

## รายการข้อมูลนำเข้าตัวชี้วัดที่ 3.7 จำนวนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School)

### 1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

#### 1) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

เนื่องจากตัวชี้วัดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) เป็นการดำเนินงานเฉพาะหน่วยงาน(กรมอนามัย) และไม่มีหน่วยงานใดในระดับประเทศ และต่างประเทศ ในดำเนินงานเรื่องนี้ จึงไม่สามารถ Comparisons ได้ ทั้งนี้สามารถ Comparisons ในส่วนของกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระหว่างประเทศ โดยปี 2561 : WHO , UNES-CO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, UNRWA ร่วมกันจัดทำโครงการใหม่ “ร่วมทำให้ทุกโรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” (Making Every School a Health Promoting School) และจากความพร้อมในระดับโลกของความร่วมมือระหว่าง WHO Headquarter และ UNESCO ร่วมกันพัฒนา global standards health promoting school and indicators

### The eight global standards for HPS are intended to function as a system



โดยมีกลยุทธ์การดำเนินงาน : Global Standards Health Promoting School ดังนี้



ตัวอย่าง การนำ 8 องค์ประกอบใช้ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

## Examples of country practices, in alignment with GS-HPS



การเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย ประเทศไทยไต้หวัน และประเทศสิงคโปร์

| ประเทศไทย  | ประเทศไทยไต้หวัน   | ประเทศสิงคโปร์  |
|--|--|---|
| <p>- กรมอนามัยได้ดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาการศึกษา โดยการพัฒนาศักยภาพโรงเรียนให้เป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา</p> <p>- ดำเนินงานภายใต้ 10 องค์ประกอบที่เน้นกระบวนการเพื่อให้เกิดกิจกรรมสุขภาพในโรงเรียน ภายใต้การบูรณาการจากหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 1</b> นโยบายของโรงเรียน</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 2</b> การบริหารจัดการในโรงเรียน</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 3</b> โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 4</b> การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 5</b> บริการอนามัยโรงเรียน</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 6</b> สุขศึกษาในโรงเรียน</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 7</b> โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 8</b> การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 9</b> การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม</p> <p><b>องค์ประกอบที่ 10</b> การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน</p> <p>จัดระดับการผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงินและระดับ</p> | <p>- มีการผลักดันเป็นนโยบายระดับนานาชาติด้านการดูแลสุขภาพนักเรียน (Health Promoting School International Center) สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง WHO</p> <p>- มีการลงนามใน "ปฏิญญาเรื่องการส่งเสริมโรงเรียนเมื่อปี 2547 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น ครูและกลุ่มผู้ปกครอง เพื่อลงนามในแผนการส่งเสริมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 มาตรฐาน (21 ตัวชี้วัด และ 47 เกณฑ์การประเมิน )</p> <p><b>มาตรฐานที่ 1</b> นโยบายสุขภาพของโรงเรียน</p> <p><b>มาตรฐานที่ 2</b> สภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน</p> <p><b>มาตรฐานที่ 3</b> สภาพแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน (วัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ)</p> <p><b>มาตรฐานที่ 4</b> ทักษะชีวิตที่ดี: การสอนและการปฏิบัติ</p> <p><b>มาตรฐานที่ 5</b> ความสัมพันธ์กับชุมชน</p> <p><b>มาตรฐานที่ 6</b> บริการสุขภาพ</p> <p>- มีกลไกการดำเนินงานที่เข้มแข็ง โดยมีทีมที่ปรึกษาในท้องถิ่นและเครือข่ายการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและผู้เกี่ยวข้อง</p> | <p>- มีการวางกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนประกอบด้วย 3 ด้าน</p> <p><b>ด้านที่ 1</b> การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์กีฬา</p> <p><b>ด้านที่ 2</b> การแก้ไขปัญหาในนักเรียน โดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่นโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก และการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่</p> <p><b>ด้านที่ 3</b> การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ทั้งผู้ปกครอง ครูและนักเรียนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี</p> <p>นอกจากนี้มีการวางกรอบในการดำเนินงานตามบริบทของแต่ละช่วงวัยด้วย ทำให้แนวทางการดำเนินงานมีความชัดเจนในแต่ละช่วงวัย</p> |

| ประเทศไทย   | ประเทศไต้หวัน | ประเทศสิงคโปร์ |
|---|---------------|----------------|
| <p>ทอง และในปี 2551 ได้ต่อยอดการดำเนินงานเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด ที่เน้นผลลัพธ์และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินรับรองการผ่านเกณฑ์ โดยคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> |               |                |

