

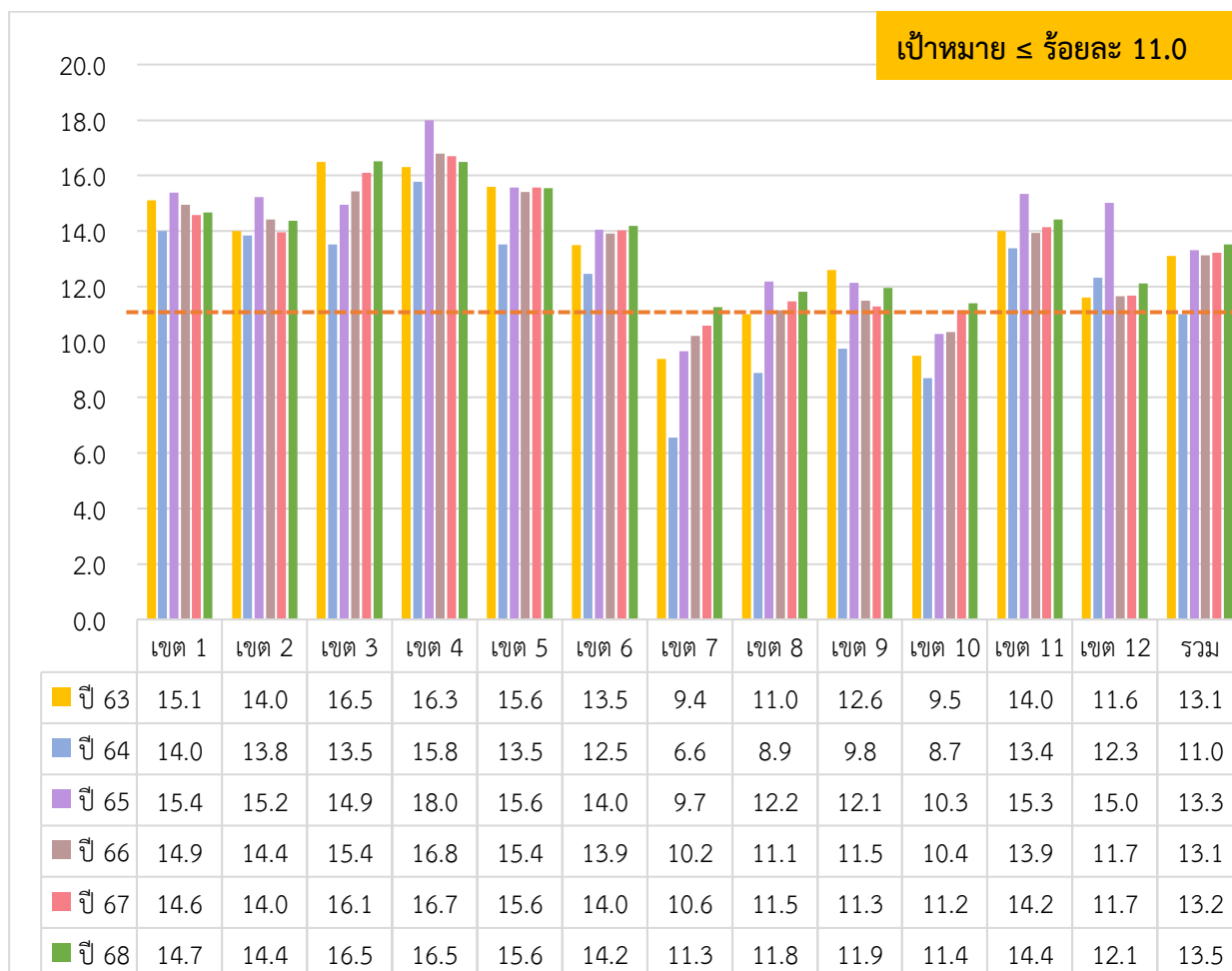
1. Assessment มีบทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด มีข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้
ผลการรายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 3.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี
ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน รอบ 5 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2569

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

สถานการณ์ภาวะโภชนาการ

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกรายเขต

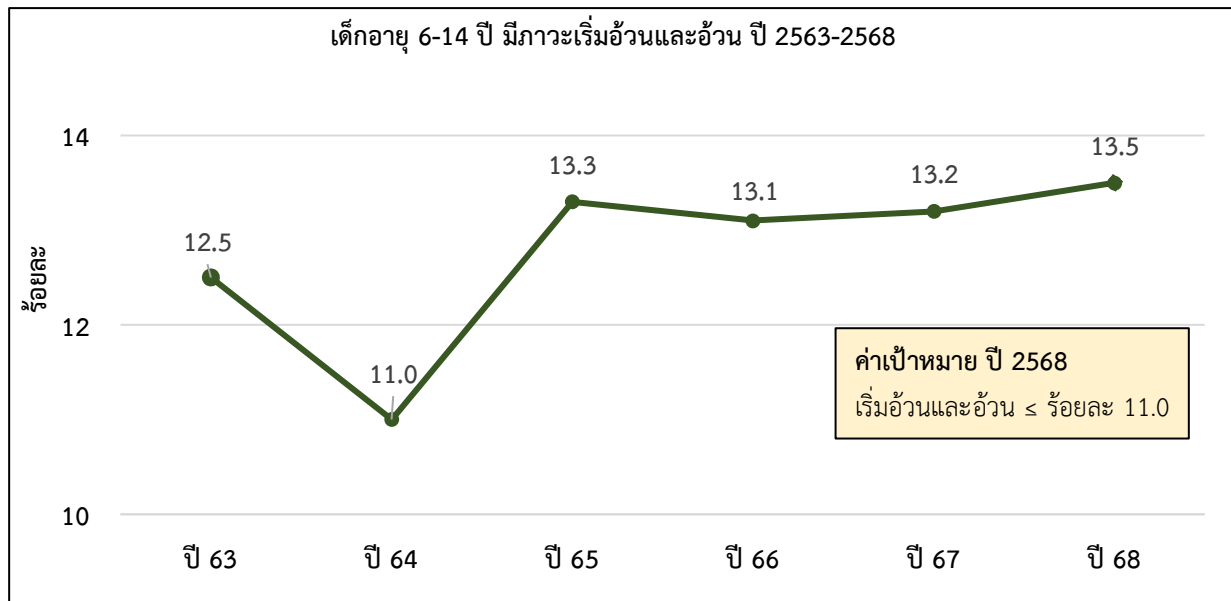


ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 ณ วันที่ 30 ก.ย.2568

สถานการณ์เด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน รายเขตสุขภาพ ปี 2563 ถึง 2568 พบว่า ภาพรวมประเทศ สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.5 เกินค่าเป้าหมาย (เริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11.0) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 และในปี 2568 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุด รองลงมา คือเขตสุขภาพที่ 10, 9 และ 12 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 3 และ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.5

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 2 สถานการณ์เด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน พ.ศ. 2563 - 2568



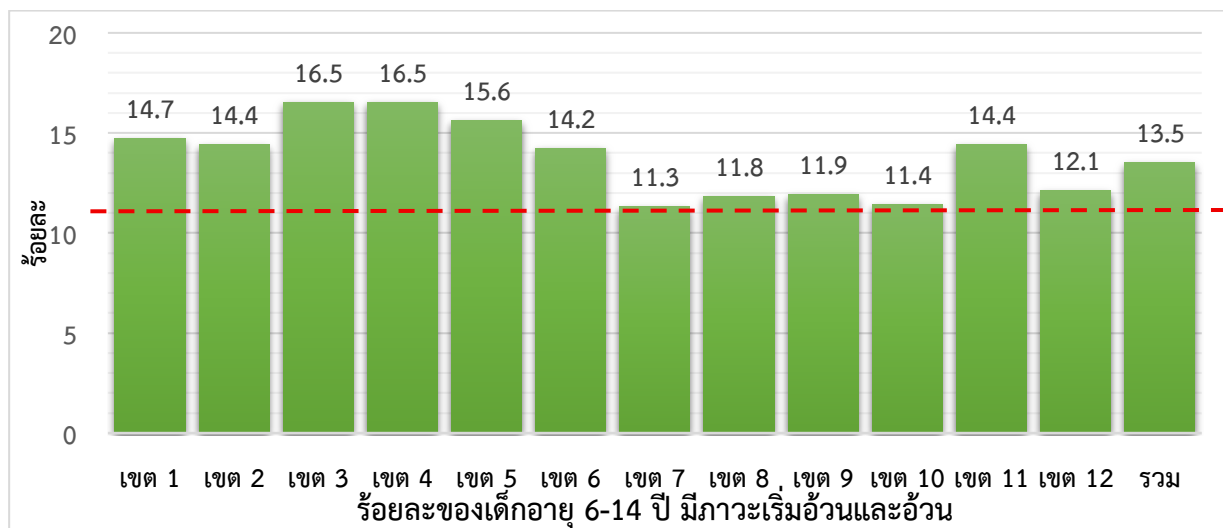
ข้อมูลจาก HDC เทอม 1 ณ วันที่ 30 ก.ย. 68

สถานการณ์ของเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2563 ถึง 2568 สถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 12.5, 11.0, 13.3, 13.1, 13.2 และ 13.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ≤ ร้อยละ 11.0) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าเด็กอายุ 6 - 9 ปี และเด็กอายุ 10 - 14 ปี กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 13.8 และ ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ โดยมื้อเช้าเป็นมื้อที่มีการงดกินอาหารมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปี และ ร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ที่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ สูงถึงร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ อีกทั้งจากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 21.7 ร้อยละ 34.6 และ ร้อยละ 34.2 กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ ประกอบกับมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ โดยจากการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2561 - 2566 พบว่า ในปี 2567 กลุ่มเด็กอายุ 5 - 17 ปี มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 20.7 (เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 40) และมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยสูงเกินกว่า 14 ชั่วโมงต่อวัน (เป้าหมาย น้อยกว่า 13 ชั่วโมงต่อวัน)

- ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 3 สถานการณ์ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกรายเขต
(ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2568)



เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนปี 2568 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.3) รองลงมา คือเขตสุขภาพที่ 10, 9 และ 12 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 3 และ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 16.5 แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าเขตสุขภาพที่ 7, 10, 9 และ 12 มีความชุกต่ำกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ แต่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน $\leq$ ร้อยละ 11.0)

- ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของเด็กอายุ 6 - 14 ปี

พฤติกรรมบริโภคอาหาร ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า เด็กอายุ 6 - 9 ปี ร้อยละ 13.8 และเด็กอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 28.0 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมื้อเช้าเป็นมื้อที่มีการดื่มน้ำมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6 - 9 ปี และร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 10 - 14 ปี ที่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และเด็กอายุ 6 - 14 ปี กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.4 และร้อยละ 66.6 ตามลำดับ ผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี บริโภคอาหารแปรรูป อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ดังนี้ กินอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ ร้อยละ 21.7 อาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 34.6 ขนมหวานหรือขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 34.2 และเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว พบว่า โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งประเทศไทยมีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี จากรายงานวิจัยมาตรการและตัวชี้วัดเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็กขององค์การอนามัยโลก ปี 2564 (Ending Childhood Obesity : ECHO) ของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่างการจัดการโรคอ้วนในเด็กที่สำคัญหนึ่งในนั้น และประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการ 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 อาหารและ กิจกรรมทางกายในวัยเรียน และ (6) การจัดการน้ำหนักของเด็กที่เป็นโรคอ้วน ผลการประเมินการดำเนินการของ ประเทศไทยตามข้อเสนอแนะของ ECHO พบว่า ประเทศไทยมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ECHO ทั้ง 6 ด้าน โดยครอบคลุมมาตรการหลักสูงถึง 33 มาตรการ (จากทั้งหมด 36 มาตรการ) และครอบคลุมมาตรการย่อย 55 มาตรการ (จากทั้งหมด 67 มาตรการย่อย) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยดำเนินการสอดคล้องกับข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้วในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินการของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผลการประเมินสมรรถนะ ของนโยบาย (policy performance) เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย 5 ด้าน ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ (1) ความครอบคลุมของเนื้อหา นโยบาย (policy comprehensiveness) (2) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย (policy coverage) (3) กลไกการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) (4) ความร่วมมือหลายภาค ส่วน (multi-sectoral collaboration) และ (5) ความเป็นเอกภาพของนโยบาย (policy coherence) ซึ่งให้เห็นว่า การดำเนินการของประเทศไทยมีสมรรถนะด้านกลไกการติดตามและประเมินผลและความเป็นเอกภาพของนโยบาย ต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการมีกลไกการติดตามและประเมินผลและการสร้าง ความเป็นเอกภาพของนโยบาย เพื่อให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยควร กำหนดให้การลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการระดับสูงเพื่อยุติโรคอ้วนในเด็ก เป็นประเด็นสำคัญในแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งสร้างความเป็นเอกภาพของนโยบายผ่าน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เกิดการประสานกำลัง (synergy) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการพัฒนา กระบวนการติดตามและประเมินผลนโยบาย ตลอดจนให้ความสำคัญกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนและ การสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติโรคอ้วนในเด็กจากทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทย บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 เป้าหมายโภชนาการระดับโลก และเป้าหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก

ด้านการผลักดันนโยบายควบคุมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเด็ก และยกระดับมาตรการควบคุมการตลาด และการจัดจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย นอกจากนี้ มีข้อมูลวิจัยของประเทศไทย โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (IPSR) ปี 2563 สนับสนุนว่า หากประเทศไทยออกมาตรการ ควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม HFSS แค่ว่าเพียงช่องทางโทรทัศน์ จะสามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) เด็ก (อายุ 6 - 12 ปี) ทั้งประเทศได้เฉลี่ย 0.32 กิโลกรัม /เมตร² โดยใช้งบประมาณเพียง 1.13 ล้านบาท ทำให้ลด ภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก (อายุ 6-12 ปี) ได้ถึง 121,000 คน ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยจะต้องมีการพัฒนา เกณฑ์ Nutrient phasing เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการการปกป้องเด็กไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก

ด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น จากผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาปี 2557- 2558 ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าครูที่ดูแลงานด้านอนามัยโรงเรียน มีไม่เพียงพอและไม่มี ประสิทธิภาพในดูแล สุขภาพนักเรียน อีกทั้ง ขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล และเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จาก การรายงานผลสุขภาพเด็ก ระบบข้อมูล ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญห สุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลในการดำเนินชีวิต ระยะยาว สอดคล้องกับรายงานผลโครงการพัฒนารูปแบบงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพปี 2562 ควรมีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ในการส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง รวมทั้ง พัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน และระบบการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้สอดคล้องกับ เงื่อนไขและบริบทของแต่ละเขตสุขภาพ เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและการศึกษา ควรกำหนดนโยบายในการป้องกัน ปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

ด้านการเข้าถึงบริการการจัดการน้ำหนักที่เหมาะสม จากแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO เรื่อง Health service delivery framework for prevention and management of obesity ที่เสนอให้แต่ละสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ ควรจะมีการคัดกรองความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และส่งต่อกรณีที่ต้องได้รับการรักษา โดยมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลโรคอ้วนในเด็ก ได้แก่ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างในการดำเนินงาน ซึ่งยังไม่มีมีการบูรณาการในแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการเชื่อมโยงและส่งต่อในแต่ละหน่วยงานที่เป็นระบบเช่น การดำเนินงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ รพช. รวมถึงยังไม่มีมีการขยายงานไปสู่สถานบริการทุติยภูมิให้มีคลินิกรักษาโรคอ้วนในเด็ก สอดคล้องกับผลการประเมินการบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาปี 2557- 2558 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ประเมินผลด้านระบบการจัดการภาวะโภชนาการของวัยเรียนวัยรุ่น พบว่าขาดระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งไม่มีการใช้ประโยชน์จากการรายงานผลสุขภาพเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพเช่น การจัดการโรคอ้วน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของเด็กในระยะยาว นอกจากนี้รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2564 กรมอนามัย พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานการศึกษาควรกำหนดนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพร่วมกัน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก และฟัน สอดคล้องกับที่มีงานวิจัยของ Omoye และคณะ ปี 2561 ทำการศึกษาในเรื่องของการส่งต่อ และการจัดการเด็กที่มีภาวะอ้วน พบว่า การส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาในการจัดการน้ำหนัก มีเพียงร้อยละ 50 ของสถานบริการสาธารณสุขที่ทำการศึกษา โดยการส่งต่อมีทั้งด้านคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก และข้อมูลจากระบบรายงาน HDC พบการคัดกรอง obesity sign ในระบบเพียง ร้อยละ 0.6

อีกทั้งจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม 2564 ได้รับข้อเสนอของผู้ตรวจการแผ่นดิน มอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ กรณีการขาดนักโภชนาการชุมชนในทุกท้องถิ่นทั่วประเทศไทย โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2.3 กำหนดให้นักโภชนาการศูนย์อนามัย และนักโภชนาการโรงพยาบาลในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่คำนึงถึงอาหารท้องถิ่นตามวัฒนธรรม และให้กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่มีการผลิตบัณฑิตในสาขาเกษตรศาสตร์ อาหารและโภชนาการในจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ความต้องการกำลังคน การจัดสรรอัตราากำลัง งบประมาณด้านบุคลากร ในการผลิตบัณฑิต แผนการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการชุมชนแบบครบวงจรเพื่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งได้มีแผนในการพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านโภชนาการสำหรับบุคคลทั้งในและนอกระบบการศึกษา ซึ่งมีบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2566 – 2570 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น โดยพัฒนาระบบและกลไกให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานอาหารและโภชนาการ เพื่อสนับสนุนระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชน จัดทำแนวทางการพัฒนารอบอัตรากำลังคน การผลิตและพัฒนาบุคลากร หลักสูตรและการประเมินหลักสูตรการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และรองรับการขับเคลื่อนงานโภชนาการชุมชนจัดทำแนวทางปฏิบัติและแนวทางการประเมินผู้รับการพัฒนาสำหรับนักโภชนาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ในการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชนแบบครบวงจร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้รับผิดชอบงานโภชนาการในสถานศึกษาและชุมชน

ด้านการจัดอาหารกลางวัน ประเทศไทยได้ดำเนินการโครงการอาหารกลางวันเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก โดยมีครูเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนการจัดเมนูอาหาร แต่พบว่ามีข้อจำกัดคือ ครูส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านโภชนาการ จึงได้มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรม Thai school lunch ในการจัดอาหาร ซึ่งสามารถประเมินสารอาหารที่นักเรียนได้รับ และคำนวณค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัตถุดิบ นอกจากนี้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2557 ได้มีมติให้มีการผลักดันระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ระเบียบวาระของจังหวัด และระเบียบวาระของท้องถิ่น โดยมอบให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งกลไกการจัดการ การตรวจสอบ การประเมินผล การควบคุมคุณภาพอาหารในโรงเรียนให้เหมาะสมกับสภาวะของนักเรียนตามบริบทของพื้นที่โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและหลักศาสนา รวมทั้งความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงทางอาหารให้มีปริมาณที่เพียงพอ และจากรายงานผลการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีบัญชี 2567 ของกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและวิธีการที่ถูกต้อง นอกจากนี้ครู เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน และผู้ประกอบการ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการวางแผนการจัดเมนู การปรุงประกอบอาหาร การตัดอาหาร การเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมาจำหน่ายในโรงเรียน รวมถึงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ กำกับติดตามวางแผนส่งเสริมและจัดการภาวะโภชนาการเด็กในสถานศึกษา

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 โดยได้จัดทำ (ร่าง) กรอบแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคอ้วนในเด็ก และสื่อสารเพื่อให้เกิดความตระหนักโรคอ้วนในเด็ก และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการลดความเสี่ยงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้คนไทยมีสุขภาพที่แข็งแรง เนื่องในวันโรคอ้วนโลก โดยงานรณรงค์วันโรคอ้วนโลก (World Obesity Day, 2025) ภายใต้แนวคิด “เปลี่ยนระบบใหญ่ เพื่อชีวิตเล็กๆ ที่ดีขึ้น ลดเสี่ยงโรคอ้วน ห่างไกล NCDs”(Changing Systems, Healthier Lives) พร้อมประกาศความร่วมมือในโดยการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนระบบ 4 ระบบ ได้แก่ 1) เปลี่ยนระบบอาหารในสถานศึกษาให้มีคุณภาพมากขึ้น 2) เปลี่ยนการตลาดอาหารให้ลดหวาน มัน เค็ม 3) เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ มีการคัดกรองด้านภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้ที่เป็โรคอ้วนได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างเหมาะสม และ 4) เปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกกลุ่มวัย