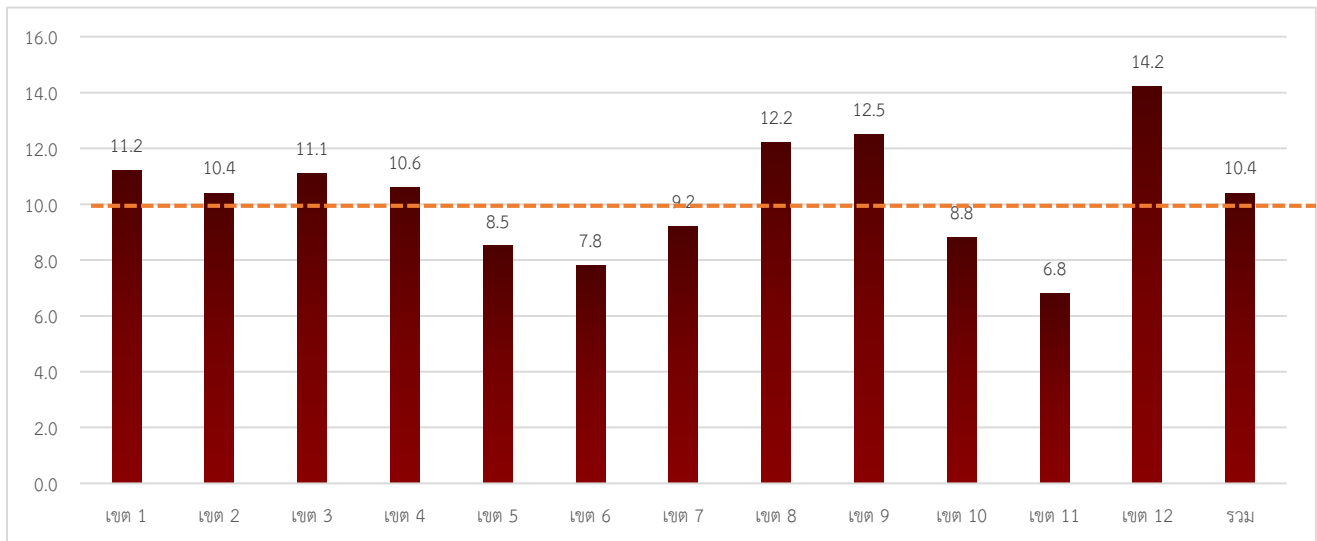
เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานปี 2566 พบว่าเขต 7, 8, 9, 10 และ 12 ที่บรรลุค่าเป้าหมาย ซึ่งกำหนดไม่เกินร้อยละ 12 โดย ส่วนระดับประเทศยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 13.1

**แผนภูมิที่ 8 สถานการณ์ภาวะผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566)**



เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานสถานการณ์เด็กที่มีภาวะผอมปี 2566 พบว่า เขตส่วนใหญ่ดำเนินการได้ดี โดยพบเขตที่ดำเนินการได้ดีกว่าค่าเป้าหมาย เขต 8, 10 และ 12 มีภาวะผอมเกินค่าเป้าหมาย แต่ในภาพรวมประเทศ พบภาวะผอมไม่เกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 4.8

**แผนภูมิที่ 9 สถานการณ์ภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566)**



สถานการณ์เด็กที่มีภาวะเตี้ยปี 2566 พบว่ามี 7 เขต ที่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10 ได้แก่ เขต 1, 2, 3, 4, 8, 9 และ 12 ทำให้ไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายในระดับประเทศ ที่ร้อยละ 10.4

- ผลการวิเคราะห์สถานการณ์กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และการส่งเสริมสุขภาพ  
ของเด็กอายุ 6-14 ปี