(ที่มา : Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, <https://www.hpb.gov.sg/schools/school-programmes/health-promoting-schools-framework>, <http://hpshome.hphe.ntnu.edu.tw/en/index.html>)

## 2) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

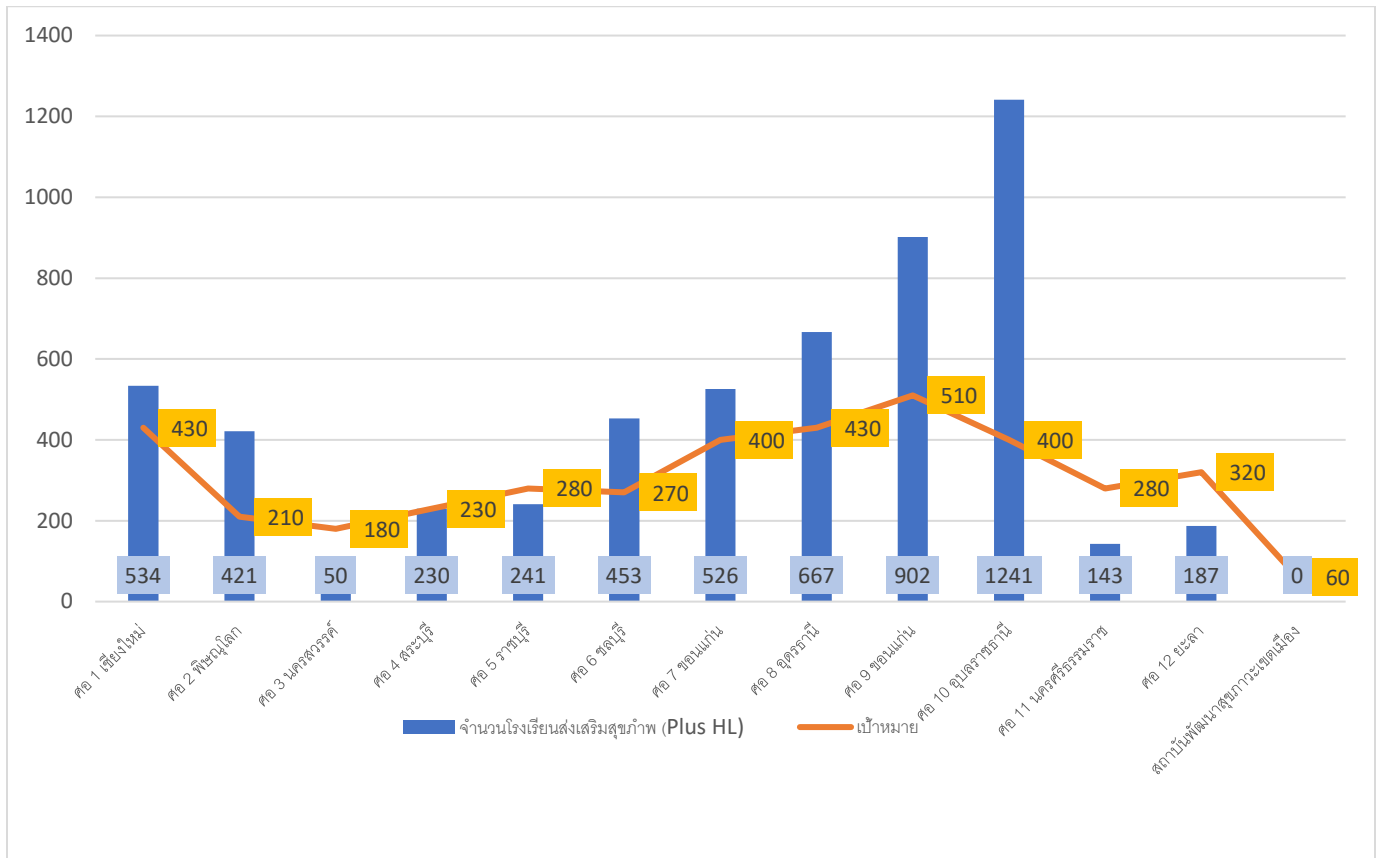
กรมอนามัย ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพควบคู่กับการศึกษาตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยผลการประเมินรับรองด้านกระบวนการ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทอง เงินและทองแดง และด้านผลลัพธ์สุขภาพ เป็นการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เงิน ทองแดง รวมร้อยละ 90 และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ร้อยละ 3 และจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพบ GAP ในประเด็นสำคัญ คือ การดำเนินงานที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์สุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักเรียน เนื่องจากกระบวนการเป็นการขับเคลื่อนเน้นกลไกเชิงระบบแต่ไม่ไปสู่ตัวนักเรียน การดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องดำเนินงานควบคู่ ทั้งในด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะประเด็นและการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเป็นสำคัญ โดยมี (Trends) แนวโน้ม ผลการดำเนินงาน ดังนี้

ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Plus HL) หรือโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS)

| ผลการดำเนินงานมีโรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการ (แห่ง) |         |   |          |   |            |                 |            |                 |            |
|--|---------|---|----------|---|------------|-----------------|------------|-----------------|------------|
| ปีงบประมาณ 2561                                  |         | ปีงบประมาณ 2562   |          | ปีงบประมาณ 2563   |            | ปีงบประมาณ 2564 |            | ปีงบประมาณ 2565 |            |
| เป้าหมาย   | ผลงาน   | เป้าหมาย  | ผลงาน    | เป้าหมาย  | ผลงาน      | เป้าหมาย        | ผลงาน      | เป้าหมาย        | ผลงาน      |
| 36 แห่ง  | 30 แห่ง | 300 แห่ง  | 342 แห่ง | 3,000 แห่ง  | 2,598 แห่ง | 4,000 แห่ง      | 2,286 แห่ง | 4,000 แห่ง      | 5,595 แห่ง |
| หมายเหตุ :<br>กำหนด<br>เป้าหมายศอ.<br>ละ 3 แห่ง  |         | หมายเหตุ :<br>กำหนด<br>เป้าหมายเขต<br>พื้นที่<br>การศึกษาละ<br>1 แห่ง |          | หมายเหตุ :<br>กำหนด<br>เป้าหมาย ร้อย<br>ละ 10 ของ<br>โรงเรียนทั่ว<br>ประเทศ |            |                 |            |                 |            |

### 3) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย 4,000 แห่ง มีผลการดำเนินงาน 5,316 แห่ง



### 4) ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

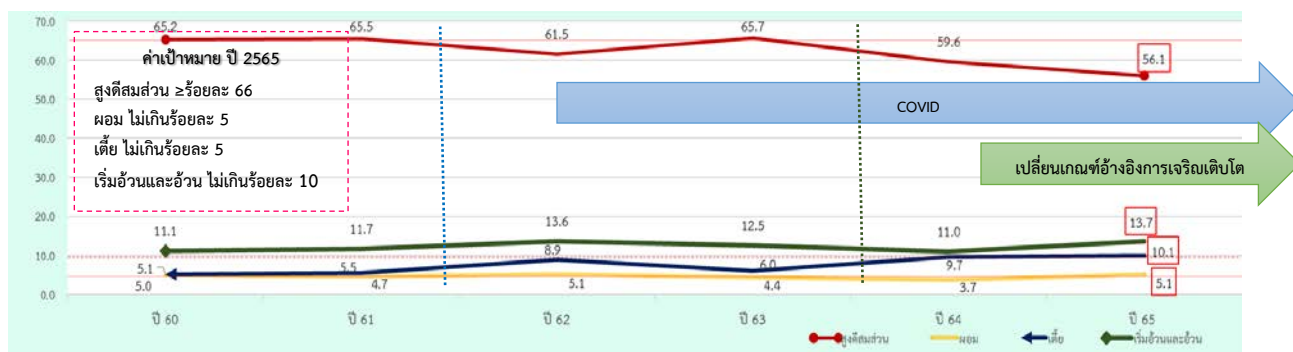
#### สถานการณ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

จากรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 (Survey of Health Literacy and Desired Health Behaviors in School-aged Children, 2019) พบว่า เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ร้อยละ 59.1 เพศหญิงสูงดีสมส่วน ร้อยละ 67.7 มากกว่าเพศชายที่สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54.1 สมส่วน ร้อยละ 65.7 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.1 ผอม ร้อยละ 5.6 เตี้ย ร้อยละ 3.6 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป ร้อยละ 91.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ร้อยละ 57.9 ( $\bar{X} = 27.84$ ) จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 39.9 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 52.6 ด้านการโต้ตอบ ชักถามอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.2 และด้านการตัดสินใจระดับพอใช้ ร้อยละ 34.4 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (3 ด้าน ทันทสุขภาพ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย) เพียงร้อยละ 0.1 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ด้านทันทสุขภาพ ร้อยละ 21.7 พฤติกรรมสุขภาพที่

พึงประสงค์ด้านทันตสุขภาพ ที่เด็กวัยเรียนปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (ร้อยละ 53.5) แปรงฟันนาน 2 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 56.5) แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวันทุกวัน (ก่อนนอนทุกวันและตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน/หลังอาหารกลางวันทุกวัน) (ร้อยละ 61.3) และใช้ยาสีฟัน ที่มีฟลูออไรด์(ร้อยละ 84.2) ส่วนการกินอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ไม่ดื่มน้ำอัดลม (ร้อยละ 26.3) ไม่กินลูกอม (ร้อยละ 52.6) ไม่กินหรือกินขนมกรุบกรอบหรือกิน 1 – 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 62.9) และไม่ดื่มน้ำหรือ ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุง แต่งรส หรือดื่มน้ำ 1 - 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 77.8) ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 12.3 พบว่า ร้อยละ 95 ของเด็กวัยเรียนทำกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยหรือหอบ ทำกิจกรรมทางกาย ทุกวัน ร้อยละ 34.0 และใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกายนาน 60 นาที ขึ้นไป/วัน มีเพียง ร้อยละ 21.7 ส่วนด้านการบริโภคอาหาร พบว่า มีเด็กวัยเรียนเพียงร้อยละ 6.1 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ โดย กินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 53.3 กินผัก ร้อยละ 85.1 โดยกินปริมาณ 4 ซ้อน กินข้าวขึ้นไป/มื้อ ร้อยละ 40.9กินเนื้อสัตว์ 2 – 3 ซ้อนกินข้าว/มื้อ ร้อยละ 38.4 กินผลไม้ 1 มื้อขึ้นไป/วัน ร้อยละ 82.0 กินไข่ 1 ฟอง ร้อยละ 81.5 ดื่มนมและรสจืดหรือนมพร่อง/ขาดมันเนยที่บ้าน 1 แก้วขึ้นไป ร้อยละ 62.0 นอกจากนี้พบว่าเติมเครื่องปรุงรสเวลากินอาหาร ร้อยละ 71.3 โดยประมาณครึ่งหนึ่ง ปรุงด้วยน้ำตาล (ร้อยละ 50.4) และน้ำปลา (ร้อยละ 47.2)

## สถานการณ์ด้านโภชนาการ

### ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปีสูงตีสมส่วน ผอม เตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2560 – 2565



หมายเหตุ\* : ข้อมูลปี 60 – 64 HDC ภาคเรียนที่ 1 และ ข้อมูลปี 65 ภาคเรียนที่ 1 จำนวนซึ่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง 3,358,283 คน ข้อมูล ณ 27 ก.ค.65

จากการวิเคราะห์ พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปี ในปี 2560-2561 สูงตีสมส่วน มีค่าผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมายคั้งที่ คือ ร้อยละ 65.2 และร้อยละ 65.5 ตามลำดับ มีค่าในปี 2562 ค่าผลลัพธ์เป้าหมายลดลงอยู่ที่ ร้อยละ 61.5 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มเกิดการระบาดของโควิด -19 โรงเรียนเริ่มมีการปิดการเรียนการสอนให้นักเรียนเริ่มเรียน Online ในปี 2563 มีค่าผลลัพธ์กลับมาใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 65.7 ในปี 2564 มีการเปลี่ยนเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ค่าผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 59.1 ปี 2565 ค่าผลลัพธ์คือ ร้อยละ 56.1

