

รายการข้อมูลนำเข้าตัวชี้วัดที่ 3.13

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี พันคน

1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1.1) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชน เป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่นานาชาติต้องการให้บรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 ประกอบด้วย สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565¹ พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรพันคน ในปี พ.ศ. 2560 และ 2564 ลดลงจาก 39.6 เหลือ 24.4 ตามลำดับ และผลการเฝ้าระวัง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2564² แสดงให้เห็นว่ามีแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 77 โดยมีแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.2 สาเหตุ 3 อันดับแรก คือ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ ตั้งใจ ร้อยละ 47.5 ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 28.8 และมีเพศสัมพันธ์ขณะมีเมินมา ร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่า สถานการณ์การคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีวัยรุ่นจำนวนมากต้องออกจากการศึกษาหรือไม่ได้เรียนในสถานศึกษาเดิม เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ รวมถึงกลุ่มแม่วัยรุ่นที่ต้อง อยู่บ้านเลี้ยงลูกและออกไปหางานทำหลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และรักษาโอกาสทางการศึกษาผ่านโครงการโรงเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หรือ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literate School : HLS) และยกระดับเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School) เป็นการ ยกระดับจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดเริ่มดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป ดำเนินการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกภายใต้มาตรฐานด้านกระบวนการ 10 องค์ประกอบ และด้านผลลัพธ์ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ นโยบายและทรัพยากร การขับเคลื่อนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 การมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนชุมชนและภาคประชาสังคม โรงเรียนคือองค์กรแห่งความสุข สิ่งแวดล้อมปลอดภัย โรงเรียนปลอดภัย อนามัยโรงเรียนสนับสนุนสุขภาพดี กระบวนการเรียนรู้สู่เด็กไทยรอบรู้ ด้านสุขภาพ โภชนาการดี อาหารปลอดภัย กิจกรรมทางกายเพียงพอและนอนหลับดี และบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในโรงเรียน และผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ สุขภาพของปากและฟัน สมรรถภาพทางกาย

¹ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=>

² สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2564. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/3331#wow-book/>

ที่สัมพันธ์ นักเรียนที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นกับสุขภาพเด็กไทย สุขภาพดี นักเรียนที่เจ็บป่วย บาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ที่ทำให้ต้องพักรักษาตัว และนักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

จากที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School) เริ่มดำเนินการเป็นปีแรก จึงไม่มีผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่สามารถเปรียบเทียบได้ แต่สามารถเปรียบเทียบในส่วนของรูปแบบการดำเนินงานกับนานาชาติได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย ประเทศไต้หวัน และประเทศสิงคโปร์

ประเทศไทย	ประเทศไต้หวัน	ประเทศสิงคโปร์
<p>- กรมอนามัย ได้ดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยพัฒนาศักยภาพโรงเรียนให้เป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541</p> <p>- เน้นดำเนินงานตามกระบวนการ 10 องค์ประกอบ โดยการบูรณาการจากหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน</p> <p>องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน</p> <p>องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน</p> <p>องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน</p> <p>องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย</p> <p>องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ</p>	<p>- ผลักดันเป็นนโยบายระดับนานาชาติ ด้านการดูแลสุขภาพนักเรียน (Health Promoting School International Center)</p> <p>- ปี พ.ศ. 2547 ลงนามใน "ปฏิญญาเรื่องการส่งเสริมโรงเรียน" โดยกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาธิการ ร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น ครู และกลุ่มผู้ปกครอง และมีแผนการส่งเสริมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 มาตรฐาน (21 ตัวชี้วัด และ 47 เกณฑ์การประเมิน)</p> <p>มาตรฐานที่ 1 นโยบายสุขภาพของโรงเรียน</p> <p>มาตรฐานที่ 2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน</p> <p>มาตรฐานที่ 3 สภาพแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน (วัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ)</p> <p>มาตรฐานที่ 4 ทักษะชีวิตที่ดี: การสอนและการปฏิบัติ</p> <p>มาตรฐานที่ 5 ความสัมพันธ์กับชุมชน</p> <p>มาตรฐานที่ 6 บริการสุขภาพ</p>	<p>- วางกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบด้วย 3 ด้าน</p> <p>ด้านที่ 1 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์กีฬา</p> <p>ด้านที่ 2 การแก้ไขปัญหาในนักเรียน โดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น โปรแกรมการจัดการน้ำหนักร และการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่</p> <p>ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทั้งผู้ปกครอง ครู และนักเรียนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ มีการวางกรอบในการดำเนินงานตามบริบทของแต่ละช่วงวัยด้วย ทำให้แนวทางการดำเนินงานมีความชัดเจนในแต่ละช่วงวัย</p>