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภค จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 เด็กอายุ 6-14 ปี กินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 95.5 กินขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 23.3 กินผัก ผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 25.0 16.2 ตามลำดับ วัยรุ่นอายุ 15-24 ปี กินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 88.3 ดื่มน้ำดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวดทุกวัน ร้อยละ 13.4 กินผัก ผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 39.7 20.4 ตามลำดับ ผลสำรวจการดื่มนมของคนไทย โดยกรมอนามัย ร่วมกับองค์การยูนิเซฟประเทศไทย และมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในปี 2566 พบว่ายิ่งโตขึ้นยิ่งดื่มนมทุกวันน้อยลง โดยช่วงอายุ 6 - 9 ปี 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี ดื่มนมทุกวัน ร้อยละ 60, 34 และ 18 ตามลำดับ การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 นักเรียนอายุ 13-15 ปี กินอาหารเข้า ร้อยละ 52.8

จากสถานการณ์ดังกล่าวยังพบว่าเด็กจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ยังไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้พบปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยสาเหตุหนึ่งของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่สำคัญในเด็กมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล โซเดียมมากเกินไป (HFSS: High Fat, Sugar, and/or Salt) โดยเฉพาะการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ภาวะอ้วนในเด็กมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา และการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต มูลค่าต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคอ้วนของประเทศไทยสูงถึง 12,142 ล้านบาท โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ และการสูญเสียเงินได้จากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งประเทศไทย มีความพยายามแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ยังคงขาดมาตรการสำคัญ คือ การปกป้องเด็กจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเทคนิคการตลาดหรือกลยุทธ์การตลาด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อและบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก เนื่องจากมีคุณพินิจและความสามารถในการตีความเจตนาทางการตลาดไม่สมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ และเด็กวัยรุนมีนิสัยหุนหันพลันแล่นตัดสินใจเร็ว และเป็นวัยที่เริ่มมีกำลังซื้อและจ่ายด้วยตนเอง มักถูกชักจูงจากการส่งเสริมการตลาดได้ง่าย

มาตรการการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก เป็นมาตรการที่ช่วยลดความเสี่ยงโรคอ้วนในเด็ก และมีประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์โลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในมติสมัชชานานาชาติครั้งที่ ๖๑ (WHA61.14) ซึ่งประเทศไทยได้ร่วมรับรองตามมติดังกล่าวในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาระหว่างประเทศ มาตรการดังกล่าว ยังเป็นข้อเสนอแนะที่ ๔.๔ ตามภารกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย (UNIATF on NCDs) และเป็นมติที่ ๓.๔ ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ประเทศไทย) ครั้งที่ ๒ เรื่องการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ.๒๕๕๒ นอกจากนี้มาตรการดังกล่าวยังเป็นโครงการหนึ่งในแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ.๒๕๖๔ (Big Rock2: NCDs/ MS5) และมีหลักฐานทางวิชาการ พบว่า ประเทศที่ใช้กฎหมายควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม HFSS เช่น ชิลี อังกฤษ แคนาดา (รัฐควิเบก) เกาหลีใต้ ลดปัจจัยการพบเห็นและลดสิ่งกระตุ้นจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งมีประสิทธิผลดีกว่าประเทศที่มีแนวปฏิบัติแบบภาคสมัครใจ เช่น ออสเตรเลียและสิงคโปร์ แม้ว่าประเทศไทยมีการดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมเทคนิคการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก อีกทั้งยังขาดกลไกการบังคับใช้ กำกับติดตาม และประเมินผลการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กอย่างเป็นรูปธรรม การศึกษาวิจัยเพื่อจัดการภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กของประเทศไทย ได้มีข้อเสนอแนะให้ภาครัฐควรเร่งผลักดันนโยบาย



ควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็ก และยกระดับมาตรการควบคุมการตลาดและการจัดจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทยสนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่อีกช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6-12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร<sup>2</sup> โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยจะต้องมีการพัฒนาเกณฑ์ Nutrient phasing เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการการปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

ด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น จากผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาปี 2557- 2558 ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ(HITAP) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าครูที่ดูแลงานด้านอนามัยโรงเรียน มีไม่เพียงพอและไม่มี ประสบการณ์ในดูแลสุขภาพนักเรียน อีกทั้งขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล และเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากการรายงานผลสุขภาพเด็ก ระบบข้อมูลทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลในการดำเนินชีวิตระยะยาว สอดคล้องกับรายงานผลโครงการพัฒนารูปแบบงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพปี 2562 ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง รวมทั้งพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน และระบบการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและการศึกษา ควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

โดยจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็ก ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว สังคมและหน่วยงานต่างๆในทุกระดับ ควรมีการสร้างความตระหนักถึงปัญหาโรคอ้วนในเด็กในสังคม เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและเล็งเห็นปัญหาสุขภาพในระยะยาวของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน ปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรการและกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนเด็กตามแนวทาง Ending Childhood Obesity (ECHO) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ภาวะอ้วนในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข จากรายงานสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ในปี 2560 ตามมาตรการและตัวชี้วัดระดับโลกเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (ECHO) เสนอมาตรการข้อเสนอแนะในการจัดการควบคุมน้ำหนักสำหรับเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนสามารถเข้าถึงบริการการจัดการน้ำหนักที่เหมาะสม เช่น การจัดบริการควบคุมน้ำหนักเด็กตามแนวเวชปฏิบัติ กำหนดบทบาทของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน ในปี 2558 สำนักโภชนาการ ได้มีการกำหนดแนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ และแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในเด็ก พ.ศ. 2557 รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกไร้พุง (Diet and Physical Activity Clinic: DPAC) เป็นคลินิกสำหรับเด็ก เพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน

แต่ยังพบช่องว่างในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีกระบวนการในแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการเชื่อมโยงและส่งต่อในแต่ละหน่วยงานที่เป็นระบบเช่น การดำเนินงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ รพช. รวมถึงยังไม่มีมีการขยายงานไปสู่สถานบริการทุติยภูมิให้มีคลินิกรักษาโรคเด็กอ้วน สอดคล้องกับผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาปี 2557- 2558 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ประเมินผลด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น พบว่าขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากการ

รายงานผลสุขภาพเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพเช่น การจัดการภาวะอ้วน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กในระยะยาว นอกจากนี้รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2564<sup>9</sup> พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานการศึกษาควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน สอดคล้องกับที่มิจานวิจัยของ Omoye และคณะ ทำการศึกษาในเรื่องของการส่งต่อ และการจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วน พบว่า มีการส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในการจัดการน้ำหนัก เพียงร้อยละ 50 ของสถานบริการสาธารณสุขที่ทำการศึกษ โดยการส่งต่อมีทั้งด้านคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก และข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบการคัดกรอง obesity sign ในระบบเพียง ร้อยละ 0.6 สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO Health service delivery framework for prevention and management of obesity ที่เสนอกำหนดให้แต่ละสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ควรจะมีการคัดกรองความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อกรณีที่ต้องได้รับการรักษา และมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลโรคอ้วนในเด็ก ได้แก่ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น

จากผลการลงพื้นที่ประเมินเชิงประจักษ์โรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี และการกำกับติดตามงานโครงการอาหารกลางวัน ประจำปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 1 ร่วมกับ สพฐ. พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและวิธีการที่ถูกต้อง นอกจากนี้ครู เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และผู้ประกอบการ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการวางแผนการจัดเมนู การปรุงประกอบอาหาร การตัดอาหาร การเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมาจำหน่ายในโรงเรียน รวมถึงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ กำกับติดตามวางแผนส่งเสริม และจัดการภาวะโภชนาการเด็กในสถานศึกษา และข้อมูลจากผลการนิเทศติดตามของกรมอนามัย ปี 2566 ส่วนใหญ่ พบว่า การขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในระดับพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และแนวทางการจัดการเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนยังไม่สามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่ อีกทั้งบุคลากรระดับปฏิบัติยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม จากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 รับทราบรายงานตามผู้ตรวจการแผ่นดินเสนอและมอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอแนะของผู้ตรวจการแผ่นดิน รวมทั้ง ความเห็นและข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ กรณีการขาดนักโภชนาการชุมชนในทุกท้องถิ่นทั่วประเทศไทย โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2.3 กำหนดให้นักโภชนาการศูนย์อนามัย และนักโภชนาการโรงพยาบาลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่คำนึงถึงอาหารท้องถิ่นตามวัฒนธรรม และให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่มีการผลิตบัณฑิตในสาขาเกษตรศาสตร์ อาหารและโภชนาการในจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ความต้องการกำลังคน การจัดสรรอัตรากำลัง งบประมาณด้านบุคลากร ในการผลิตบัณฑิต แผนการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการชุมชนแบบครบวงจรเพื่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งได้มีแผนในการพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านโภชนาการสำหรับบุคคลทั้งในและนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562 – 2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2