เริ่มอ้วนและอ้วน มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมายคั้งที่ ตั้งแต่ ปี 2560 – 2565 คือ ร้อยละ 11.1, 11.7, 13.6, 12.5, 11.0 และ 13.7 ตามลำดับ และในปี 2564 มีการเปลี่ยนเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตค่าผลลัพธ์ยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 11.0

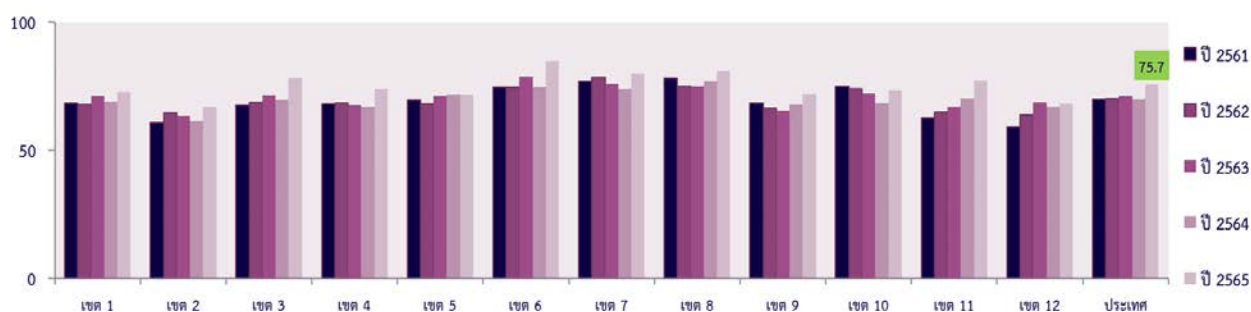


เตี้ย มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ ปี 2560 – 2565 โดยปี 2560 มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมายต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 5.1 และในปี 2565 หลังจากมีการเปลี่ยนเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตในปี 2564 มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย สูงที่สุด คือ ร้อยละ 10.1

ผอม มีค่าผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ ในปี 2560 2561 2563 2564 คือ ร้อยละ 5.0, 4.7, 4.4 และ 3.7 ตามลำดับ และมีเพียง ปี 2562 ค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 5.1 และ ปี 2565 หลังจากมีการเปลี่ยนเกณฑ์ อ้างอิงการเจริญเติบโตในปี 2564 คือ ร้อยละ 5.1

### สถานการณ์ด้านทันตสุขภาพ

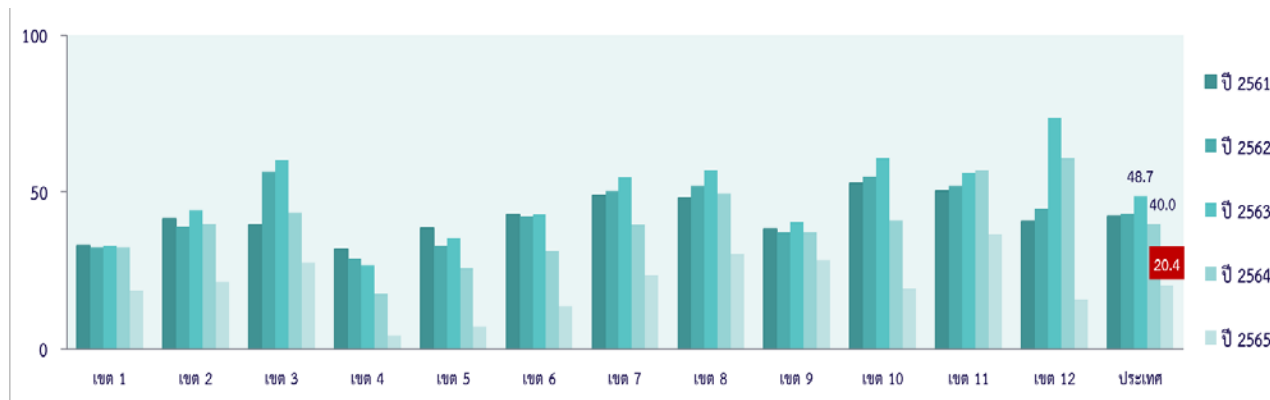
#### ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565



ที่มา : รายงานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ก.ค. 65

จากสถานการณ์ของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) พบว่า ในปี 2561-2565 ภาพรวมของประเทศมีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย ส่วนในปี 2564 มีค่าผลลัพธ์ เท่ากับค่าเป้าหมาย เพราะมีการแพร่ระบาดของโควิด -19 ค่อนข้างรุนแรงทำให้นักเรียนไม่สามารถได้รับการตรวจคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพฟันได้ดีเท่าที่ควร

#### ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการวางแผนรักษา แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565

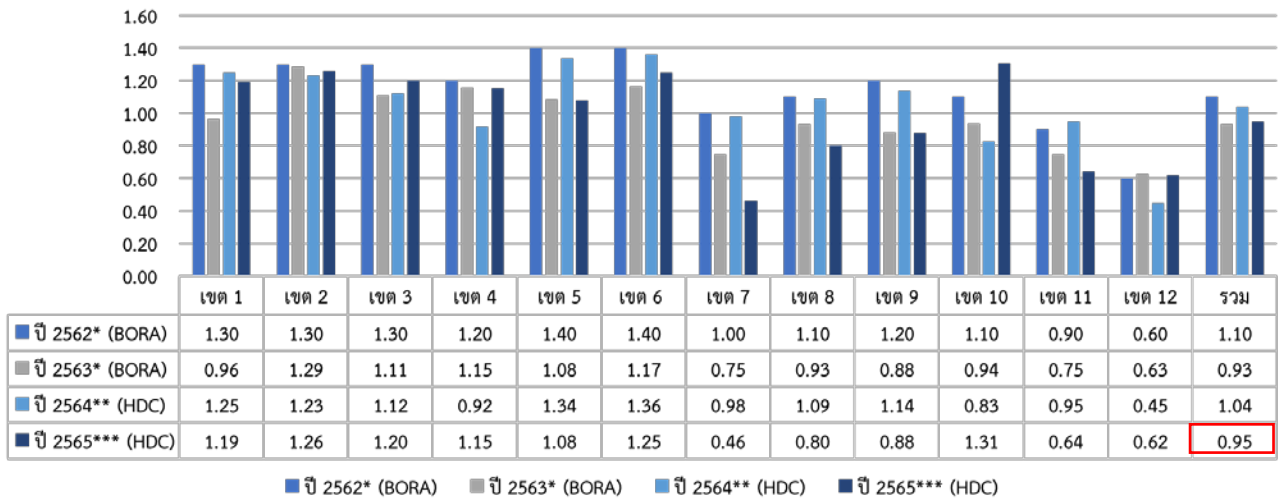


ที่มา : รายงานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ก.ค. 65

สถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการวางแผนรักษา มีค่าเป้าหมายร้อยละ 50 ซึ่ง ในปี 2561 ถึง 2563 มีค่าใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย ในปี 2564 มีการระบาดของโควิด ทำให้นักเรียนไม่สามารถได้รับการตรวจคัดกรองและวางแผนการรักษาได้ ในปี 2565 ค่าเป้าหมายลดลงมากกว่าครึ่งของค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 20.4

### สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

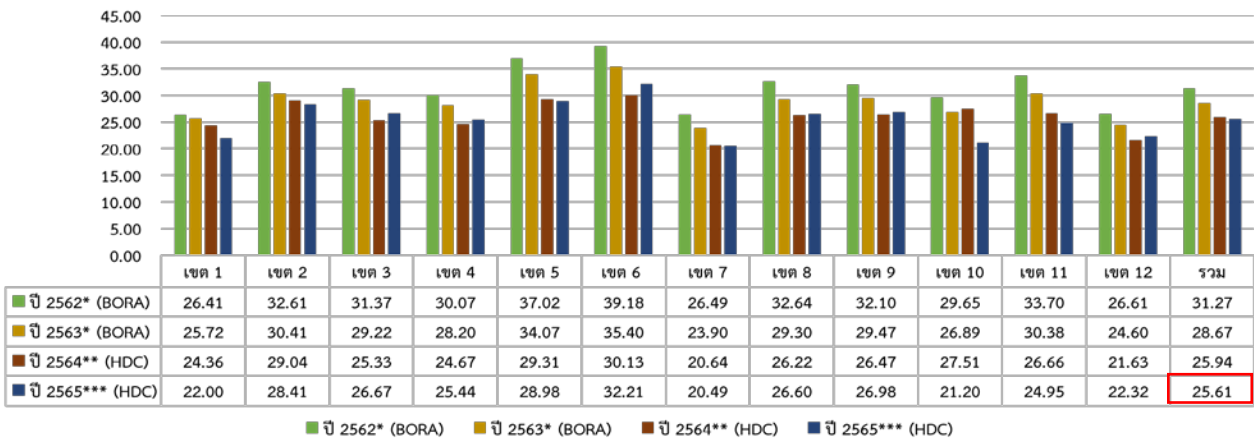
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คน รายเขตสุขภาพ ปี 2562-2565



\* ข้อมูล ปี 2560-2563 จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง  
 \*\* ข้อมูล ปี 2564 จากระบบ HDC ไตรมาส 4 Freeze ณ 16 พฤศจิกายน 2564  
 \*\*\* ข้อมูล ปี 2565 จากระบบ HDC Freeze ณ 16 กรกฎาคม 2565 คำนวณเพิ่มเติมโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

จากสถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คน ปี 2562-2565 พบว่า ค่าเป้าหมายที่ < 0.9 ต่อพันประชากรหญิง ในปี 2562-2565 มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย

### อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2562-2565



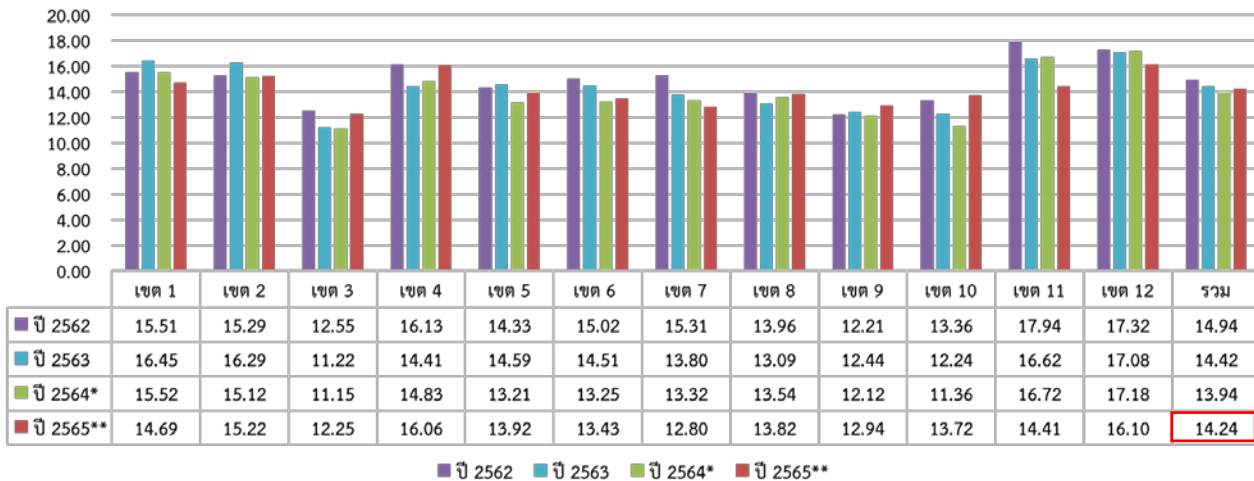
\* ข้อมูล ปี 2560-2563 จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง

\*\* ข้อมูล ปี 2564 จากระบบ HDC ไตรมาส 4 Freeze ณ 16 พฤศจิกายน 2564

\*\*\* ข้อมูล ปี 2565 จากระบบ HDC Freeze ณ 16 กรกฎาคม 2565 คำนวณเพิ่มเติมโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2562-2565 พบว่ามีค่าเป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 25 ต่อพันประชากร ในปี 2562- 2565 มีแนวโน้มต่ำกว่าอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย โดยในปี 2565 มีค่าผลลัพธ์ คือ ร้อยละ 25.61 ต่อพันประชากร

### ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2562-2565



แหล่งข้อมูล

: ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

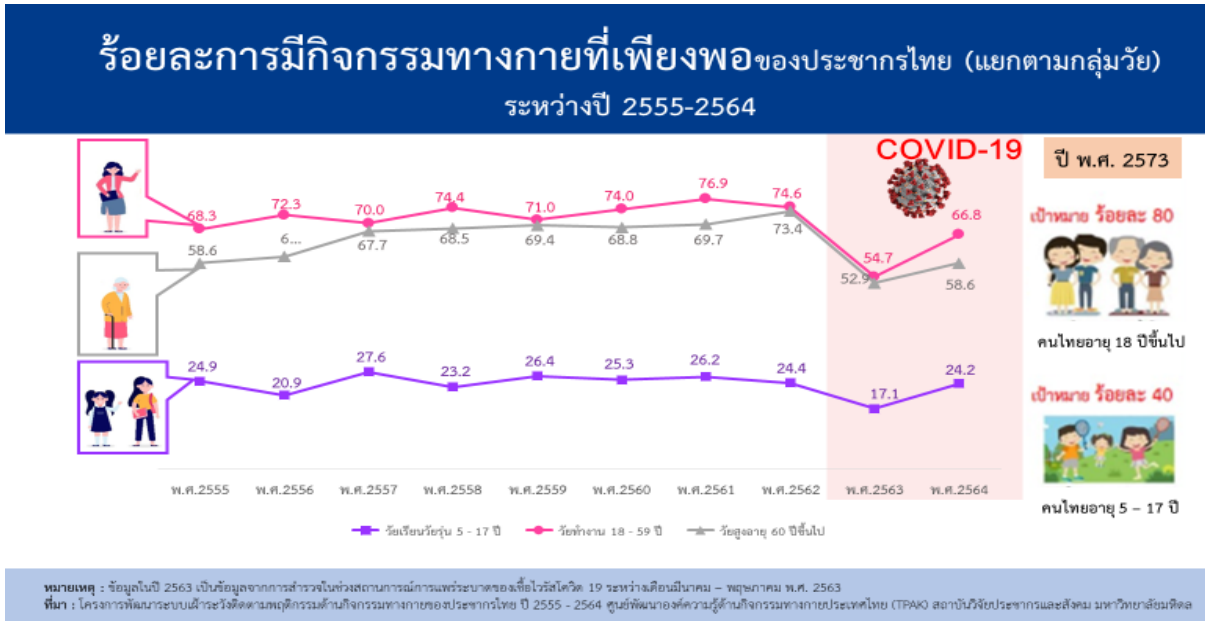
\* ข้อมูลจากระบบ Health Data Center พ.ศ. 2564 ไตรมาส 4 ณ 16 พฤศจิกายน 2564

\*\* ข้อมูลจากระบบ Health Data Center พ.ศ. 2565 Freeze ณ 16 พฤษภาคม 2565

ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2562-2565 พบว่ายังดำเนินการได้ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย (< 13 ต่อพันประชากรหญิง ) ปี 2565 มีค่าผลลัพธ์เพิ่มขึ้นจากปี 2564 คือ ร้อยละ 14.24

สถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย

ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย (แยกตามกลุ่มวัย) ระหว่างปี 2555-2564



กิจกรรมทางกายที่เพียงพอของเด็กอายุ 5-17 ปี พบว่า ในปี 2560 - 2562 ยังคงมีค่าผลลัพธ์ของกิจกรรมทางกายไม่ถึงค่าเป้าหมายคงที่ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 40) เนื่องจากปัจจุบันเด็กมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จึงยังทำให้มีการขยับร่างกายไม่เพียงพอ ต่อมาในปี 2563 เริ่มมีกิจกรรมทางกายค่าเป้าหมายลดลงมากกว่าเดิม คือ ร้อยละ 17.1 ในปี 2565 ค่าเป้าหมายกลับมาเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 24.2 เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด ทำให้เด็กสามารถออกไปทำกิจกรรมในที่แจ้งได้มากขึ้น