ประเทศไทย	ประเทศไต้หวัน	ประเทศสิงคโปร์
<p>องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม</p> <p>องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน</p> <p>- จัดระดับการผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง เงิน และทอง</p> <p>- ปี 2551 พัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด เน้นผลลัพธ์และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ประเมินรับรอง โดยคณะกรรมการตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ปี 2564 – 2567 ยกกระดับและขับเคลื่อนมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่ระดับสากล</p>	<p>- มีกลไกการดำเนินงานที่เข้มแข็ง โดยทีมที่ปรึกษาท้องถิ่นและเครือข่ายจากมหาวิทยาลัยและที่เกี่ยวข้อง</p>	

1.2) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

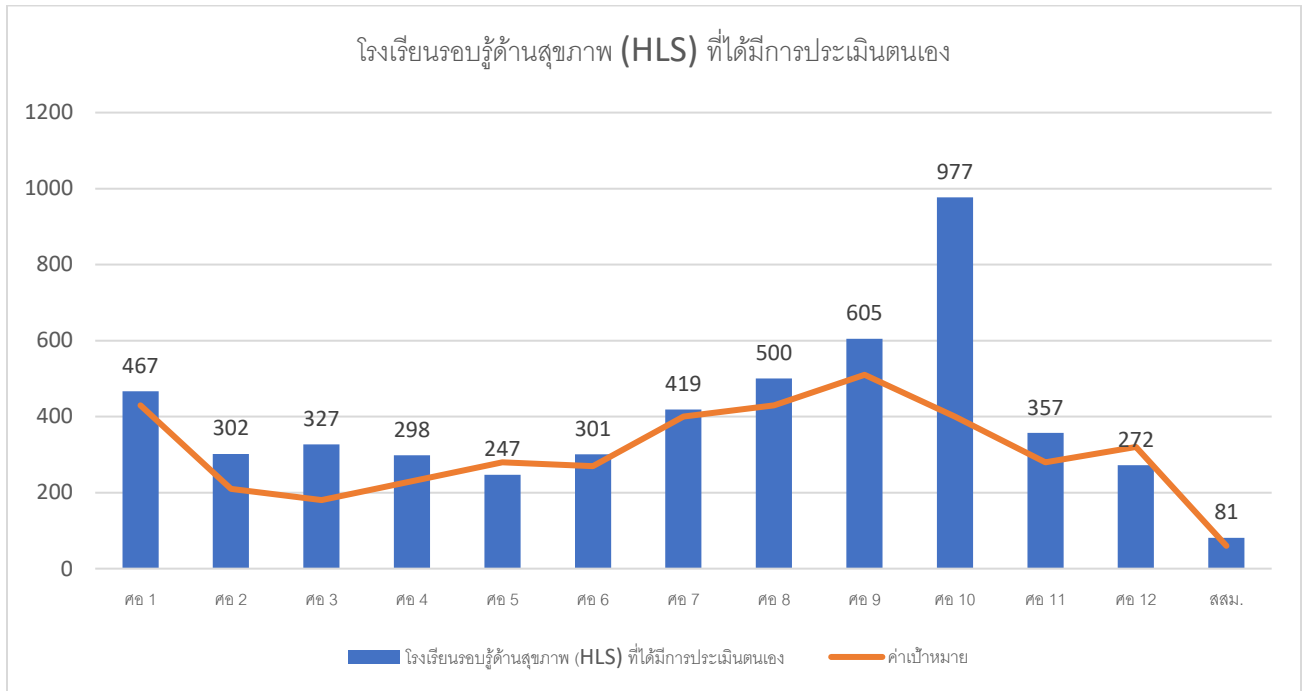
กรมอนามัย ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพควบคู่กับการศึกษาตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยผลการประเมินรับรองด้านกระบวนการ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทอง เงิน และทองแดง และด้านผลลัพธ์สุขภาพเป็นการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เงิน และทองแดง รวมร้อยละ 90 และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ร้อยละ 3 และจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพบ GAP ในประเด็นสำคัญ คือ การดำเนินงานที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์สุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักเรียน เนื่องจากกระบวนการเป็นการขับเคลื่อนเน้นกลไกเชิงระบบ แต่ไม่ไปสู่ตัวนักเรียน การดำเนินงานดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น จึงจำเป็นต้องดำเนินงานควบคู่ ทั้งในด้านการแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะประเด็น และการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเป็นสำคัญ โดยมี (Trends) แนวโน้ม ผลการดำเนินงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หรือ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS) และเป้าหมายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล

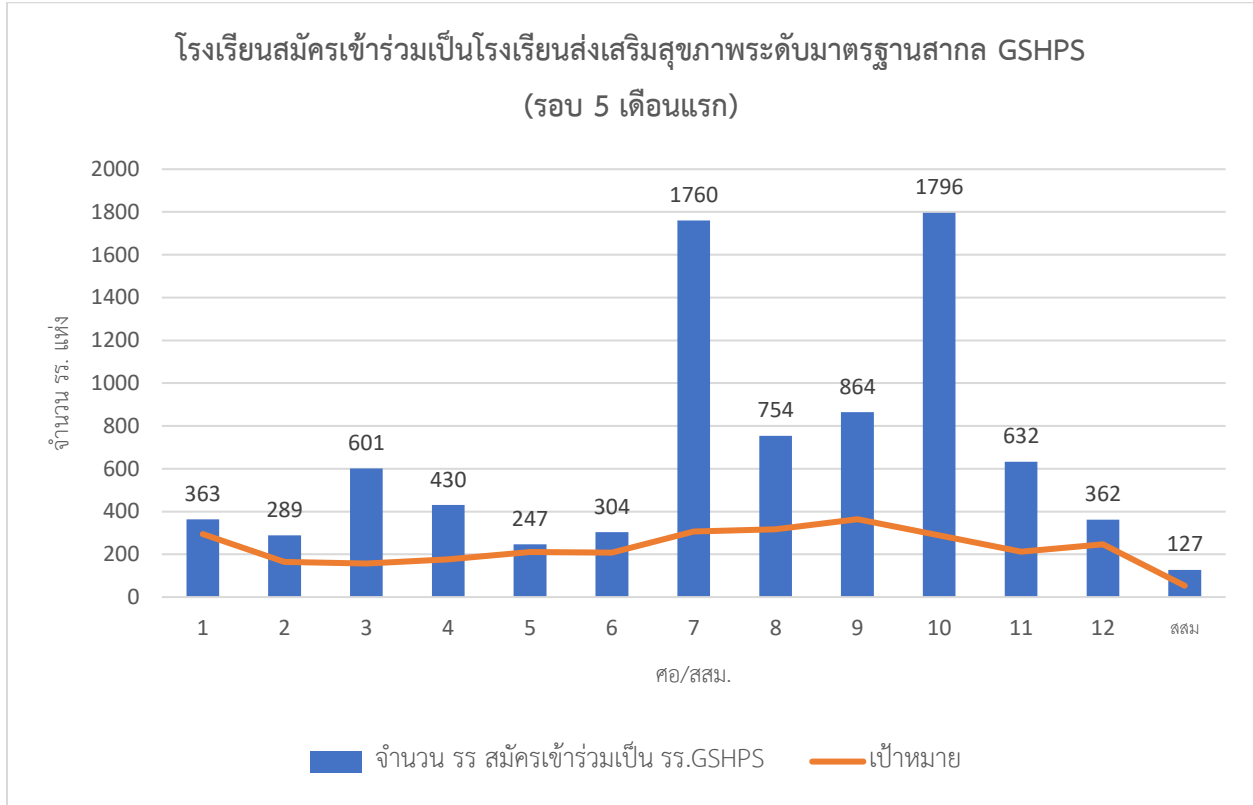
ผลการดำเนินงานมีโรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการ (แห่ง)											
ปีงบประมาณ 2562 (HLS)		ปีงบประมาณ 2563 (HLS)		ปีงบประมาณ 2564 (HLS)		ปีงบประมาณ 2565 (HLS)		ปีงบประมาณ 2566 (HLS)		ปีงบประมาณ 2567 (GHSPS)	
เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
300	342	3,000	2,598	4,000	2,286	4,000	5,595	4,000	5,152	3,000	กำลังดำเนินงาน

1.3) แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) ที่ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย 2,000 แห่ง (รอบ 6 เดือนแรก) และ 4,000 แห่ง (รอบ 6 เดือนหลัง) มีผลการดำเนินงาน 5,152 แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2566



ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 (5 เดือนแรก) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย 3,000 แห่ง (โรงเรียนสมัครเข้าร่วมเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล GSHPs) มีผลการดำเนินงาน 8,529 แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ 10 เมษายน 2567



2) ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

2.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

จากผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี พ.ศ. 2562³ โดยกรมอนามัย พบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ระดับพอใช้ ร้อยละ 57.9 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3 ด้านทันตสุขภาพ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 0.1 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านทันตสุขภาพ ร้อยละ 21.7 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 12.3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 6.1 รวมทั้งจากผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ)⁴ โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 45.60 มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 30.50 และ ร้อยละ 76.71 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

2.2 สถานการณ์ด้านโภชนาการ

รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 พบว่า เด็กวัยเรียนมี ร้อยละของภาวะสูงตีสมส่วน (อายุ 6 - 14 ปี) ร้อยละ 55.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (มากกว่า ร้อยละ 57) ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.1 น้อยลงแต่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 12) ภาวะ ผอม ร้อยละ 5.7 สูงขึ้นและบรรลุค่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 5) และภาวะเตี้ย ร้อยละ 9.6 ซึ่งลดลงเล็กน้อย และบรรลุค่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 10) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี สูงขึ้นแต่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ซึ่งเพศชายสูงเฉลี่ย 149 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 เซนติเมตร) เพศหญิงสูงเฉลี่ย 149.7 เซนติเมตร (เป้าหมาย 155 เซนติเมตร) และจากการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนดังกล่าวข้างต้น ยังไม่ครอบคลุมจำนวนเด็กนักเรียนทั้งประเทศ และใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต พ.ศ. 2538 ประกอบกับการดำเนินงานประสบปัญหาด้านกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการ เช่น พื้นที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาบ่อย ขาดความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน เป็นต้น

2.3 สถานการณ์ด้านทันตสุขภาพ

³ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี พ.ศ. 2562. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/ewt-news-php-nid-1532/193576>

⁴ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/448>

สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในปี พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่าร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 46.1, 54.14, 36.5, 57.4, 46.6 และ 22.7 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเรื่องความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็ก พบว่ามีความครอบคลุมเพียงครึ่งหนึ่งของเด็กทั้งหมด และจากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ปีงบประมาณ 2565 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁵ ยังพบร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) ช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น ที่ร้อยละ 51.3, 59.8 , 61.4, 63.8 และ 64.7 ตามลำดับ ประกอบกับเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ด้านการแปรงฟันและการบริโภคอาหารยังน้อยอยู่มาก โดยมีการแปรงฟันแบบ 2-2-2 (แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งเช้า และก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นาน 2 นาที และงดกินอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) เพียงร้อยละ 44.0 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าเด็กดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อย 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.9 ดื่มน้ำหวานอย่างน้อย 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 34.2 และกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 69.5 ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากยังคงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

2.4 สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่นานาชาติต้องการให้บรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับการติดตามสถานการณ์ ยังคงใช้ข้อมูลที่สำคัญ 3 ตัวชี้วัด คือ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี และจากสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565⁶ พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560 และ 2564 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี ต่อประชากรพันคน ลดลงจาก 1.3 เหลือ 0.9 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรพันคน ลดลงจาก 39.6 เหลือ 24.4 ส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ยังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 14.29 ในปี พ.ศ. 2565)

ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2564⁷ ชี้ให้เห็นว่ามีแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 77 โดยมีแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.2 สาเหตุ 3 อันดับแรก คือ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 47.5 ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 28.8 และมีเพศสัมพันธ์ขณะมี

⁵ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ปีงบประมาณ 2565. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:

https://dental.anamai.moph.go.th/th/surveillance-2566/download?id=101542&mid=36808&mkey=m_document&lang=th&did=31236

⁶ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://th.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=>

⁷ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2564. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/3331#wow-book/>

เมา ร้อยละ 10 นอกจากนี้ แม่วัยรุ่นกลุ่มนี้หลังคลอดแล้วยังไม่คุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งเลยอีก ร้อยละ 6.7 ส่วนข้อมูลจากการสำรวจความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในเด็กอายุ 10 - 19 ปี พบว่า ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 26.0) และระดับดี (ร้อยละ 59.2) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านการตัดสินใจและการซักถาม อยู่ในระดับน้อย เท่ากับร้อยละ 13.8 และ 19.4 ตามลำดับ ส่วนทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 10.2)

2.5 สถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ปรับรูปแบบการเรียนการสอนในระบบออนไลน์ ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้นสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์ด้านการมีกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2563 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล^๘ พบว่า คนไทยมีแนวโน้มการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูง และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยเด็กและเยาวชนไทยประมาณ 1 ใน 4 เท่านั้น ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

^๘ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-623.pdf>