(พ.ศ. 2561 – 2566) โดยขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ คณะอนุกรรมการการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน เพื่อให้การจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและชุมชนบรรลุผลสำเร็จ จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนากำลังคนด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเด็กและกำลังคนในชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบและกลไกให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสนับสนุนการใช้มาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชน จัดทำแนวทางการพัฒนากรอบอัตรากำลังคน การผลิตและพัฒนาบุคลากร หลักสูตรและการประเมินหลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อสุขภาวะของประชาชน ทุกกลุ่มวัยและรองรับการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชนจัดทำแนวทางปฏิบัติและแนวทางการประเมินผู้รับการพัฒนาสำหรับนักโภชนาการและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ในการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้รับผิดชอบงานโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน

### ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม NuPETHS Nu: Nutrition P:Physical Activity E: Environment Health T: Teeth H:Hygiene S: Sleep (ประเด็นโภชนาการ เน้นการกินครบ 5 หมู่ หลากหลายในปริมาณที่เหมาะสม การอ่านฉลากโภชนาการ ลดหวานมันเค็ม)
2. คู่มือการจัดอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัย สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (การจัดอาหารตามมาตรฐานโภชนาการ และการจัดสิ่งแวดล้อมด้านอาหารที่เหมาะสม)
3. คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ มาตรฐานการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ และแนวทางการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ)
4. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ฉบับ พ.ศ.2564
5. Guideline in Child Health Supervision ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
6. คู่มือมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา สำหรับสถานศึกษานำร่อง
7. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ.2562-2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษากรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ.2561-2580
8. งานวิจัย A Multicomponent, School-Based Intervention, the Shaping Healthy Choices Program, Improves Nutrition-Related Outcomes พบว่า School-based nutrition intervention สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้โภชนาการ เน้นการเรียนการสอนแนว “สะเต็มศึกษา (Inquiry-based)” โดยจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้เพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดเวลาควบคู่กับหลักสูตรการเกษตร (Discovering Health Choices) 2) การสาธิตการทำอาหาร เน้นการให้เด็กได้เห็นผักหลายชนิด เก็บผักเพื่อนำมาประกอบอาหาร เทคนิคการทำอาหาร เข้าใจคุณค่า

สารอาหารที่ได้รับ และประสบการณ์ในการเตรียมอาหาร 3) การทำเกษตรในโรงเรียน 4) การจัดทำหนังสือพิมพ์สำหรับครอบครัว เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนและบ้านของเด็ก โดยการให้ข้อมูลแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเกี่ยวกับการทำอาหารเพื่อสุขภาพและกิจกรรมทางกาย เช่น การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และวิธีการประกอบอาหาร เป็นต้น 5) การจัดมหกรรมสุขภาพโดยการให้ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น นักเรียน ครอบครัว บุคลากรของโรงเรียน บุคคลในชุมชน เกษตรกร ผู้จำหน่ายอาหาร เป็นต้น 6) การสร้าง salad bar โดยนำผักและผลไม้สดตามฤดูกาลมาวางให้เด็กได้เลือกในกินในช่วงเวลาอาหารกลางวัน 7) การจัดหาผลผลิตในท้องถิ่น 8) การแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพในโรงเรียน เน้นการบูรณาการนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ร่วมกับ school-based nutrition

9. งานวิจัย Effects of Dairy Product Consumption on Height and Bone Mineral Content in Children: A Systematic Review of Controlled Trials พบว่า การกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (highly nutritious diets) ควบคู่กับการดื่มนมในปริมาณที่เหมาะสม มีส่วนช่วยเพิ่มความสูงและระดับของ Bone mineral content นอกจากนี้อัตราการเจริญเติบโต (Linear growth rate) อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ปริมาณแคลเซียมในนม และระยะเวลาในการวิจัย