

รายการข้อมูลนำเข้าตัวชี้วัดที่ 3.8 ร้อยละของเด็กไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

เนื่องจากตัวชี้วัดร้อยละของเด็กไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินงานเฉพาะหน่วยงาน (Cluster วยเรียน วยรุ่น กรมอนามัย) ซึ่งมีการในเด็กนักเรียนในช่วงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โดยนักเรียนต้องเข้ามาประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยระบบออนไลน์ ภายใต้เงื่อนไข เมื่อโรงเรียนต้องผ่านการประเมินรับรองด้านกระบวนการแล้วเท่านั้น จึงไม่มีหน่วยงานใดในระดับประเทศ และต่างประเทศ ในดำเนินงานเรื่องนี้ในกลุ่มเป้าหมายในลักษณะเดียวกันจึงไม่สามารถ Comparisons

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ให้ความหมายของ **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถและทักษะ ของนักเรียนในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทบทวนซักถาม จนเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับ ตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถสื่อสารบอกต่อให้กับผู้อื่นได้ใน ระดับดีมาก โดยครอบคลุมประเด็นการบริโภค อาหาร ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลใด ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความ น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ 2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย ระบุ เปรียบเทียบ หรือแปลความหมายเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ พิจารณา ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปใช้ 3. การทบทวน ซักถาม หมายถึง หมายถึงความสามารถในการตั้งคำถาม โต้ตอบ อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ 4. การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและ เชื่อถือ ได้มาใช้เป็นทางเลือกที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ความสามารถ ในการประยุกต์การเรียนรู้ เพื่อ เปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง 6. การบอกต่อ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร ข้อมูลหรือประสบการณ์จากการ เปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การนำเสนอโครงการ สุขภาพ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน (Super Hero NuPETHS) หมายถึง นักเรียนประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพด้วยระบบออนไลน์ ภายใต้เงื่อนไขเมื่อโรงเรียน ต้องผ่านการประเมินรับรองด้านกระบวนการแล้วเท่านั้น

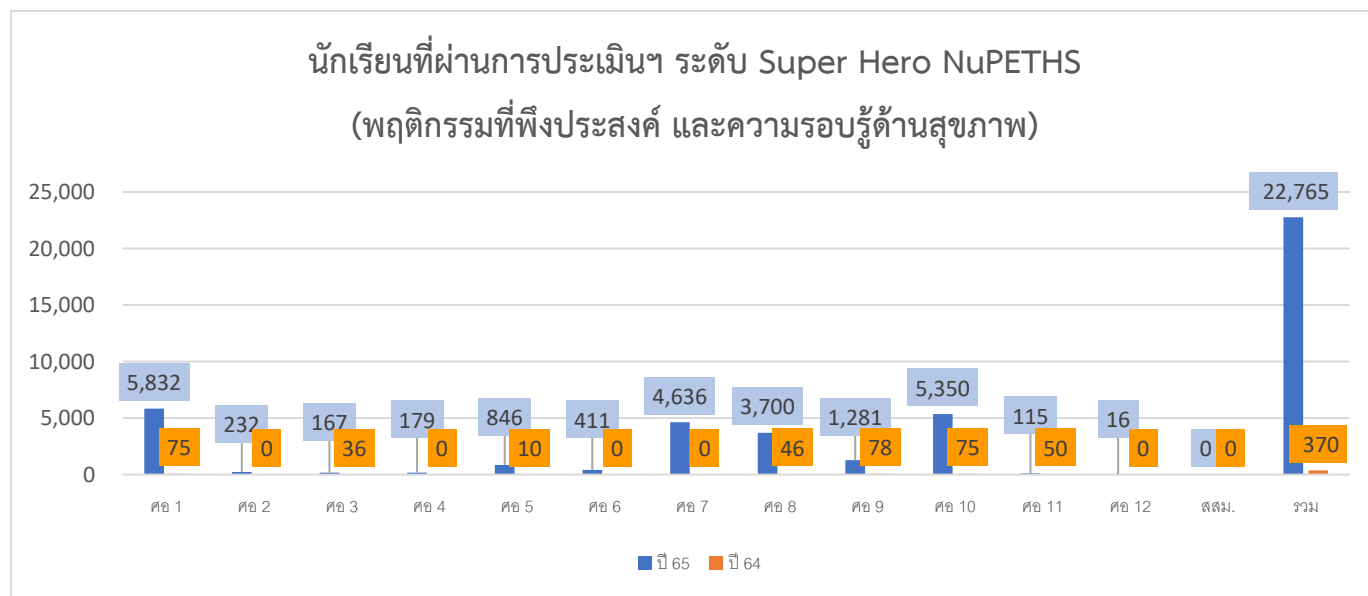
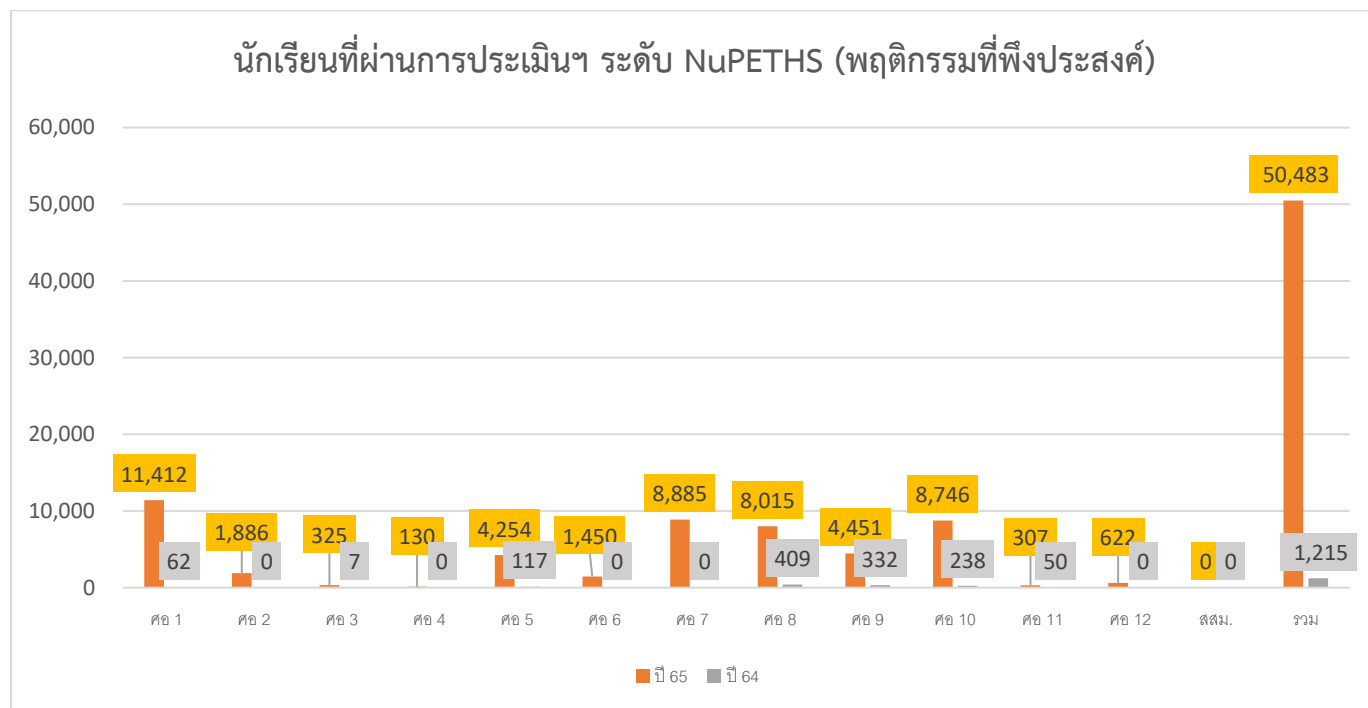
2) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

กรมอนามัย ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพควบคู่กับการศึกษา ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งนโยบายเร่งด่วนในการผลักดันให้การ ทำงานเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองไทยให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS) ขึ้น เพื่อให้ครูบุคลากรในโรงเรียน นักวิชาการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนหรือเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องนำ แนวทางไปใช้ในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้ 4 องค์ประกอบ 12 ตัวบ่งชี้ ด้วยการจัดระบบการบริหารจัดการให้ทุกคนในโรงเรียนสื่อสารดูแลสุขภาพของตนเอง รู้จัก ค้นหาข้อมูล ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ นำ ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและบอกต่อสื่อสารผู้อื่นได้ เพื่อสร้างสังคมรอบรู้สุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งผู้ที่จะนำ แนวทางไปใช้ควรศึกษาข้อมูลในแนวทางอย่างละเอียด ทั้งนี้แนวทางการดำเนินงานสามารถปรับตามบริบทและสภาพแวดล้อมของโรงเรียนนั้นๆ

ผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (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 : กำหนดเป้าหมาย ศอ.ละ 3 แห่ง		หมายเหตุ : กำหนดเป้าหมายเขตพื้นที่การศึกษา ละ 1 แห่ง		หมายเหตุ : กำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 10 ของโรงเรียนทั่วประเทศ					

ร้อยละของนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

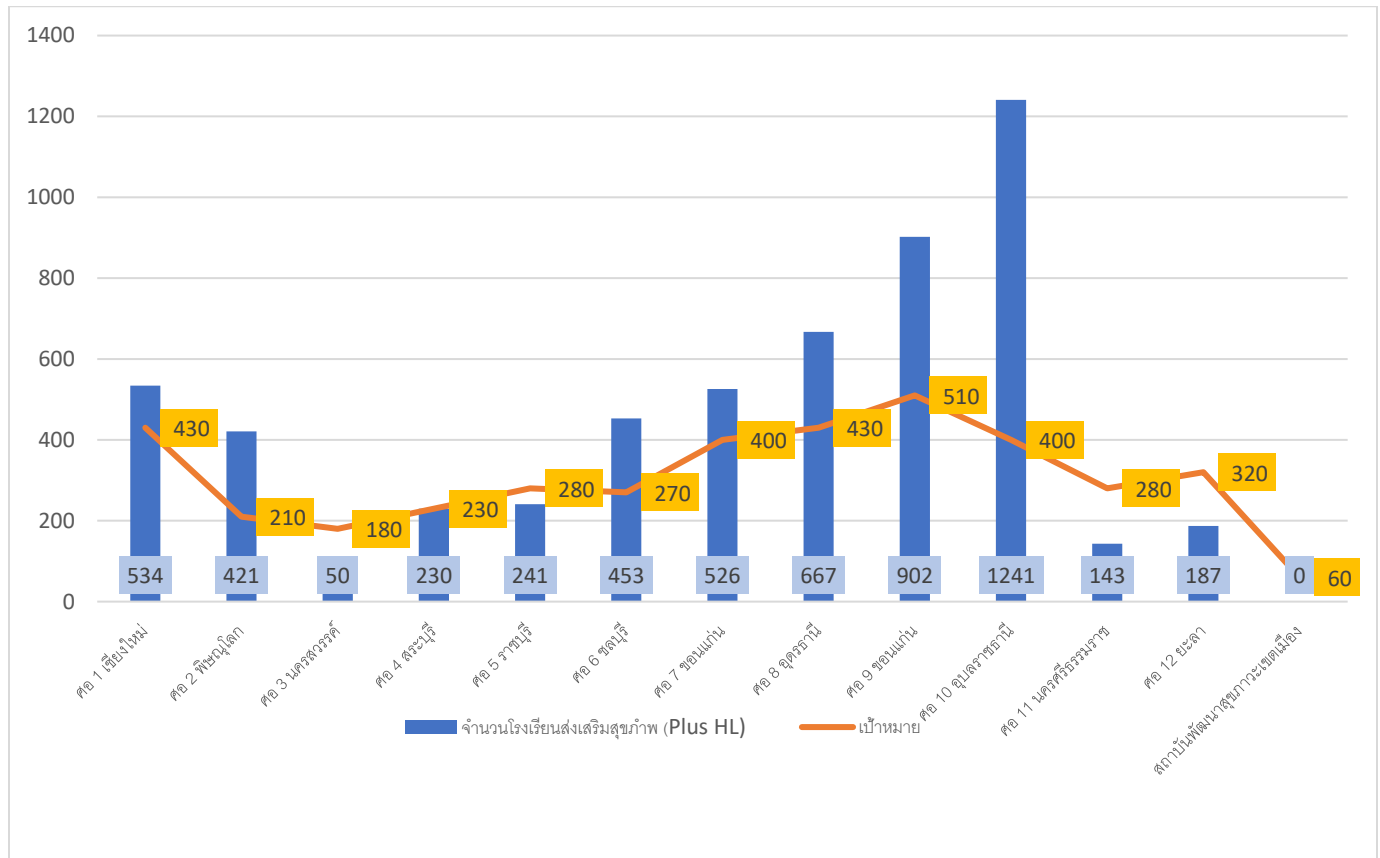


จำแนกตามศูนย์อนามัย

คอ	ปี 65							ปี 64						
	นร. ทั้งหมด	นร. ทำ แบบวัด ฯ	%	นร. ที่ผ่านการ ประเมินฯ ระดับ NuPETHS (พฤติกรรมที่พึง ประสงค์)	%	นร. ที่ผ่าน การประเมิน ฯ ระดับ Super Hero NuPETHS (พฤติกรรมที่ พึงประสงค์ และความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ)	%	นร. ทั้งหมด	นร. ทำ แบบ วัดฯ	%	นร. ที่ผ่านการ ประเมินฯ ระดับ NuPETHS (พฤติกรรมที่พึง ประสงค์)	%	นร. ที่ผ่าน การประเมิน ฯ ระดับ Super Hero NuPETHS (พฤติกรรมที่ พึงประสงค์ และความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ)	%
1	24,273	17,935	73.89	11,412	63.63	5,832	32.52	152	137	90.13	62	45.26	75	54.74
2	3,408	2,321	68.10	1,886	81.26	232	10.00	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
3	797	512	64.24	325	63.48	167	32.62	63	43	68.25	7	16.28	36	83.72
4	519	311	59.92	130	41.80	179	57.56	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
5	8,507	5,504	64.70	4,254	77.29	846	15.37	223	134	60.09	117	87.31	10	7.46
6	2,838	1,949	68.68	1,450	74.40	411	21.09	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
7	21,807	14,252	65.36	8,885	62.34	4,636	32.53	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	17,999	12,381	68.79	8,015	64.74	3,700	29.88	841	513	61.00	409	79.73	46	8.97
9	9,211	6,220	67.53	4,451	71.56	1,281	20.59	530	455	85.85	332	72.97	78	17.14
10	20,658	14,681	71.07	8,746	59.57	5,350	36.44	567	333	58.73	238	71.47	75	22.52
11	507	433	85.40	307	70.90	115	26.56	101	100	99.01	50	50.00	50	50.00
12	1,099	754	68.61	622	82.49	16	2.12	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
สสม.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	111,623	77,253	69.21	50,483	65.35	22,765	29.47	2477	1715	69.24	1215	70.85	370	21.57

