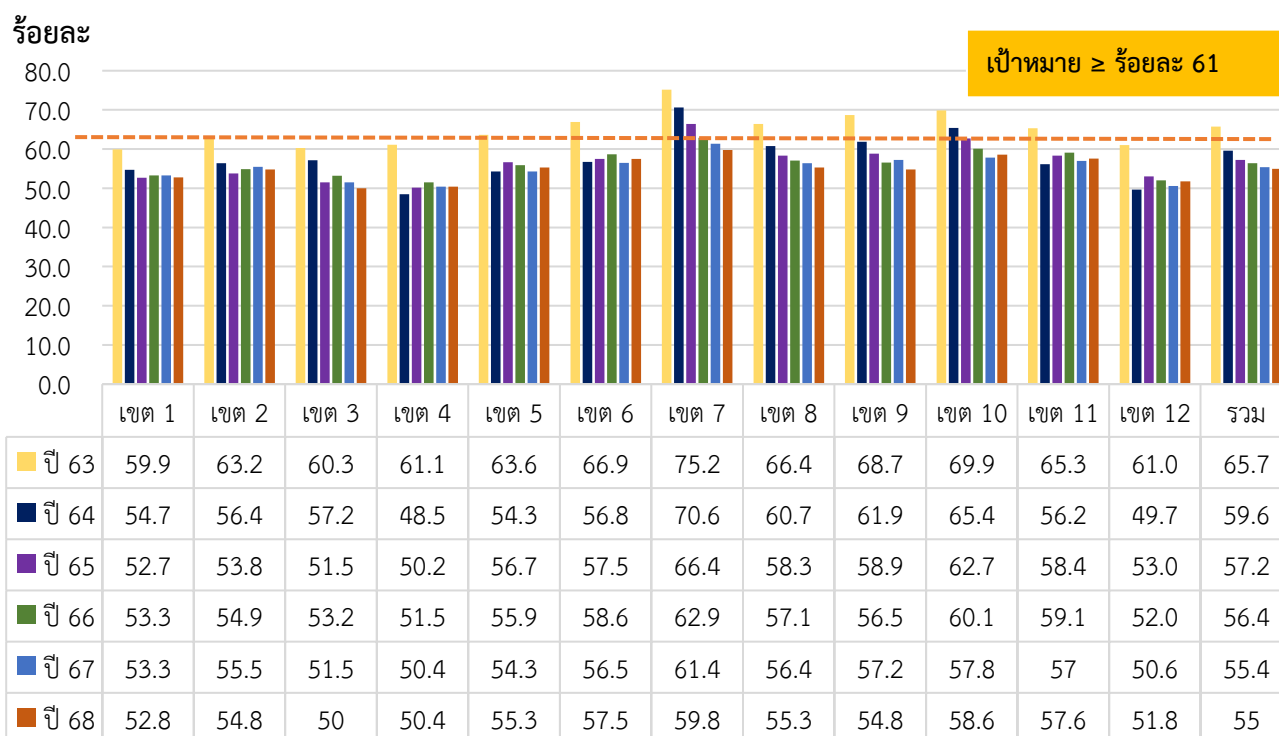


1. Assessment มีบทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด มีข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้  
ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.15 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน  
รอบ 5 เดือนหลัง ปีงบประมาณ 2568