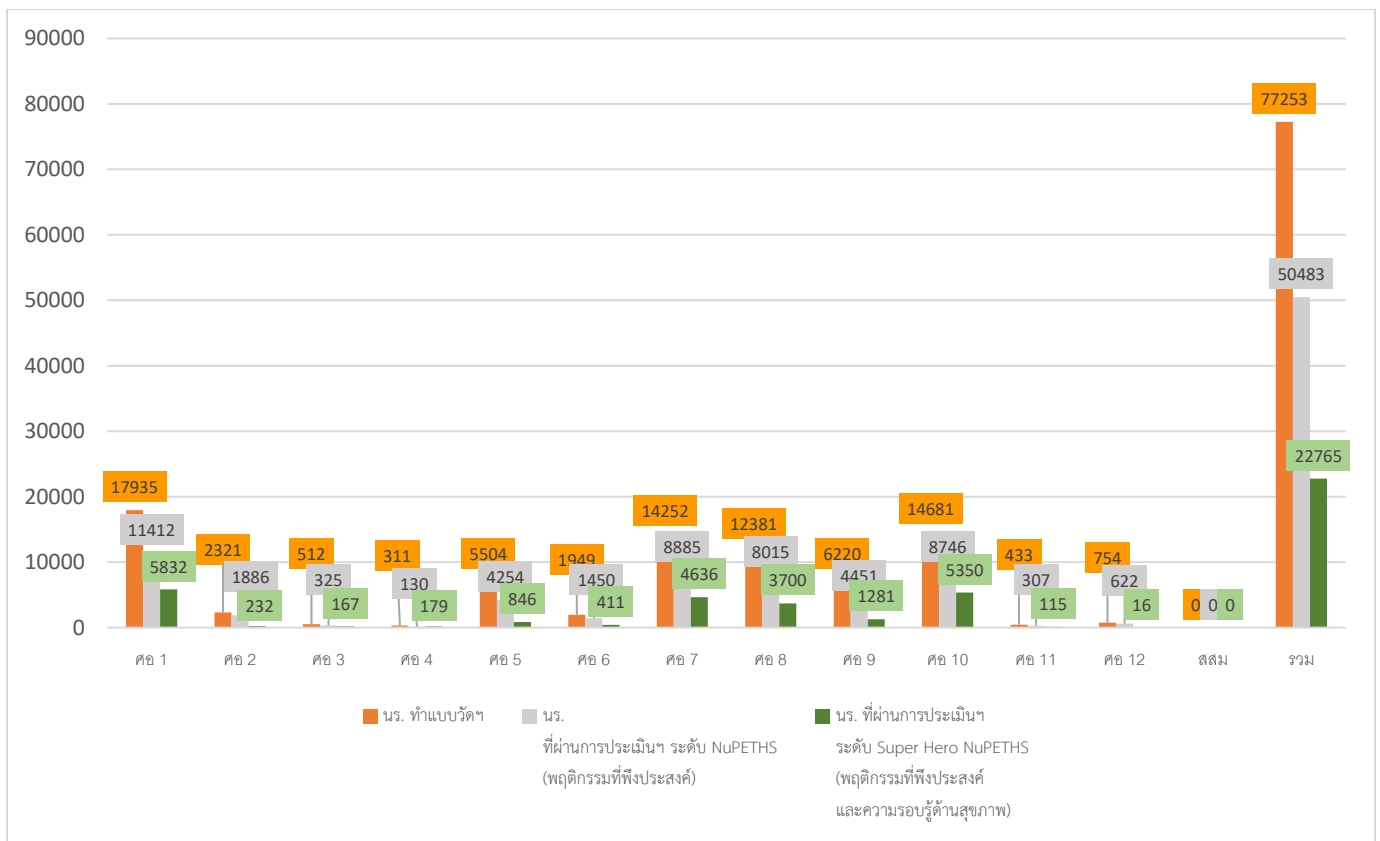
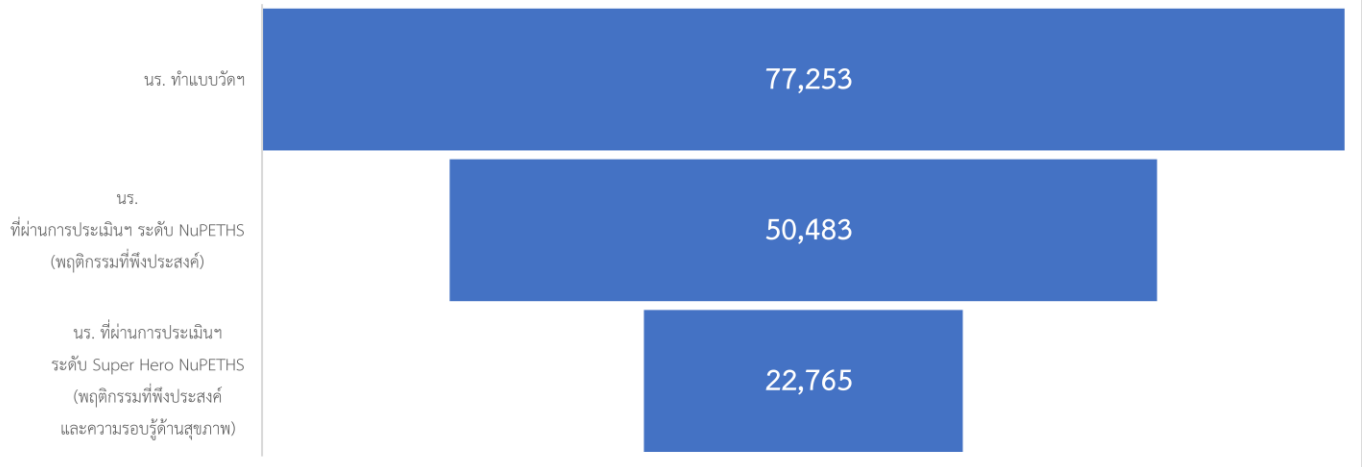
3) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

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



ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ร้อยละของเด็กไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กราฟแสดงภาพรวมนักเรียนที่เข้ามาประเมินในระบบออนไลน์ ปี 2565



คอ	นร. ทำแบบวัดฯ	นร. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับ NuPETHS (พฤติกรรมที่พึงประสงค์)	%	นร. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับ Super Hero NuPETHS (พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และความรอบรู้ ด้านสุขภาพ)	%
คอ 1	17,935	11,412	63.63	5,832	32.52
คอ 2	2,321	1,886	81.26	232	10.00
คอ 3	512	325	63.48	167	32.62
คอ 4	311	130	41.80	179	57.56
คอ 5	5,504	4,254	77.29	846	15.37
คอ 6	1,949	1,450	74.40	411	21.09
คอ 7	14,252	8,885	62.34	4,636	32.53
คอ 8	12,381	8,015	64.74	3,700	29.88
คอ 9	6,220	4,451	71.56	1,281	20.59
คอ 10	14,681	8,746	59.57	5,350	36.44
คอ 11	433	307	70.90	115	26.56
คอ 12	754	622	82.49	16	2.12
สสม	0	0	0	0	0
รวม	77,253	50,483	65.35	22,765	29.47

4) ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนักเรียน ผ่านโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ :

กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมกลุ่มพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมกองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สิงหาคม 2565

ตามแนวคิดของ Nutbeam อาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง (independence) และการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับประชาชนไม่ใช่เพียงแค่การส่งต่อข้อมูลความรู้เพียงอย่างเดียว (1) จากแนวคิดนี้ สำหรับประชากรในวัยเรียน จึงมีความสำคัญอย่างมากที่พวกเขาจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อขยับขึ้นสู่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และได้รับความรู้และทักษะมากขึ้นเพื่อใช้ในการพิจารณาสถานะสุขภาพของตนเอง ทราบ และสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ ซึ่งโรงเรียนหรือสถานศึกษาเข้ามามีบทบาทสำคัญในช่วงการพัฒนาของนักเรียนตรงจุดนี้

Peralta และ Rowling (2018) (2) ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยมีฐานคิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ของ Nutbeam(3) คณะวิจัยพบว่า ลักษณะของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบคล้ายกับองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใช้กับสถานพยาบาลที่เสนอโดย Institute of Medicine เมื่อปี 2012 (4) แต่จะแตกต่างกันในเชิงกรอบบทบาทภารกิจที่สถานพยาบาลจะเน้นที่ประเด็นสุขภาพ การบริการสุขภาพ และโรคต่าง ๆ ขณะที่โรงเรียนจะเน้นกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน

ลักษณะของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

Peralta และ Rowling (2018) ได้พัฒนารายการลักษณะของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Checklist) เพื่อให้ผู้บริหารครู และผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสอดคล้องกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของหลักสูตรสุขภาพศึกษาของประเทศหรือไม่(สอดคล้อง/ไม่สอดคล้อง)
2. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษาหรือไม่ (เปลี่ยน/ไม่เปลี่ยน)
3. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อปรัชญาการสอนหรือสภาพแวดล้อมของโรงเรียนหรือไม่ (เปลี่ยน/ไม่เปลี่ยน)
4. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดึงพ่อแม่ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
5. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลการเรียนหรือไม่(5) (มี/ไม่มี)
6. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาและทดสอบจากครูนักเรียน นักการศึกษา และนักวิจัยแล้วหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
7. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ให้โอกาสในการฝึกอบรม การสนับสนุนแหล่งทรัพยากรและเวลาแก่ครูผู้สอน เพื่อจัดการเรียนการสอนตามโปรแกรมฯ ได้อย่างครบถ้วนหรือไม่ (ไม่/ไม่ใช่)
8. ผู้บริหารองค์กรได้ผนวกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจโครงสร้าง และกระบวนการเรียนการสอนแล้วหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)

การที่จะให้โรงเรียนมีโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ตาม 8 ลักษณะข้างต้น โรงเรียนจำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุน ซึ่งคล้ายกับองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

- ผู้นำหรือนโยบายที่ผนวกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจโครงสร้าง และกระบวนการเรียนการสอน

- กระบวนการเรียนการสอนที่ผสมกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมคุณภาพของการเรียนการสอน ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการเรียนการสอนสุขภาพศึกษาในสหรัฐอเมริกา (6)
- กำลังคนได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและสามารถกำกับ ติดตามความก้าวหน้าได้
- กลุ่มเป้าหมาย (เช่น นักเรียน) มีส่วนร่วมในการออกแบบ นำไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลทั้งด้านผลลัพธ์สุขภาพ เนื้อหาการเรียนการสอน และกระบวนการเรียนการสอน
- เนื้อหาและทักษะที่นักเรียนได้รับ ตอบสนองความจำเป็นของนักเรียนอย่างเป็นธรรมชาติ

จากปัจจัยสนับสนุนข้างต้นจะพบว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (health promoting school) มีต้นทุนที่เหมาะสมที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเสริมไปประยุกต์ใช้เพื่อให้กระบวนการเรียนการสอนมี “ประสิทธิผล” มากขึ้น ส่งผลต่อเป้าหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (7)

St Leger (2001) (7) เสนอว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพควรคำนึงถึง 3 ปัจจัยเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน ได้แก่ วิถีปฏิบัติและหน้าที่ของโรงเรียน, ทักษะการสอนและกระบวนการเรียนการสอน, เวลาและแหล่งทรัพยากร

วิถีปฏิบัติและหน้าที่ของโรงเรียน

การส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณโรงเรียนจำเป็นต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอน โดยเปลี่ยนจากครูหรือโรงเรียนเป็นศูนย์กลาง เป็น การร่วมมือกับชุมชน(8) ให้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง และตระหนักถึงปัจจัยเชิงสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อระบบต่าง ๆ ในสังคมที่นักเรียนอยู่(9) โดยเสนอให้ปรับใน 3 ด้าน

1. รูปแบบการเรียนการสอนและรูปแบบการเรียนรู้
2. โครงสร้างภายในของโรงเรียน
3. การบริหารอำนาจระหว่างโรงเรียนและนักเรียน

โดยการปรับเปลี่ยนทั้ง 3 ด้าน จำเป็นต้องเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชนและให้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง

ทักษะการสอนและกระบวนการเรียนการสอน

การส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ ครูจำเป็นต้องเท่าทันประเด็นปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ระดับบุคคลความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ชุมชน และสังคม)(8) มีความรู้และทักษะในการสร้างทักษะทางสังคม และทราบว่ามีความรู้หรือองค์ความรู้ใดบ้างในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ ของนักเรียน(8) อย่างไรก็ตาม ครูส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอนในห้องเรียนเท่านั้น ดังนั้น ครูผู้สอนจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้สามารถจัดการกระบวนการเรียนการสอนที่ไม่จำกัดเพียงห้องเรียนเท่านั้น

เวลาและแหล่งทรัพยากร

WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion(10) ให้ข้อเสนอแนะว่า โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สามารถบรรลุผลลัพธ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพได้ แต่จำเป็นต้องอาศัยเวลา และใช้ทรัพยากรสนับสนุน ซึ่งการดำเนินการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาเป็นลักษณะโครงการเป็นส่วนใหญ่ ที่ขึ้นอยู่กับงบประมาณของโครงการ ทำให้การปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติและหน้าที่ และทักษะการสอน และกระบวนการสอนไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่

สรุป

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน ผ่านโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถต่อยอดจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้ การนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาไว้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่ม “ประสิทธิผล” และช่วยให้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพบรรลุเป้าหมายได้ดีขึ้น ทั้งนี้ จำเป็นต้องคำนึงถึงการปรับเปลี่ยน 3 ด้าน คือ วิถีปฏิบัติและหน้าที่ของโรงเรียน, ทักษะการสอนและกระบวนการเรียนการสอน, เวลาและแหล่งทรัพยากร

อ้างอิง

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
2. Peralta LR, Rowling L. Implementation of school health literacy in Australia: A systematic review. Health Education Journal. 2018;77(3):363-76.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine.2008;67(12):2072-8.
4. Brach C, Dreyer B, Schyve P, Hernandez LM, Baur C, Lemerise AJ, et al. Attributes of a health literate organization. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.
5. Kolbe LJ. School health as a strategy to improve both public health and education. Annual review of public health. 2019;40(1):443-63.
6. Videto DM, Dake JA. Promoting health literacy through defining and measuring quality school health education. Health promotion practice. 2019;20(6):824-33.
7. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. Health promotion international. 2001;16(2):197-205.
8. Auld ME, Allen MP, Hampton C, Montes JH, Sherry C, Mickalide AD, et al. Health literacy and health education in schools: collaboration for action. NAM perspectives. 2020;2020.
9. Clinical, Consortium TSA. Principles of Community Engagement. 2011.
10. Organization WH. The Status of School Health. 1996.

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพและประเทศตามทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและบริบทที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงวัย 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง 3. สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเรื่องอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสำเร็จของการดำเนินงานสาธารณสุขในประเทศ 4. สร้างองค์ความรู้บนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนและการปฏิบัติที่ถูกต้องและแม่นยำ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2562 โดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกรมอนามัย ร่วมด้วยศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ตัวอย่างของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 17,530 คน เป็นชาย 6,779 คน (ร้อยละ 38.67) และหญิง 10,751 คน (ร้อยละ 61.33)

ผลการสำรวจแบ่งเป็น 5 ส่วน 1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามช่วงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพ ภาพรวม และปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและเศรษฐกิจ สิทธิและสวัสดิการรักษา 2) ร้อยละของประชากรไทย จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพ ภาพรวม และปัจจัยส่วนบุคคลสังคมและเศรษฐกิจ สิทธิและสวัสดิการรักษา และปัจจัยด้านสุขภาพ 3) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อข้อคำถาม จำแนกตามมิติระบบสุขภาพ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพ ภาพรวม 4) ร้อยละของประชากรไทย จำแนกตามข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตัวเลือก และ 5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสรุปดังนี้

1. คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม
2. คนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
3. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุด พบที่
 - ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (75.81 คะแนน) รองลงมาช่วง 46-59 ปี (86.41คะแนน)
 - ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (66.45 คะแนน) รองลงมา ประถมศึกษา (79.70 คะแนน) และมัธยมศึกษาตอนต้น (90.88 คะแนน)
 - ผู้มีรายได้ขาดสน (80.85 คะแนน) รองลงมา พอใช้บางเดือน (88.17 คะแนน)
 - ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชน (87.91 คะแนน เปรียบเทียบกับมีบทบาท 92.85 คะแนน)
 - ผู้ที่เคยตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรค (84.19 คะแนน) รองลงมาไม่เคยตรวจ (88.86 คะแนน) และเคยตรวจใน 1 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่พบโรค (92.06 คะแนน)
 - ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งใดเลย (81.27 คะแนน) รองลงมาได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (89.63 คะแนน) และโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงตามสาย/หอกระจายเสียง (90.26 คะแนน)
4. สัดส่วนคนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
 - กลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 39.80) รองลงมา อายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 21.74)

- กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 64.68) รองลงมาประถมศึกษา (ร้อยละ 31.04)
 - กลุ่มผู้มีรายได้ชัดเจน (ร้อยละ 3.6.00) รองลงมา พอใช้บางเดือน (ร้อยละ 19.33)
 - กลุ่มผู้ที่ไม่มียาเสพติดในชุมชน (ร้อยละ 20.68) เปรียบเทียบกับมียาเสพติด 10.91)
 - กลุ่มผู้ที่เคยตรวจและพบโรค (ร้อยละ 25.43)
 - กลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งใดเลย (ร้อยละ 28.86) รองลงมาจากโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงตามสาย/หอกระจายเสียง (ร้อยละ 17.81) และจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน (ร้อยละ 17.34)
5. มิติระบบสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถาม 2.41 คะแนน) รองลงมาบริการสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถาม 2.46 คะแนน)
6. ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ การเข้าถึง (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถาม 2.08 คะแนน) รองลงมาการทบทวน-ซักถาม (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถาม 2.58 คะแนน)
7. ข้อคำถามที่มีสัดส่วนคนตอบว่ายาก -ยากมาก มากที่สุด คือ
- การเข้าถึง-ค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับการบริการหรือผลิตภัณฑ์ หรือเครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ (ร้อยละ 22.6)
 - การเข้าใจ-เข้าใจคำอธิบายของบริการหรือผลิตภัณฑ์ หรือเครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ (ร้อยละ 27.4)
 - การทบทวน-ซักถาม-ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการบริการหรือผลิตภัณฑ์ จากอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 53.9)
 - การตัดสินใจ-ปฏิบัติตามข้อมูลการเกิดเหตุฉุกเฉินได้อย่างมั่นใจ (ร้อยละ 19.3)
 - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม-ค้นคว้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย จากแหล่งที่เชื่อถือได้ และรู้ว่าจะสามารถร้องเรียนได้ที่ใด (ร้อยละ 27.9)
8. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย
- อายุ 60 ปี ขึ้นไป
 - อ่านไม่ได้
 - เขียนไม่คล่อง
 - ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - ไม่มียาเสพติดในชุมชน
 - ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก
 - มีปัญหาทางการได้ยิน

ข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจ

- หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาคการศึกษา สังคมและสุขภาพควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอแก่บุคลากรในหน่วยงาน ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่ทำงานด้านความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การสำรวจฯ นี้แสดงให้เห็นว่า คนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้
- การส่งเสริมให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอหรือสามารถมีส่วนร่วมและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพและบริการต่างๆ ได้อย่างง่ายเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวตลอดช่วงชีวิตนั้น ควรพิจารณายุทธศาสตร์ 2 ลักษณะ อันได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่มุ่งสร้างความรู้ แรงจูงใจและทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึง เข้าใจ ชักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเพียงพอด้วยตนเอง โดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆ และการชักถาม และยุทธศาสตร์มุ่งลดความซับซ้อนของระบบบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม โดยเฉพาะในมิติผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพและการบริการสุขภาพและออกแบบให้ระบบช่วยเหลือหนุน อำนวยความสะดวกและเพิ่มอำนาจให้กับพลเมืองในการพึ่งตนเองให้มากที่สุดหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ระบบบริการต่างๆ ควรเป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- หน่วยงานด้านการศึกษาคควรฝึกทักษะการอ่านและเขียนข้อมูลความรู้สุขภาพให้นักเรียนเพื่อเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพ โดยเฉพาะในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เผยแพร่ในอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก เนื่องจากการสำรวจฯ นี้แสดงให้เห็นว่า คนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาสมิที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่องและการไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊กมีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด รองจากการไม่ได้เรียนหนังสือ
- หน่วยงานด้านการศึกษา สังคมและสุขภาพควรออกแบบระบบการบริการให้มีความซับซ้อนน้อยลง โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ อย่างน้อยให้ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมาสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและบริการได้อย่างง่าย เนื่องจากการสำรวจฯ แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา
- ควรกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่มชมรมในชุมชน เนื่องจากการสำรวจฯ นี้พบว่า ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคนที่ไม่ได้มีบทบาท ขณะที่การไม่มีบทบาทในชุมชนสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
- หน่วยงานทุกระดับควรพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประชาสัมพันธ์ช่องทาง อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลายและมีความน่าเชื่อถือใกล้ชุมชนของตนเอง

- ควรปรับหลักสูตรและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาคการศึกษา สังคมและสุขภาพเพื่อสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและทำหน้าที่เปรียบเสมือนผู้ช่วยหรือสนับสนุนในกระบวนการตัดสินใจมากกว่าที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทน เช่น การสื่อสารด้วยภาษาที่เรียบง่าย การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจอย่างรอบด้านและเพียงพอ การสอบถามความเข้าใจ การกระตุ้นให้ซักถามคลายความสงสัยอย่างเป็นมิตร เป็นต้น

รายงานผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาข้อมูลจาก การศึกษารูปแบบการส่งเสริม “สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” เด็กวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 6 มาทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในเขตสุขภาพที่ 6 ในเด็ก อายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลำดับขั้น (Multi-Stage Cluster Sampling) โดยมีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นหน่วยตัวอย่างที่หนึ่ง สุ่มได้ทั้งสิ้น 3 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือก โรงเรียนในแต่ละสังกัดเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และสุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน เป็นหน่วย ตัวอย่างขั้นที่สาม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 1,518 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามสุขภาพะพฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และใช้การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนเป็นเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย ร้อยละ 58.3 มีอายุในช่วง 6-9 ปี ร้อยละ 46.8 และ 10-14 ปี ร้อยละ 53.2 เรียนในโรงเรียนที่สังกัด สพฐ. ร้อยละ 40.2 เอกชน ร้อยละ 30.8 อปท. ร้อยละ 20.8 และสังกัด ทชด. ร้อยละ 8.2 นักเรียนส่วนใหญ่มีแม่และพ่ออาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.2 นักเรียนไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.6 แต่พบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากถึงร้อยละ 62.3 โดยพบว่ามีฟันผุ ร้อยละ 85.7 นักเรียนมีการได้ยินปกติร้อยละ 100 การมองเห็นปกติร้อยละ 97.9 นักเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 23 และกินเป็นประจำ เพียงร้อยละ 37.5 พบนักเรียนมีภาวะซีด ร้อยละ 22.8 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า เพศ อายุ ของนักเรียนสังกัดของโรงเรียน การกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การศึกษาแม่ รายได้พอ การกินผลไม้ทุกวัน กินปลาสดอาทิตย์ละอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ กินกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 8 ทักพีทุกวัน กินผัก วันละ 4 ทักพี ทุกวัน ดื่มนมรสจืดวันละ 3 แก้ว/กล่อง ทุกวัน การดูโทรทัศน์มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน การออกกำลังกาย/เล่น กีฬาอย่างน้อยครั้งละครึ่งชั่วโมง การช่วยทำงานบ้านและจำนวนเวลาที่ใช้ในการนอน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

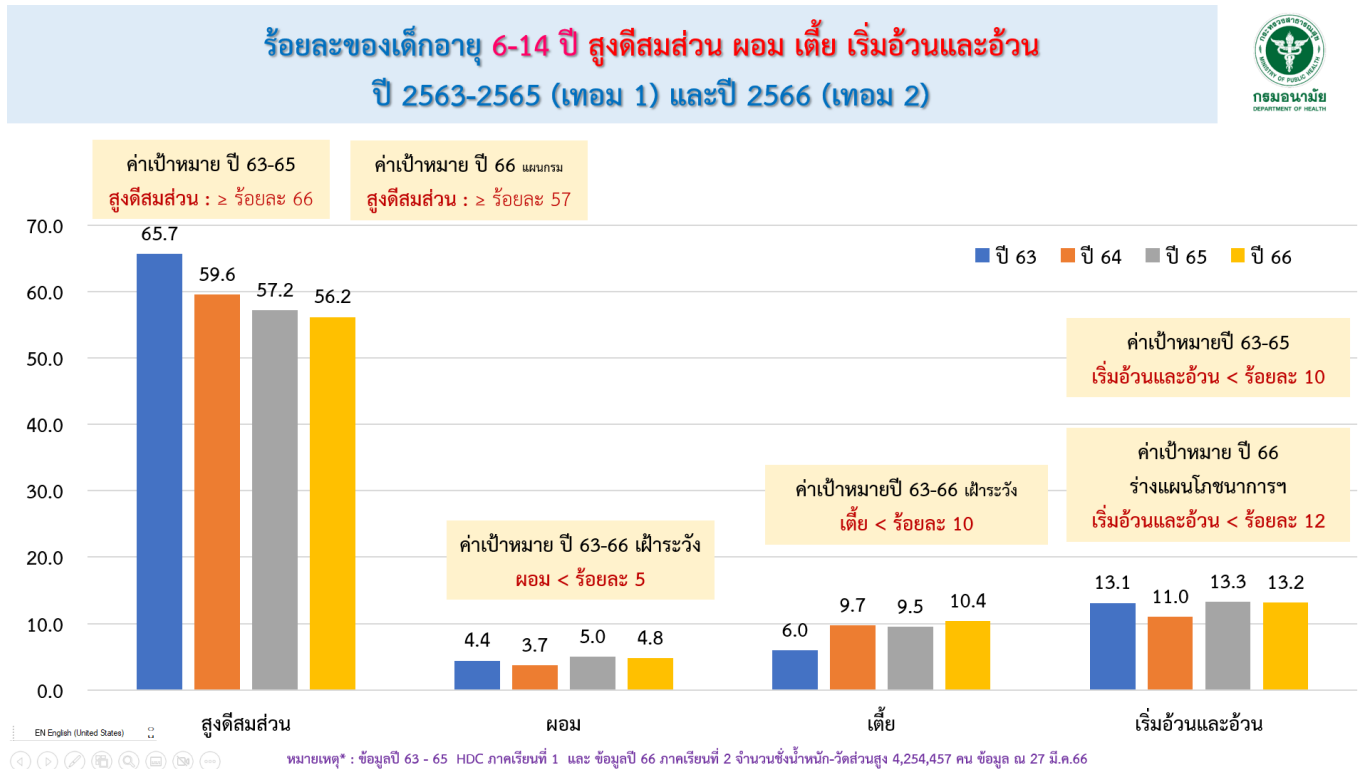
จากรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 (Survey of Health Literacy and Desired Health Behaviors in School-aged Children, 2019) พบว่า เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ร้อยละ 59.1 เพศหญิงสูงดีสมส่วน ร้อยละ 67.7 มากกว่าเพศชายที่สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54.1 สมส่วน ร้อยละ 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 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านทันทสุขภาพ ที่เด็กวัยเรียนปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ แปร่งฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที (ร้อยละ 53.5) แปร่งฟันนาน 2 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 56.5) แปร่งฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวันทุกวัน (ก่อนนอนทุกวันและตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน/หลังอาหารกลางวันทุกวัน) (ร้อยละ 61.3) และใช้ยาสีฟัน ที่มีฟลูออไรด์(ร้อยละ 84.2) ส่วนการกินอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ไม่ดื่มน้ำอัดลม (ร้อยละ 26.3) ไม่กินลูกอม (ร้อยละ 52.6) ไม่กินหรือกินขนมถุงกรอบหรือกิน 1 – 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 62.9) และไม่ดื่มหรือ ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน นมปรุง แต่งรส หรือดื่ม 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 ช้อน กินข้าวขึ้นไป/มื้อ ร้อยละ 40.9กินเนื้อสัตว์ 2 – 3 ช้อนกินข้าว/มื้อ ร้อยละ 38.4 กินผลไม้ 1 มื้อขึ้นไป/วัน ร้อยละ 82.0 กินไข่ 1 ฟอง ร้อยละ 81.5 ดื่มนมและรสจัดหรือนมพร้อม/ขาดมันเนยที่บ้าน 1 แก้วขึ้นไป ร้อยละ 62.0 นอกจากนี้พบว่าเติมเครื่องปรุงรสเวลากินอาหาร ร้อยละ 71.3 โดยประมาณครึ่งหนึ่ง ปรุงด้วยน้ำตาล (ร้อยละ 50.4) และน้ำปลา (ร้อยละ 47.2)