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

สถานการณ์ภาวะโภชนาการ

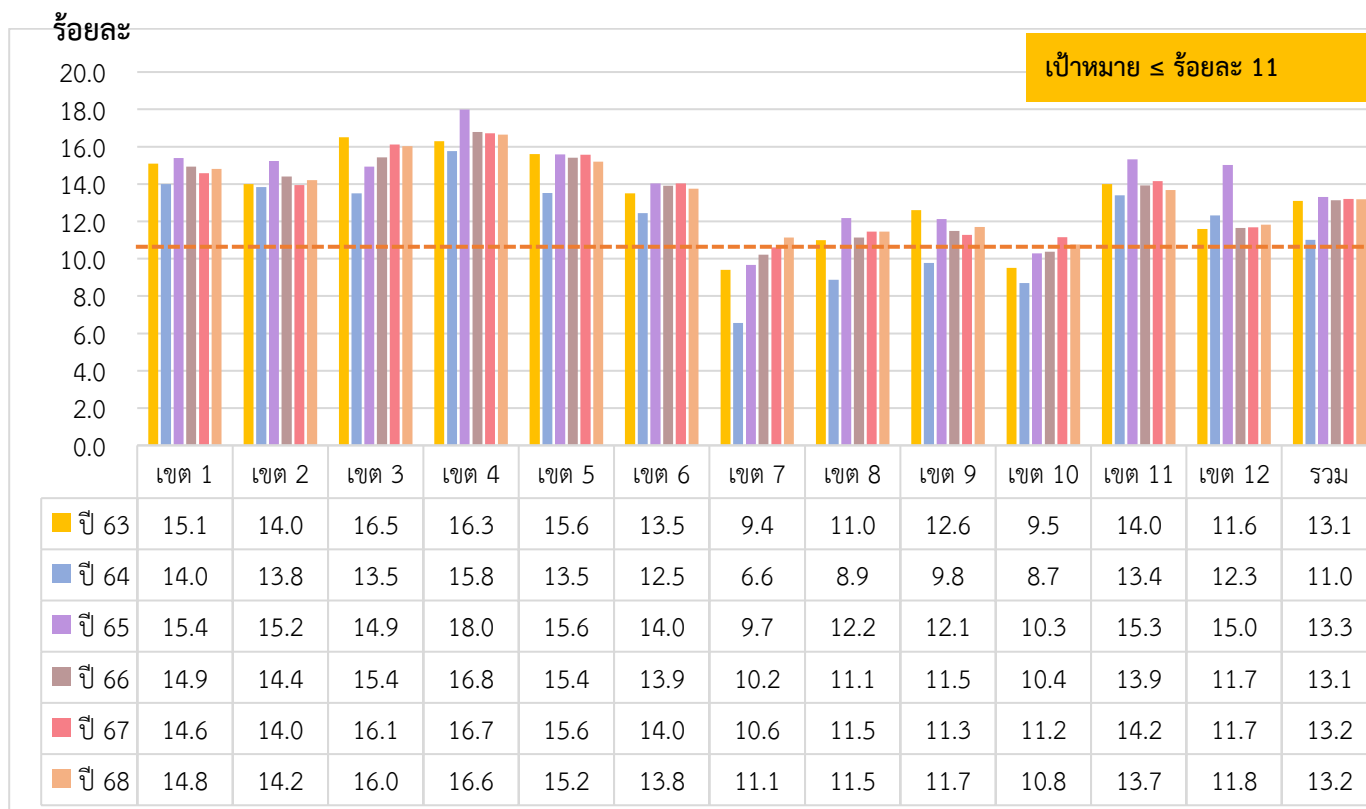
- ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ  
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 2 ปีการศึกษา 2567 วันที่ 28 ก.พ. 2568

สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2568 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ 55 ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายสูงดีสมส่วน  $\geq$  ร้อยละ 61) ในปี 2568 เขตสุขภาพที่ 7 มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนมากที่สุดร้อยละ 59.8 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 58.6 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 11 6 และ 5 ตามลำดับ เขตที่มีความชุกของเด็กสูงดีสมส่วนน้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 50 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยพบว่าทุกเขตความชุกสูงดีสมส่วนต่ำกว่าค่าเป้าหมายประเทศ (สูงดีสมส่วน  $\geq$  ร้อยละ 61)

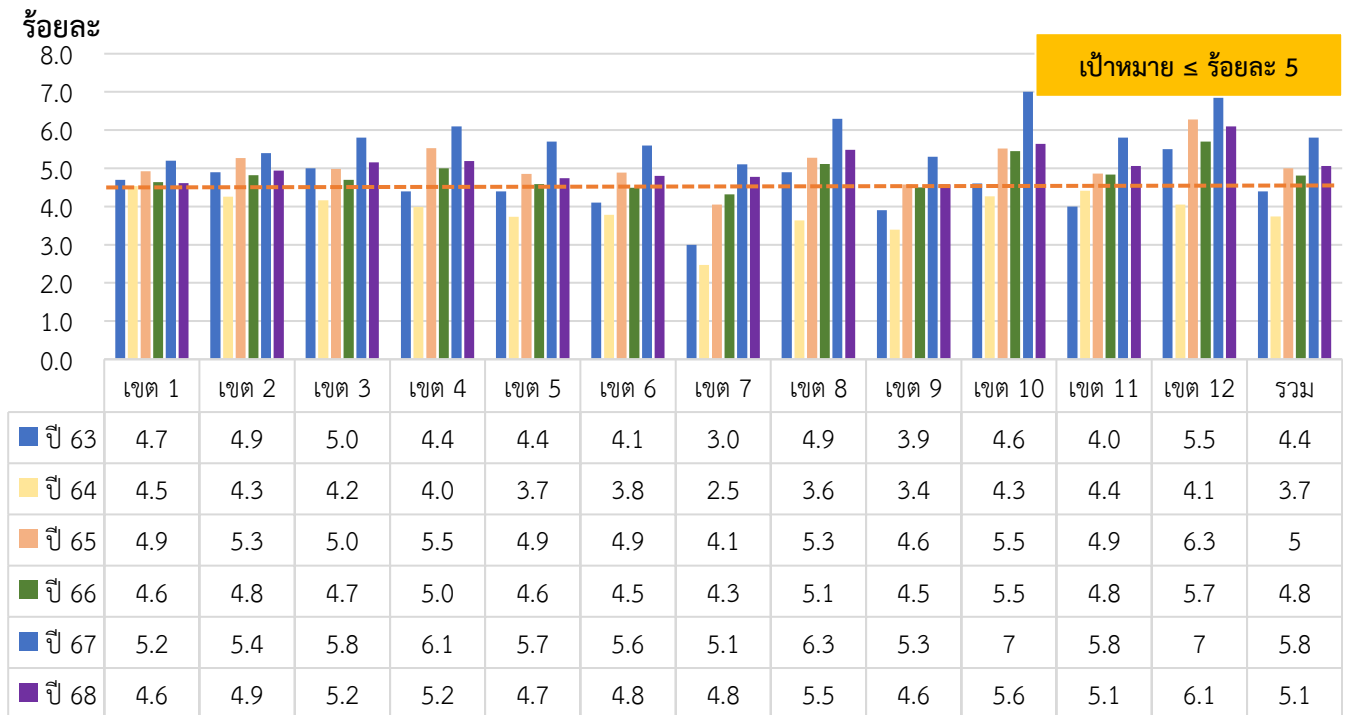
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 2 ปีการศึกษา 2567 วันที่ 28 ก.พ. 2568

สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2568 พบว่าภาพรวมประเทศ สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.2 เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11) ในปี 2568 พบว่าเขตสุขภาพ ที่ 10 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุดและไม่เกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10.8 รองลงมา คือเขตสุขภาพ ที่ 7 8 9 และ 12 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.6 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

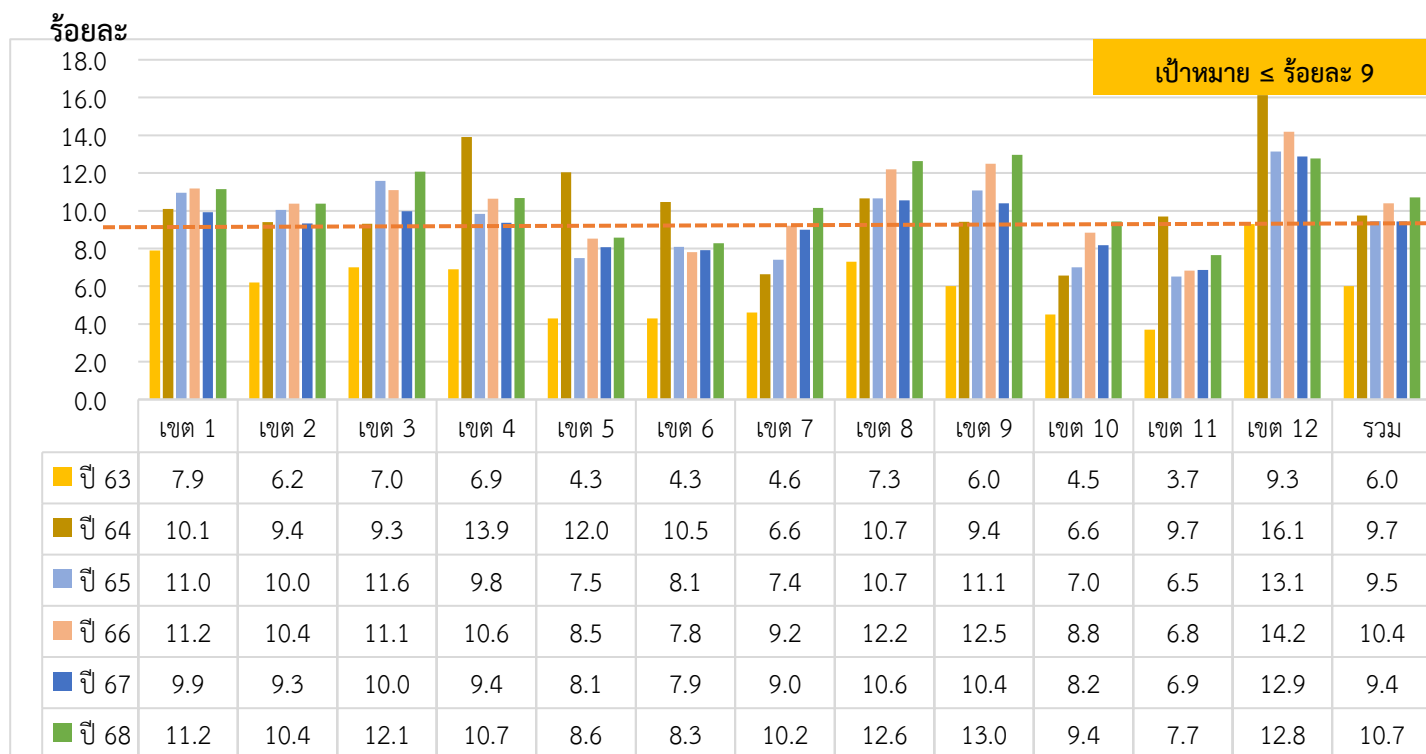
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม จำแนกรายเขต



ข้อมูลจาก HDC เทอม 2 ปีการศึกษา 2567 วันที่ 28 ก.พ. 2568

สถานการณ์ผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี ในแต่ละเขตเปรียบเทียบกับกันจากปี 2563-2568 โดยพบว่า ภาพรวมประเทศ สถานการณ์ผอม ลดลงจากปี 2567 เป็น ร้อยละ 5.1 ในปี 2568 (ผอม ≤ ร้อยละ 5) เขตสุขภาพที่ 1 2 5 6 7 และ 9 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมไม่เกินค่าเป้าหมายส่วนเขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมเกินค่าเป้าหมายสูงที่สุด คือร้อยละ 6.1 รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 10 8 4 3 และ 11 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

## แผนภูมิที่ 4 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย จำแนกรายเขต



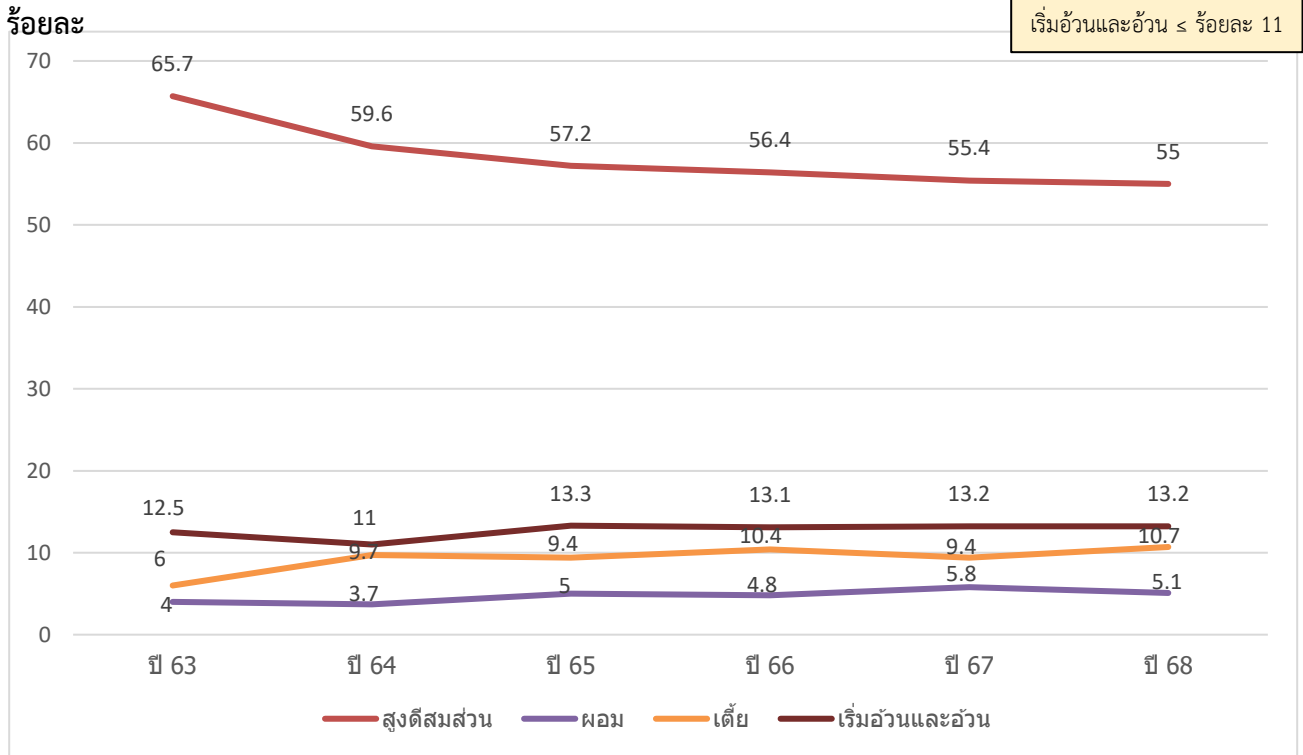
ข้อมูลจาก HDC ทอม 2 ปีการศึกษา 2567 วันที่ 28 ก.พ. 2568

สถานการณ์เตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2563-2568 พบว่าภาพรวมประเทศสถานการณ์เตี้ย ร้อยละ 10.7 เกินค่าเป้าหมาย (เตี้ย  $\leq$  ร้อยละ 9) เขตสุขภาพที่ 9 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยสูงสุดและเกินค่าเป้าหมายประเทศ ร้อยละ 13.0 รองลงมาเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 12.8 และ เขต 8 ร้อยละ 12.6 ตามลำดับ และมีเพียง 3 เขต คือ เขต 5 6 และ 11 ที่สถานการณ์เตี้ยไม่เกินค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4

● ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 5 สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็ก อายุ 6-14 ปี พ.ศ.2563-2567

ค่าเป้าหมาย ปี 2568  
 สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 61  
 เตี้ย ≤ ร้อยละ 9  
 ผอม ≤ ร้อยละ 5  
 เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11

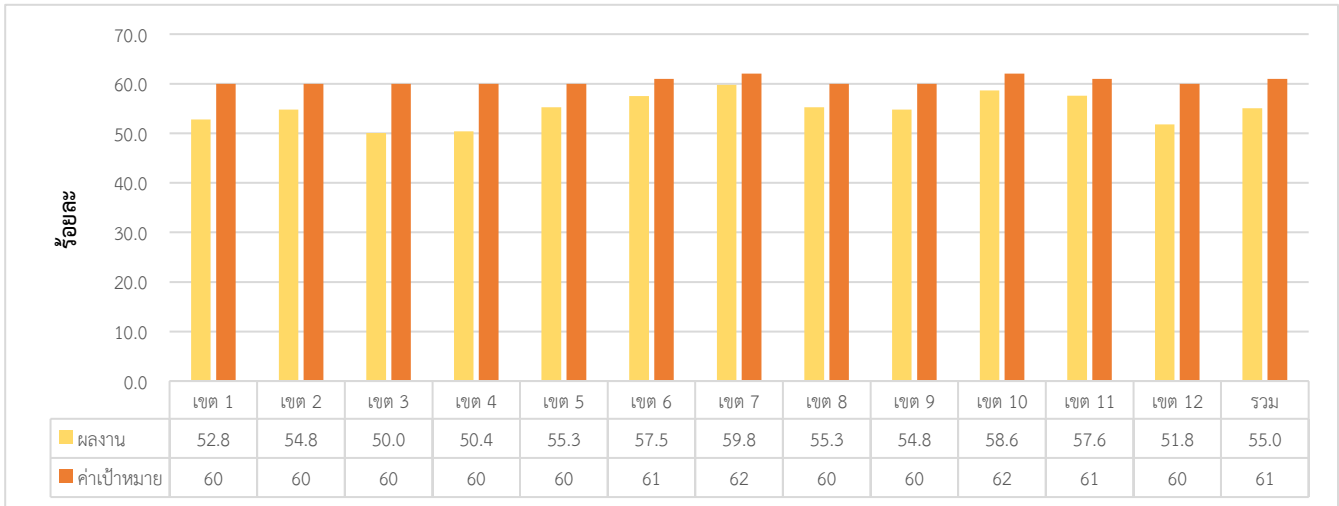


สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2563 ถึง 2568 สถานการณ์ภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนลดลง เริ่มอ้วนและอ้วน ผอม และเตี้ย เพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนมาใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ.2564 ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของเด็กในปัจจุบัน และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ พบว่าแนวโน้มสถานการณ์สูงดีสมส่วนระหว่างปี 2563 – 2568 ลดลง ร้อยละ 65.7, 59.6, 57.2, 56.4 55.4 และ 55 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2568 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สูงดีสมส่วน ≥ ร้อยละ 61 ) สำหรับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5, 11.0, 13.3, 13.1 13.2 และ 13.2 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11) ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.0, 9.7, 9.4, 10.4 และ 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ (เตี้ย ≤ ร้อยละ 9) ผอมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.4, 3.7, 5.0, 4.8, 5.8 และ 5.1 ตามลำดับ (ผอม ≤ ร้อยละ 5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

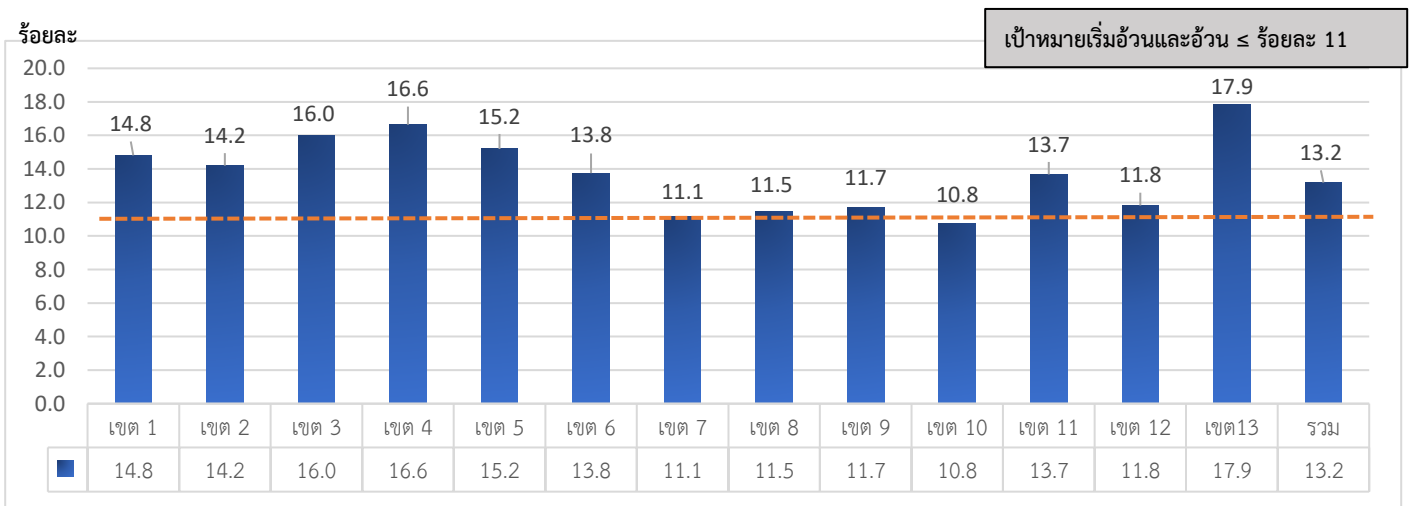
ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 6 สถานการณ์สูงสุดที่สมส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2568)



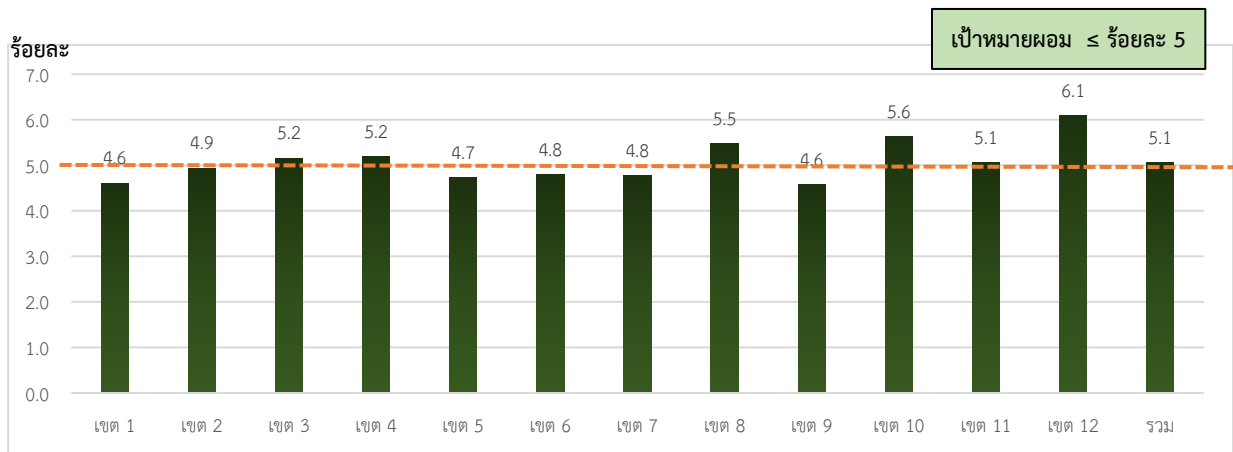
เมื่อพิจารณาค่าเป้าหมายรายเขต พบว่า ทุกเขตไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายรายเขตได้ โดยภาพรวม สถานการณ์สูงสุดที่สมส่วนระดับประเทศ อยู่ที่ร้อยละ 55.0 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2568)



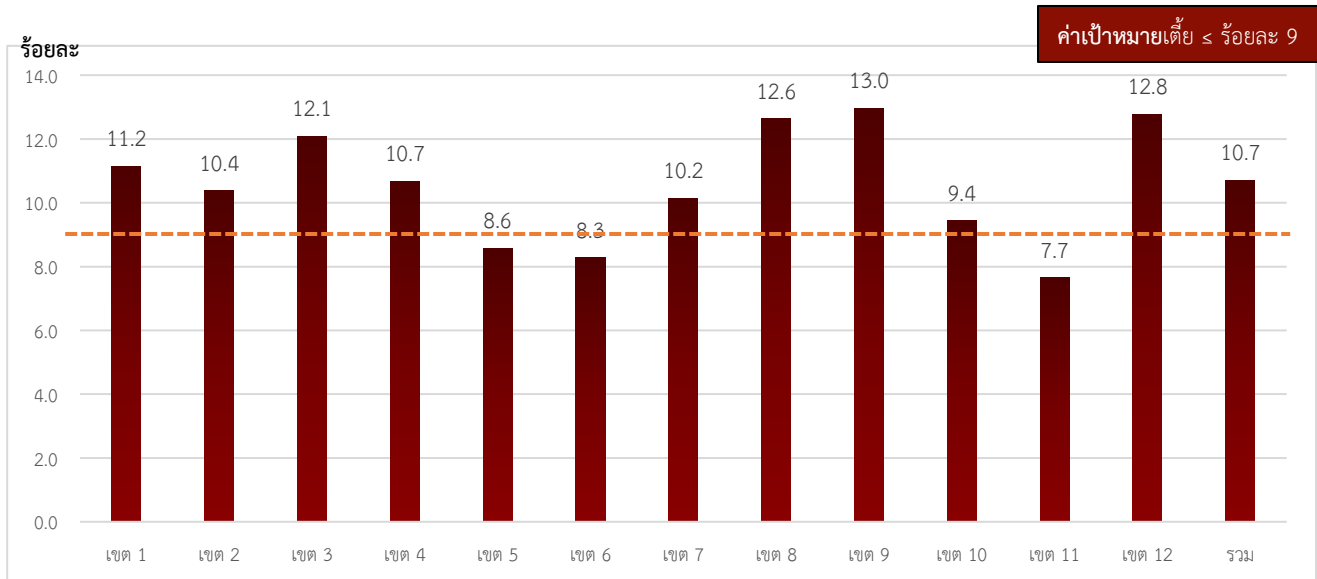
เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนปี 2568 พบว่ามีเพียง เขต 10 ที่ไม่เกินค่าเป้าหมาย ประเทศ (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11) ส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนระดับประเทศ ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 13.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 8 สถานการณ์ภาวะผอมของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2568)



เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานสถานการณ์ภาวะผอมปี 2568 พบว่ามี 6 เขต ได้แก่เขต 1 2 5 6 7 9 มีภาวะผอมไม่เกินค่าเป้าหมาย (ภาวะผอม  $\leq$  ร้อยละ 5) แต่ในภาพรวมประเทศ พบภาวะผอมร้อยละ 5.1 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8

แผนภูมิที่ 9 สถานการณ์ภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต (ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2568)



สถานการณ์เด็กที่มีภาวะเตี้ยปี 2568 พบว่ามี 3 เขต ได้แก่ เขต 5 6 11 ที่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (ภาวะเตี้ย  $\leq$  ร้อยละ 9) แต่ในภาพรวมประเทศ พบภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.7 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563<sup>1</sup> พบว่า เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 13.8 เด็กอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 28.0 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมีมือเช้าเป็นมือที่มีการงอมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปีและร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ทิ้งอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผักผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564<sup>2</sup> โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 21.7 ร้อยละ 34.6 และร้อยละ 34.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ.2564<sup>3</sup> โดยกรมอนามัยและองค์การอนามัยโลก พบว่าเด็กอายุ 13 - 17 ปี ร้อยละ 15.3 กินผักอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 34.6 ดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน และร้อยละ 39.3 กินอาหารจากร้านอาหารจานด่วนอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จากสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคอ้วนในเด็ก ซึ่งปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขจากรายงานวิจัยมาตรการและตัวชี้วัดเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กขององค์การอนามัยโลก (Ending Childhood Obesity : ECHO) ของประเทศไทย ปี 2559<sup>4</sup> พบว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่างการจัดการโรคอ้วนในเด็กที่สำคัญ คือ การดำเนินการตามชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก (Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children) สอดคล้องกับบทความชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการภาครัฐ ตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก (Commission on Ending Childhood Obesity: ECHO) ขององค์การสหประชาชาติ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (3) การดูแลก่อนและระหว่างคลอด (4) การส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมทางกายในระดับปฐมวัย (5) การส่งเสริมสุขภาพ อาหารและกิจกรรมทางกายในวัยเรียน และ (6) การจัดการน้ำหนักของเด็กที่เป็นโรคอ้วน ผลการประเมินการดำเนินการของประเทศไทยตามข้อเสนอแนะของ ECHO โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ปี 2560<sup>5</sup> พบว่า ประเทศไทยมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ECHO ทั้ง 6 ด้าน โดยครอบคลุมมาตรการหลัก 33 มาตรการ (จากทั้งหมด 36 มาตรการ) และครอบคลุมมาตรการย่อย 55 มาตรการ (จากทั้งหมด 67 มาตรการย่อย) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยดำเนินการสอดคล้องกับข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้วในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินการของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผลการประเมินสมรรถนะของนโยบาย (policy performance) เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย 5 ด้าน โดยสิรินทยาและคณะปี 2566<sup>6</sup> ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความครอบคลุมของเนื้อหา นโยบาย (policy comprehensiveness) (2) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย (policy coverage) (3) กลไกการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) (4) ความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration) และ (5) ความเป็นเอกภาพของนโยบาย (policy coherence) ซึ่งให้เห็นว่า การดำเนินการของประเทศไทยมีสมรรถนะด้านกลไกการติดตามและประเมินผลและความเป็นเอกภาพของนโยบายต่ำ ซึ่งประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับสมรรถนะทั้ง 2 ด้านดังกล่าวเพื่อให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยควรกำหนดให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทยเป็นประเด็นสำคัญในแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบายผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เกิดการประสานกำลัง (synergy) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลนโยบาย ตลอดจนให้ความสำคัญกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนและการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติโรคอ้วนในเด็กจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573



ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข จึงจัดทำคำสั่ง ที่ 1159/2567 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กเกิดการขับเคลื่อนและมีการบูรณาการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุด โดยองค์ประกอบ มีดังนี้

1. คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก
2. คณะอนุกรรมการจัดทำและขับเคลื่อนแผนบูรณาการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก
3. คณะอนุกรรมการวิชาการและวิจัย
4. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารและประชาสัมพันธ์
5. คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล เพื่อร่วมกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน

ด้านการผลักดันนโยบายควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็ก และยกระดับมาตรการควบคุมการตลาดและการจัดจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทยสนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่วันเพียงช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6-12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร<sup>2</sup> โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน<sup>7</sup> โดยจะต้องมีการพัฒนาเกณฑ์ Nutrient phasing เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการการปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

ด้านการจัดอาหารกลางวัน ประเทศไทยได้ดำเนินการโครงการอาหารกลางวันเพื่อแก้ไขปัญหามหาภาวะโภชนาการ ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก โดยมีครูเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนการจัดเมนูอาหาร แต่พบว่ามีข้อจำกัดคือ ครูส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านโภชนาการ จึงได้มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai school lunch ในการจัดอาหาร ซึ่งสามารถประเมินสารอาหารที่นักเรียนได้รับ และคำนวณค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัตถุดิบการลงพื้นที่ประเมินเชิงประจักษ์ร่วมกับ สำนักพัฒนากิจกรรมนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 53 แห่ง จาก 1118 แห่ง ปี 2568 พบข้อสังเกต ดังนี้ ส่วนใหญ่โรงเรียนใช้เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ การติดตั้งเครื่องมือไม่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการจดบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่มีทศนิยม รวมทั้งไม่เข้าใจการแปลผลภาวะโภชนาการ เช่น การแปลผลสูงตีสมส่วน โรงเรียนบางส่วนใช้เกณฑ์สมส่วนมารายงานผล ไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่โรงเรียนมีการใช้โปรแกรม TSL จัดอาหารได้ตามมาตรฐานอาหารกลางวัน แต่ยังคงอาหารไม่ได้ตามปริมาณและสัดส่วนที่แนะนำตามวัย และไม่มีเกณฑ์คัดเลือกและมีการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน ได้แก่ ไอศกรีม ขนมกรุบกรอบ เบเกอรี่ น้ำหวาน

อีกทั้งจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ได้รับข้อเสนอของผู้ตรวจการแผ่นดิน มอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอแนะของผู้ตรวจการแผ่นดิน รวมทั้งความเห็นและข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ กรณีการขาดนักโภชนาการชุมชนในทุกท้องถิ่นทั่วประเทศไทย โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2.3 กำหนดให้นักโภชนาการศูนย์อนามัย และนักโภชนาการโรงพยาบาลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่คำนึงถึงอาหารท้องถิ่นตามวัฒนธรรม และให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่มีการผลิต

บัณฑิตในสาขาคหกรรมศาสตร์ อาหารและโภชนาการในจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ความต้องการกำลังคน การจัดสรร อัตรากำลัง งบประมาณด้านบุคลากร ในการผลิตบัณฑิต แผนการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการ ชุมชนแบบครบวงจรเพื่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งได้มีแผนในการพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านโภชนาการสำหรับบุคคลทั้งใน และนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570<sup>8</sup> ภายใต้ ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ.2566 - 2570) โดย ขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ คณะอนุกรรมการการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหาร และโภชนาการในโรงเรียน เพื่อให้การจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและชุมชนบรรลุผลสำเร็จ จึงแต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนากำลังคนด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเด็กและกำลังคนในชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในการพัฒนา ระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบและกลไกให้บุคลากรที่ เกี่ยวข้องทุกระดับมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการเพื่อสนับสนุนการใช้มาตรฐานระบบการจัดการ อาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชน จัดทำแนวทางการพัฒนารอบอัตรากำลังคน การผลิตและพัฒนาบุคลากร หลักสูตรและการประเมินหลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน แบบครบวงจร เพื่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และรองรับการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชนจัดทำแนวทางปฏิบัติ และแนวทางการประเมินผู้รับการพัฒนาสำหรับนักโภชนาการและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ในการจัดการอาหารและ โภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้รับผิดชอบ งาน โภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ .รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข . : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี. 2564
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. 2564
3. กรมอนามัยและองค์การอนามัยโลก. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ.2564
4. World Health Organization (WHO). Report of the commission on ending childhood obesity (ECHO). 2016.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงาน มาตรการและตัวชี้วัดในการติดตามการการ ดำเนินงานเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก. 2560.
6. สิรินทร์ยา พูลเกิด และ วีรภาคย์ ชำศิริพงษ์. (2566). การจัดการของภาครัฐ เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย. วารสารโรคเบาหวาน. 55(2).
7. Phulkerd S, et al. (2020). Childhooch Overweight and Obesity (COO) Policy Research Project. Nakorn Prathom: Institue for Population and Social research.
8. สำนักโภชนาการ.แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2566 – 2570 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึง เมื่อ 3 เมษายน2568] เข้าถึงได้จาก [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan/download?id=115988&mid=31953&mkey=m\\_document&lang=th&did=31604](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan/download?id=115988&mid=31953&mkey=m_document&lang=th&did=31604)