ด้านสถานการณ์ภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

สถานการณ์ด้านโภชนาการ

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมีส่วน ผอม เตี้ย เริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2560 – 2565 (เทอม 1) และ ปี 2566 (เทอม 2)



จากการวิเคราะห์ พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2563-2565 (เทอม 1) และปี 2566 (เทอม 2) สูงตีสมีส่วน ในปี 2563 มีค่าผลลัพธ์กลับมาใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 65.7 ส่วนปี 2564 มีการเปลี่ยนแปลงเชิงอัตราการเจริญเติบโต ค่าผลลัพธ์นั้นจึงมีค่าที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 59.6 ปี 2565 (เทอม 1) ค่าผลลัพธ์คือ ร้อยละ 57.2 ส่วนปี 2566 (เทอม 2) ได้มีการปรับค่าเป้าหมายให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5-19 ปีโดยมีค่าเป้าหมายสูงตีสมีส่วน เป็นร้อยละ 57 และผลลัพธ์ของสูงตีสมีส่วนที่ได้นั้นมีค่าที่ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 56.2

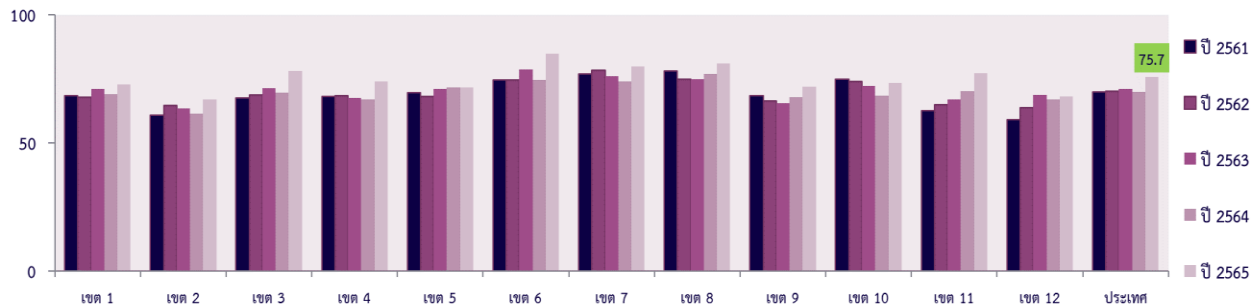
ผอม มีค่าผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ ปี 2563-2565 (เทอม 1) และปี 2566 (เทอม 2) คือ ร้อยละ 4.4, 3.7, 5.0 และ 4.8 ตามลำดับ

เตี้ย มีค่าผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ 2563-2565 (เทอม 1) คือ ร้อยละ 6.0, 9.7, 9.5 ส่วนปี 2566 (เทอม 2) นั้นมีค่าผลลัพธ์ที่เกินเป้าหมาย คือ ร้อยละ 10.4

เริ่มอ้วนและอ้วน มีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมายตั้งแต่ ปี 2563 – 2565 (เทอม 1) คือ ร้อยละ 13.1, 12.0 และ 13.3 ตามลำดับ และปี 2566 (เทอม 2) มีผลลัพธ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 13.2

สถานการณ์ด้านทันตสุขภาพ

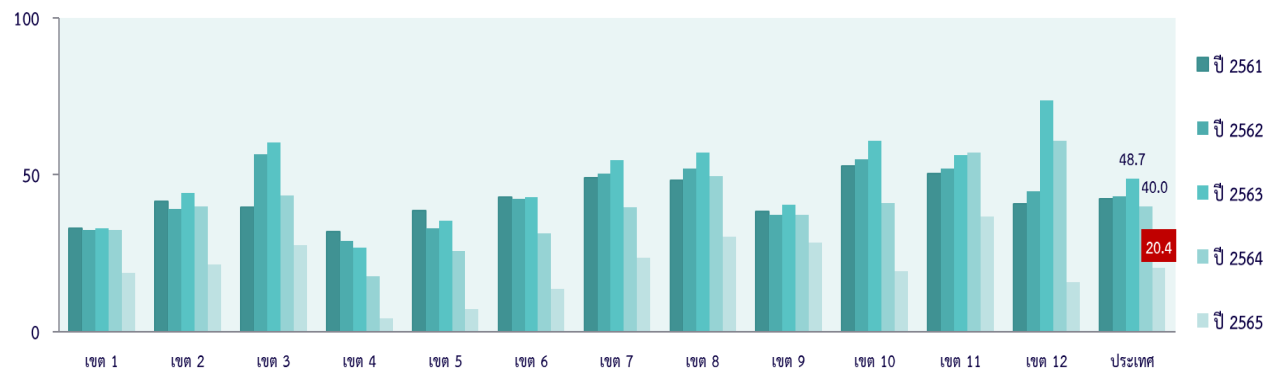
ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565



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

จากสถานการณ์ของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) พบว่า ในปี 2561-2565 ภาพรวมของประเทศไทย ค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย(ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 72) ส่วนในปี 2564 มีค่าผลลัพธ์ เท่ากับค่าเป้าหมาย เพราะมีการแพร่ระบาดของโควิด -19 ค่อนข้างรุนแรงทำให้นักเรียนไม่สามารถได้รับการตรวจคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพฟันได้ดีเท่าที่ควร

ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการวางแผนรักษา แยกรายเขตสุขภาพ ปี 2561-2565

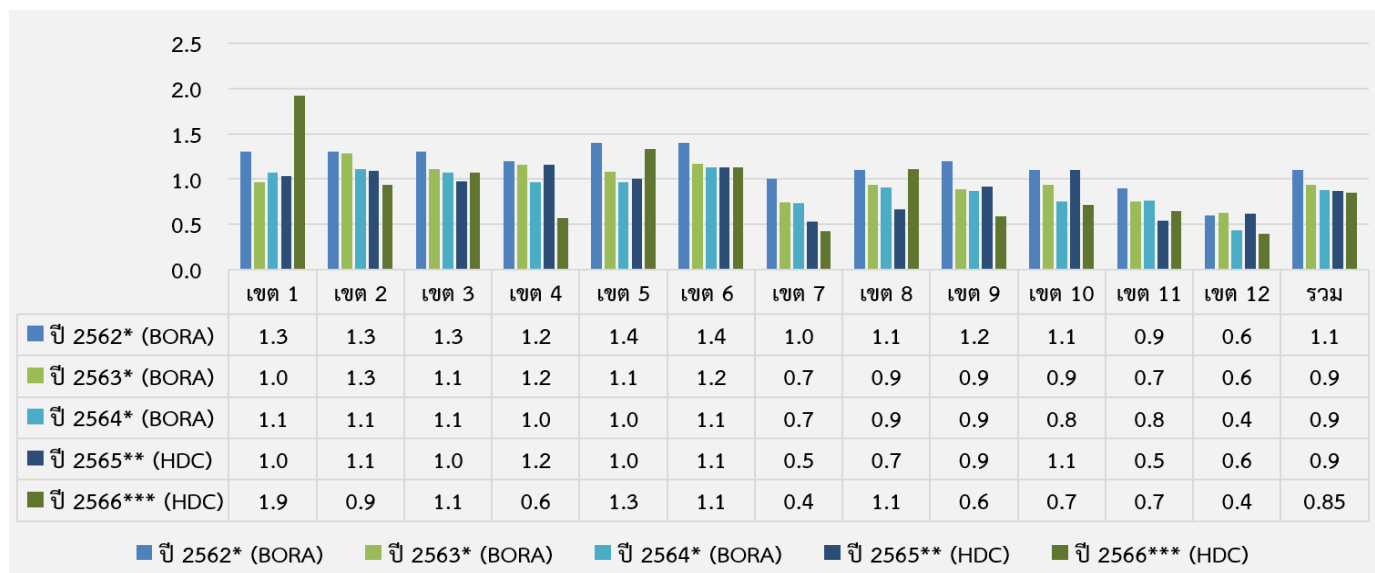
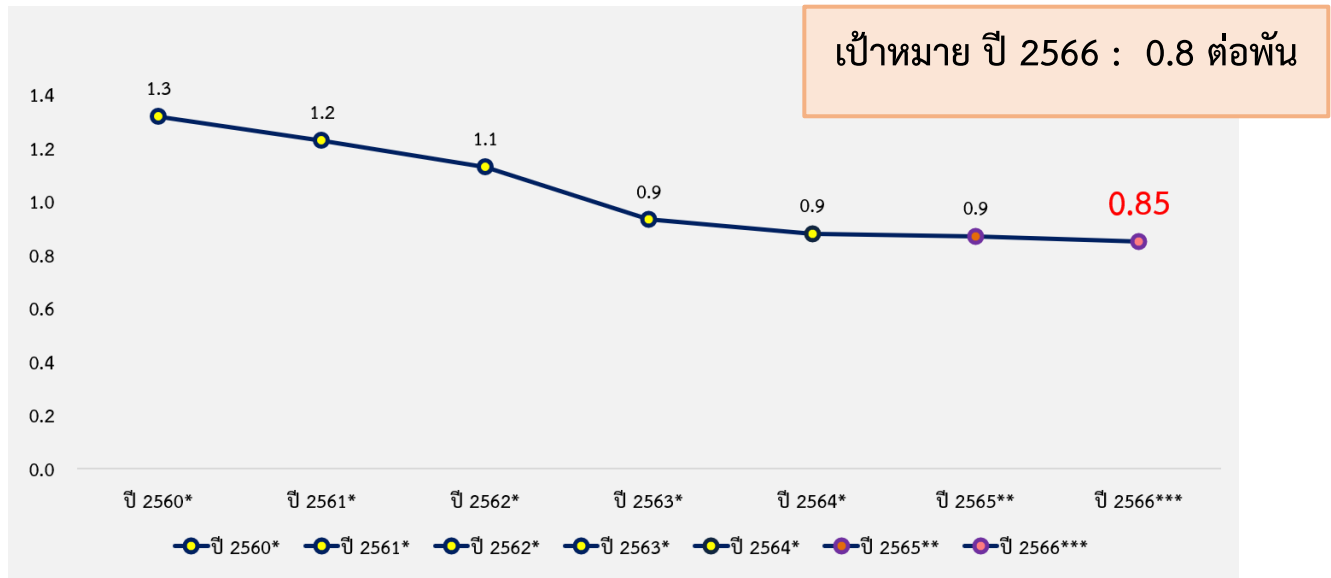


ที่มา : รายงานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 ก.ค. 65

สถานการณ์ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการวางแผนรักษา มีค่าเป้าหมาย ร้อยละ 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 2560-2566



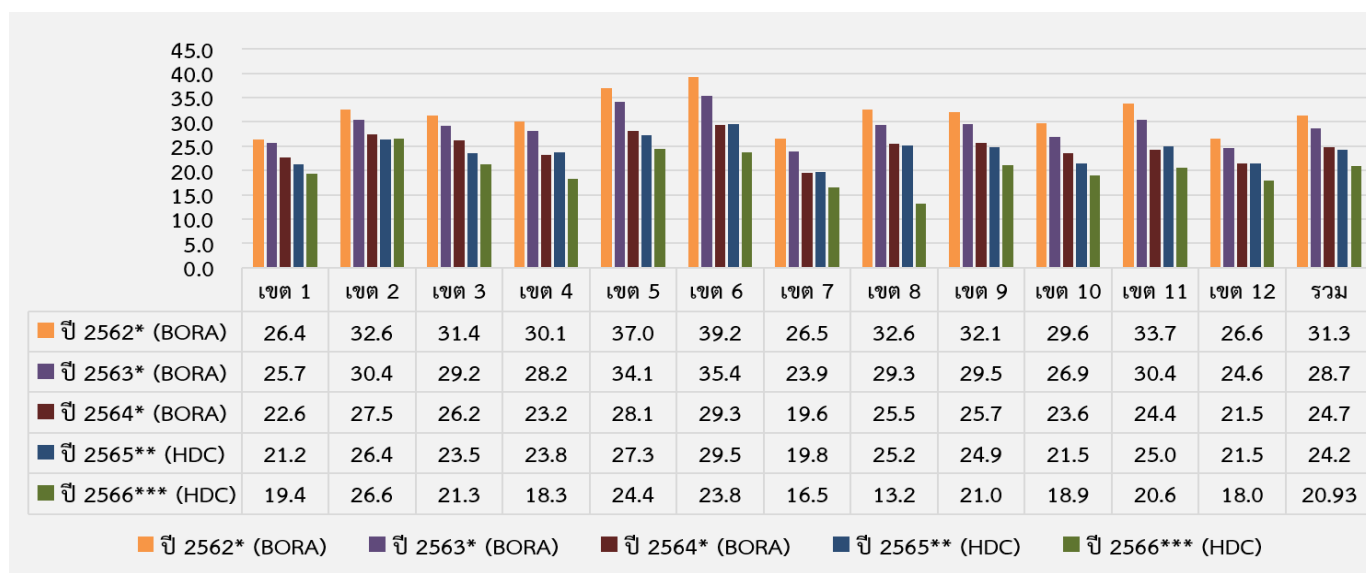
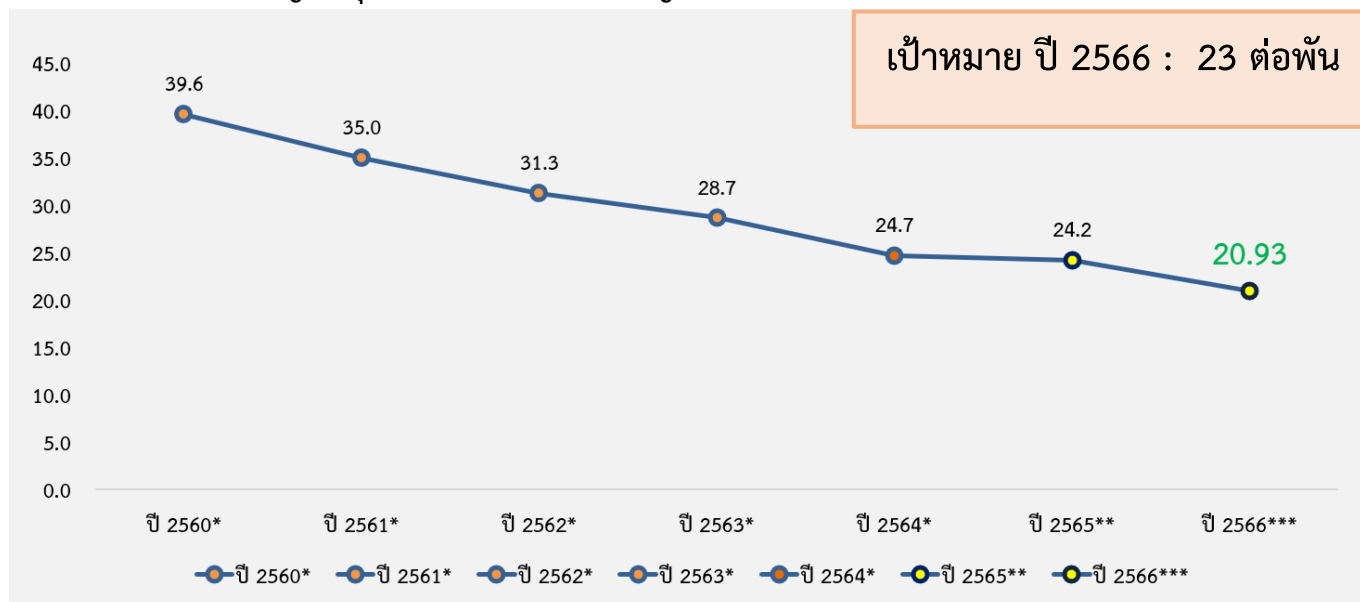
* ข้อมูล ปี 2560-2564 จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

** ข้อมูล ปี 2565 จากระบบ HDC ณ 18 พฤศจิกายน 2565 คำนวณเพิ่มเติมโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

*** ข้อมูล ปี 2566 ไตรมาส 1 จากระบบ HDC Freeze ณ 16 มีนาคม 2566

จากสถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คน ปี 2560-2566 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2566 มีค่าเป้าหมายที่ < 0.8 ต่อพันประชากรหญิง ซึ่งมีความผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือร้อยละ 0.85 ต่อพันประชากรหญิง

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2560-2566



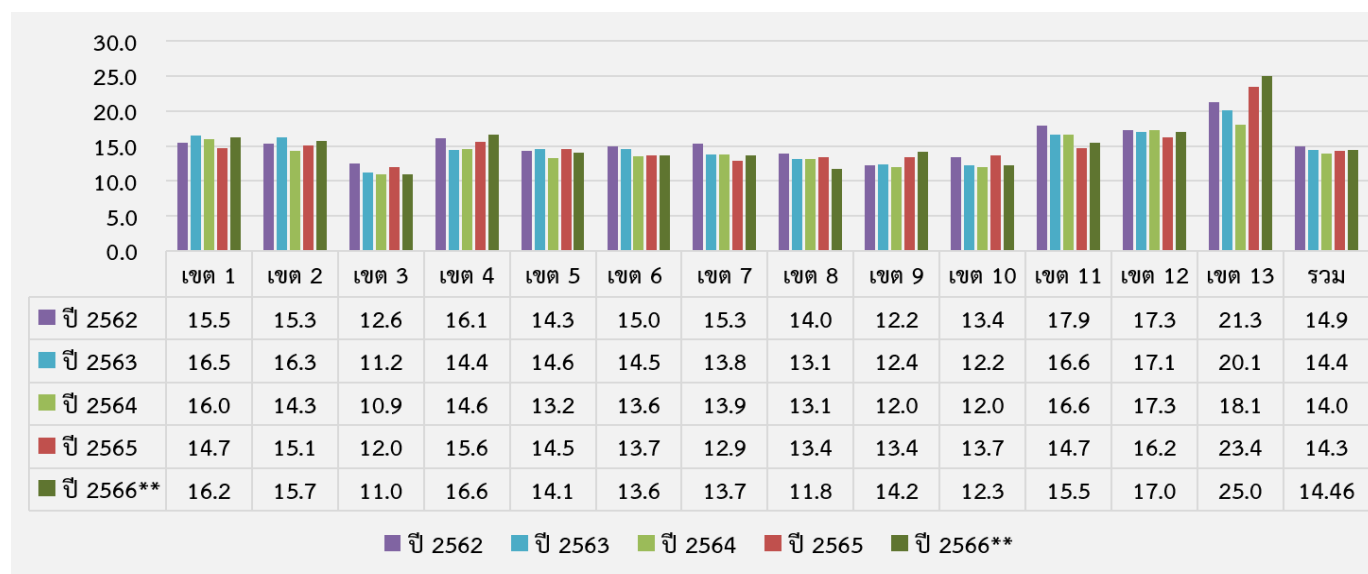
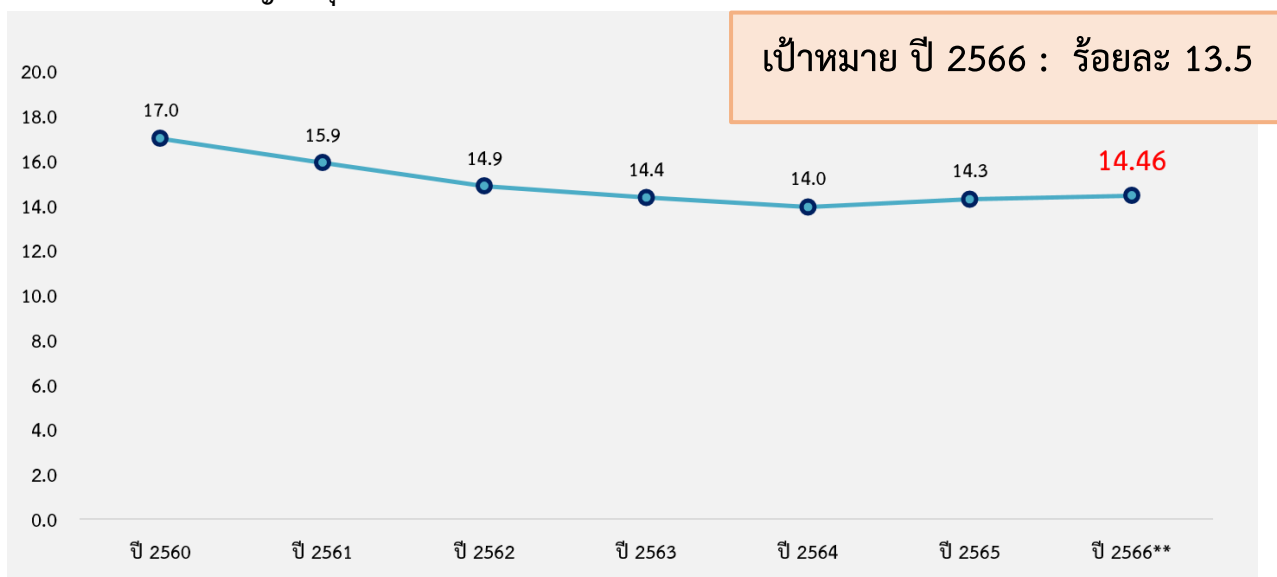
* ข้อมูล ปี 2560-2564 จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

** ข้อมูล ปี 2565 จากระบบ HDC ณ 18 พฤศจิกายน 2565 คำนวณเพิ่มเติมโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

*** ข้อมูล ปี 2566 ไตรมาส 1 จากระบบ HDC Freeze ณ 16 มีนาคม 2566

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2560-2566 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2566 มีค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 23 ต่อพัน ซึ่งมีค่าผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 25.61 ต่อพันประชากรหญิง

ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2560-2566



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 23 มีนาคม 2566)

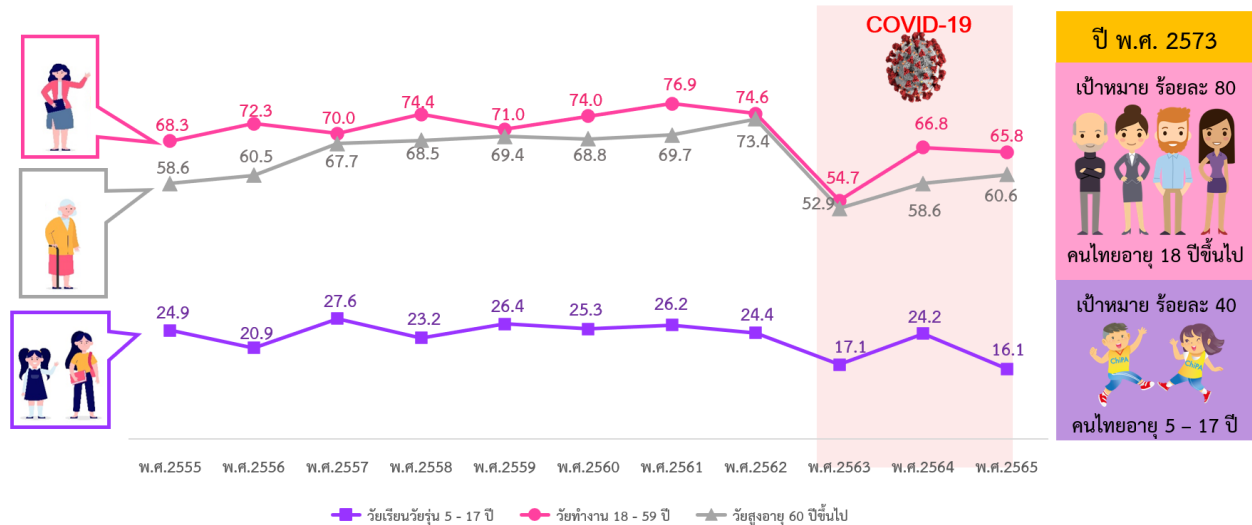
** ข้อมูลจากระบบ Health Data Center พ.ศ. 2566 Freeze ณ 16 มีนาคม 2566

ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2562-2565 พบว่ายังดำเนินการได้ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย (< 13.5 ต่อพันประชากรหญิง) ปี 2566 มีค่าผลลัพธ์เพิ่มขึ้นจากปี 2565 คือ ร้อยละ 14.46

สถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย

ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย (แยกตามกลุ่มวัย) ระหว่างปี 2555-2565

สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย (แยกตามกลุ่มวัย) ระหว่างปี 2555-2565



หมายเหตุ : ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ที่มา : โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2555 - 2565 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมทางกายที่เพียงพอของเด็กอายุ 5-17 ปี พบว่า ในปี 2560 - 2562 ยังคงมีค่าผลลัพธ์ของกิจกรรมทางกายไม่ถึงค่าเป้าหมายคงที่ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 40) เนื่องจากปัจจุบันเด็กมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จึงยังทำให้มีการขยับร่างกายไม่เพียงพอ ต่อมาในปี 2563 เริ่มมีกิจกรรมทางกายค่าเป้าหมายลดลงมากกว่าเดิม คือ ร้อยละ 17.1 ในปี 2564 ค่าเป้าหมายกลับมาเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 24.2 เนื่องจากการผ่อนคลายมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด ทำให้เด็กสามารถออกไปทำกิจกรรมในที่แจ้งได้มากขึ้น แต่ ปี 2565 นั้นปรากฏว่าผลลัพธ์ของกิจกรรมทางกายนั้นลดลงมาที่ ร้อยละ 16.1 เนื่องด้วยสภาพสังคมในปัจจุบันนี้ โลกโซเชียล ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นมากขึ้น จากที่เคยเดิมเครื่องมื ออุปกรณ์ อัตราค่าบริการต่างๆ นั้นมีราคาที่สูงทำให้มีกลุ่มผู้บริโภคเพียงบางกลุ่มที่สามารถเข้าถึงโลกโซเชียลได้ แต่เนื่องด้วย ณ ขณะนี้ทุกสิ่งเกี่ยวกับเทคโนโลยี ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์หรืออัตราค่าบริการมีแนวโน้มที่ถูกลงจึงทำให้มีกลุ่มผู้ใช้งานโลกโซเชียลเพิ่มขึ้น อาทิ การจัดเรียนการสอนในลักษณะออนไลน์ การใช้ชีวิตในลักษณะสังคมออนไลน์มากกว่าสังคมจริง ความสะดวกสบายของการซื้อสินค้าอุปโภค บริโภค ที่เป็นรูปแบบออนไลน์ จึงทำให้เด็กวัยเรียนวัยรุ่นนั้นมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง