



รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทย



+ โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563

สุขภาพเด็ก



รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

คุณฉัฐษา ชุ่มสุนทร

ผู้เขียน

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ เสถียรนพเก้า

คุณหทัยชนก พรรคเจริญ

ผู้ประสานงาน

คุณจรวพร อิงคเสรีพิทักษ์

สนับสนุนโดย

มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

การอ้างอิง

(วิชัย เอกพลากร, (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก)

บรรณานุกรม

(วิชัย เอกพลากร, (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก)

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
สุขภาพเด็ก

โดย

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิชัย เอกพลากร

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก.-- กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566.
173 หน้า.

1. ประชากร -- สุขภาพและอนามัย. 2. ไทย -- ประชากร -- สถิติ. I. ชื่อเรื่อง.

613.04

ISBN 978-616-443-813-2

พิมพ์ครั้งที่ 1

ปีที่พิมพ์ 2566

จัดพิมพ์โดย

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

เครือข่ายการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563

ส่วนกลาง

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิชัย เอกพลากร | หัวหน้าโครงการและนักวิจัยหลัก |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี จิตธรรมมา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. นางสาวณัฐชา ชุ่มสุนทร | นักวิชาการสถิติ |
| 4. นางสาวจรรยาพร อิงคเสรีพิทักษ์ | ประสานงานโครงการ |

เครือข่ายการสำรวจภาคกลาง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. แพทย์หญิงนิพรธนพร วรมงคล | ที่ปรึกษาโครงการ |
| 2. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล | หัวหน้าโครงการภาคกลาง |
| 3. แพทย์หญิงนภาพรธณ วิริยะอุตสาหกุล | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา รังมีหิรัญรัตน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐา ฐานิพานิชสกุล | ผู้ร่วมวิจัย |
| 7. อาจารย์ ดร.ปกเกล้า วงศาสตร์เกษม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 8. อาจารย์ ดร.ประมณฑ์ วิวัฒนากุลวานิชย์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 9. อาจารย์ ดร.ไกรวุฒิ กัลลวิชา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 10. อาจารย์ ดร.วันดี ศิริโชคชะवाल | ผู้ร่วมวิจัย |
| 11. อาจารย์ ดร.อัญชลี ประสารสุขลาภ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 12. อาจารย์ ดร.เทพนาถ พุ่มไพบูลย์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 13. อาจารย์ ดร.มนทกานต์ เชื้อมชิต | ผู้ร่วมวิจัย |
| 14. อาจารย์ ดร.อนุชิต ภาณุมาสวิวัฒน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 15. ดร.อรอุมา ชองรัมย์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 16. ดร.นุชนาถ หวนนากลาง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 17. นางสาวศุภกรินทร์ วิกุกตายน | ผู้ร่วมวิจัย |
| 18. นางสาวณีย์ เสมาทอง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 19. นางสาวศุภฤทัย เชิญขวัญัญญา | ผู้ร่วมวิจัย |

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 20. นางสาวกาญจรัตน์ อินทร์รัตน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 21. นางสาวสุฐาปณีย์ นิลทะราช | ผู้ร่วมวิจัย |
| 22. นางสาวกฤตยาณินทร์ ศรีดาชาติ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 23. นายพงศยา พานิชเจริญ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 24. นางฉัฐวรรณ ดีเลิศยืนยง | ผู้ร่วมวิจัย |

เครือข่ายการสำรวจภาคเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- | | |
|--|------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ | หัวหน้าโครงการภาคเหนือ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. อาจารย์ ดร.อักษรา ทองประทุม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. อาจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. อาจารย์ ดร.สินีนากู ชาวตระการ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร องอาจบริรักษ์ | ผู้ร่วมวิจัย |

เครือข่ายการสำรวจภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- | | |
|--|----------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ | ที่ปรึกษาโครงการ |
| 2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย | หัวหน้าโครงการภาคใต้ |
| 3. ดร. นายแพทย์มูฮัมหมัดฟาห์มี ตาละ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พลเทพ วิจิตรคุณากร | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. อาจารย์ ดร.วิทย์ วิหัยดิษฐ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. อาจารย์ ดร.ดาริกา ไสงาม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 7. นางทักษญา สรรเพ็ชญ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 8. นางสาววาริศา ชูแก้ว | ผู้ร่วมวิจัย |
| 9. นางสาวชลิกา เจียรชนกฤติ | ผู้ร่วมวิจัย |

เครือข่ายการสำรวจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์บัณฑิตพงษ์ เกษสมบุรณ์ | หัวหน้าโครงการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. อาจารย์ ดร. แพทย์หญิงเสาวนันทน์ บำเรอราช | ผู้ร่วมวิจัย |

เครือข่ายการสำรวจกรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมลักษ์ นิละไพจิตร | หัวหน้าโครงการกรุงเทพมหานคร |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียเชื้อ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. พว.เจลิยว คงคา | ผู้ร่วมวิจัย |

นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น

- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์คลินิกแพทย์หญิงณัฐธา รัชตะนาวิน | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.นิภา ไรจน์รุ่งวสินกุล | สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์สมลักษณ์ วนะวนานต์ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผู้อำนวยการและนักวิชาการกองนโยบายและวิชาการสถิติ | สำนักงานสถิติแห่งชาติ |
| 8. นายสัญญาชัย เตชนิมิตวัช | สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง |
| 9. นายรัชชัย สุขบำเพ็ง | สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง |

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินการวิจัยโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 นี้ ขอขอบพระคุณบุคคลที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจภาวะสุขภาพครั้งนี้ที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจาก สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข และความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการกองนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง จัดทำกรอบตัวอย่าง และคุณธวัชชัย สุขบัวเพ็ง ที่ช่วยทำการสุ่มตัวอย่าง ขอขอบพระคุณ บุคคลสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศ. นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา และ ศ. นพ.บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล ขอขอบพระคุณเครือข่ายทีมภาคสนาม ได้แก่ ทีม ศ. นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ศ. นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิช สกฤต ศ. พญ.สาวิตรี อัยณางค์กรชัย รศ. นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ ผศ. ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังรายชื่อที่แนบมาทำรายงาน รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และขอขอบพระคุณผู้มีพระคุณนักวิชาการและผู้สนับสนุนอีกหลายท่านที่มีส่วนร่วมในการสำรวจครั้งนี้

ศ. นพ.วิชัย เอกพลากร

บรรณาธิการและหัวหน้าคณะผู้วิจัยฯ

คำนำ

การสำรวจสุขภาพเด็กของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย เป็นการสำรวจระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ปี 2562-2563 ประเด็นทางสุขภาพที่ครอบคลุมในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ เป็นต้น

ข้อมูลจากการสำรวจนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน นำไปใช้ประกอบในการประเมินและปรับนโยบายและการดำเนินการระบบสุขภาพ เกี่ยวกับสุขภาพเด็ก โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการกิน กิจกรรมทางกาย ฯลฯ และภาวะโภชนาการ

ขอขอบคุณทีมคณะวิจัยเครือข่ายมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดำเนินการสำรวจในครั้งนี้ รวมทั้งอาจารย์แพทย์และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และบุคคลผู้ร่วมกันดำเนินการในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และหวังว่าจะมีการสำรวจอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนต่อไป

สารบัญ

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	5
บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ	14
บทที่ 3 ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว	37
บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ	47
บทที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	70
บทที่ 6 สถานะสุขภาพทั่วไป	107
บทที่ 7 โรคหืด	118
บทที่ 8 ภาวะโภชนาการของเด็กไทย	131

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 กลุ่มตัวอย่าง เด็กอายุ 1-14 ปี จำนวน 7,186 คน ชาย 3,654 คน หญิง 3,532 คน เป็นตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรเด็กที่อาศัย ใน 21 จังหวัดทั่วประเทศ โดยการสอบถามประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบด้วยแบบทดสอบ เฉพาะประเด็น พบข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่สำคัญดังนี้

1. ผู้เลี้ยงดูเด็ก

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กอายุ 1-5 ปี ส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 55.6 (ลดลงจากปี 2557 ซึ่งมีร้อยละ 57.2)

รองลงมาคือ ปู่/ย่า/ตา/ยาย (ร้อยละ 34.8 เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ซึ่งมีร้อยละ 33.6)

2. เด็กอายุ 1-5 ปี พ่อแม่สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.9 และลดลงเป็นร้อยละ 58.7 และ 59.7 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ ซึ่ง ปี 2557 มีร้อยละ 67.0, 63.8 และ 65.3 ตามลำดับ)

3. สิ่งแวดล้อมที่ดีที่อยู่ใกล้ที่อาศัยของเด็กอายุ 1-14 ปี (อยู่ระยะเดินไม่เกิน 30 นาที)

ร้อยละ 77.3 ของเด็ก มีวัด โบสถ์หรือ มัสยิดอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 64.8 ของเด็ก มีโรงเรียนหรือสถานศึกษาอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 51.6 ของเด็ก มีสนามเด็กเล่น / ลานกีฬา / สนามกีฬาใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 43.5 ของเด็ก มีโรงพยาบาล คลินิก สถานีอนามัยใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 46.6 ของเด็ก มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือ สถานรับเลี้ยงเด็กอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 24.5 ของเด็ก มีสวนหย่อม สวนสาธารณะใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 29.7 ของเด็ก มีห้องสมุด ศาลาอ่านหนังสือใกล้บ้านที่พักอาศัย

4. สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง ที่อยู่ใกล้ที่อาศัยของเด็ก (อยู่ระยะเดินไม่เกิน 30 นาที)

ร้อยละ 84.2 ของเด็ก มีร้านขายบุหรี่อยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 75.3 ของเด็ก มีร้านขายสุราอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 14.4 ของเด็ก มีร้านเกมอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 9.2 ของเด็ก มีสถานที่ทิ้งขยะอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 3.5 ของเด็ก มีสถานเริงรมย์ บาร์ ไนต์คลับอยู่ใกล้บ้านที่อาศัย

ร้อยละ 8.4 ของเด็ก มีบ่อนการพนันอยู่ใกล้กับที่พักอาศัย

ร้อยละ 67.0 ของเด็ก มีสารเคมีกำจัดแมลงอยู่ภายในบ้าน

พฤติกรรมสุขภาพ

การนอนหลับและกิจกรรมทางกาย

5. ส่วนใหญ่เด็กไทย มีการนอนหลับที่เพียงพอ ได้แก่ เด็กอายุ 1-5 ปี นอนเฉลี่ยวันละ 9.6 ชั่วโมง

อายุ 6-9 ปี นอนเฉลี่ยวันละ 9.3 ชั่วโมง และเด็กอายุ 10-14 ปี นอนเฉลี่ยวันละ 8.7 ชั่วโมง

โดยรวมเด็กอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปี ที่นอนน้อยกว่าวันละ 10 ชั่วโมงมีร้อยละ 48.8, 58.5 และ 76.0 ตามลำดับ ซึ่งนอนน้อยกว่า ปี 2557 ซึ่งมี ร้อยละ 35.5, 48.1 และ 58.7 ตามลำดับ

6. เด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีการออกกำลังกายเพียงพอ (อย่างน้อยวันละ 60 นาที 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 29.7 และ 20.2 ตามลำดับ

การดูทีวี และการใช้คอมพิวเตอร์

7.1 เวลาเฉลี่ยที่เด็กดูทีวีต่อวัน

เด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ไม่ใช้หน้าจอเลย มีร้อยละ 26.2

เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมีร้อยละ 49.1ในวันธรรมดา

เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจออย่างน้อย 3 ชั่วโมงมีร้อยละ 83.4 ในวันหยุด ร้อยละ 2.9 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 9.5 ในเด็กอายุ 10-14 ปี ใช้คอมพิวเตอร์ในการเรียนวันละ ≥ 1 ชั่วโมง และร้อยละ 19.3 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 34.0 ในเด็กอายุ 10-14 ปี เล่นเกมคอมพิวเตอร์วันละ ≥ 1 ชั่วโมง

7.2 การใช้สมาร์ตโฟนและแท็บเล็ต มีดังนี้

อายุ 1-5 ปี ใช้สมาร์ตโฟนร้อยละ 79.7 ใช้แท็บเล็ตร้อยละ 12.2

อายุ 6-9 ปี ใช้สมาร์ตโฟนร้อยละ 87.0 ใช้แท็บเล็ตร้อยละ 29.9

อายุ 10-14 ปี ใช้สมาร์ตโฟนร้อยละ 95.1 ใช้แท็บเล็ตร้อยละ 46.3

ความรุนแรงในโรงเรียน

8. เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 0.3 ของ และเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.2 เคยพกอาวุธ เช่น ปืนหรือมีดไปโรงเรียน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 11.8 และเด็กอายุ 10-14 ปี 15.7 เคยชกต่อยหรือตบตีในการทะเลาะวิวาทใน 3 เดือนที่ผ่านมา

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 4.2 และเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 6.9 เคยไม่ไปโรงเรียนเพราะรู้สึกไม่ปลอดภัยในระหว่างทางไปโรงเรียนหรือในโรงเรียน

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 21.7 และเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 19.5 บอกว่า เคยถูกขโมยของในโรงเรียนใน 1 เดือนที่ผ่านมา

การสูบบุหรี่

9. เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.9 บอกว่าเคยสูบบุหรี่

เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 69.3 เคยได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 51.2 เคยมีคนสูบบุหรี่ที่อาศัยในบ้านเดียวกัน

เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 27.6 เคยมีคนอาศัยในบ้านสูบบุหรี่ขณะอยู่ในห้องเดียวกับเด็ก

เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 31.1 ปัจจุบันพ่อสูบบุหรี่ และร้อยละ 8.9 ที่มีพ่อสูบบุหรี่อยู่ในห้องเดียวกับเด็ก
เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 4.5 เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา
เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 1.2 บอกว่าเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า

การขับขี้จึกรยานยนต์และความปลอดภัย

10. เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 49.3 เคยขับขี้จึกรยานยนต์ และร้อยละ 3.0 เคยขับรถยนต์เอง

การว่ายน้ำได้

11. เด็กอายุ 1-5 ปี สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเองร้อยละ 1.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.0 และร้อยละ 43.1 ในกลุ่มอายุ
6-9 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ

การกินนมแม่ และการกินอาหารครบ 3 มื้อ

12. เด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 86.0 ได้ดูดหัวนมแม่ใน 2-3 วันแรกหลังคลอด กินนมแม่ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

13. การกินนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breast feeding) อย่างน้อย 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 12.5

14. การกินอาหารครบ 3 มื้อ

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 13.8 เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 28.0 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมีเชื้อเป็นมือที่มีการ
งคมมากที่สุดคือ ร้อยละ 58.5 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 55.4 ของเด็กอายุ 6-9 ปี ที่งดอาหารมืใดมืหนึ่ง

การกินผักผลไม้

15. เด็กควรได้กินผักและผลไม้เพียงพอแต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

เด็กอายุ 2-5 ปี ร้อยละ 51.0 กินผักน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน และร้อยละ 68.2 กินผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน

ในขณะที่เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 48.4 กินผักน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน และร้อยละ 66.6 กินผลไม้ไม่น้อยกว่า 1

ส่วนต่อวันและเด็ก 2-14 ปี ร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่กินผักวันละ ≥ 2 ส่วน และร้อยละ 11.7 กินผลไม้วันละ ≥ 2

ส่วน โดยรวม เด็กอายุ 2-14 ปี มีการกินผักและผลไม้โดยเฉลี่ยเป็นมาตรฐานวันละ 1.7 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 55.9

ของเด็กอายุ 2-14 ปี กินผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน

เด็ก 2-5 ปี ร้อยละ 26.8 กินผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันและร้อยละ 57.4 กินไม่น้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน

เด็ก 6-14 ปี ร้อยละ 22.0 กินผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันและร้อยละ 54.2 กินไม่น้อยกว่า 2 ส่วนต่อวัน

การเจ็บป่วย

16. ประวัติโรคหืด เด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 13.3 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด

ประวัติโรคเรื้อนกวางหรือสะเก็ด เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 0.4 อายุ 6-9 ปี ร้อยละ 0.4 และอายุ 10-14 ปี ร้อยละ

0.8

ประวัติโรคลมชัก เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 1.0 อายุ 6-9 ปี ร้อยละ 1.1 และ อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.9

ภาวะโภชนาการ

17. ในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา จนถึงปี 2562-2563 เด็กไทยอายุ 2-14 ปี มีแนวโน้มมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น ในเด็กหญิงเฉลี่ย 4.5 เซนติเมตร ในเด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 5.3 เซนติเมตร โดยในช่วงปี 2557-2562 เด็กหญิงค่อนข้างไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนเด็กชายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2.9 กิโลกรัม เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.2 กิโลกรัม เมื่ออายุ 9-14 ปีขึ้นไปเด็กชายและหญิง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.9 และ 4.5 กิโลกรัม ตามลำดับ

18. เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง ๆ ของประเทศไทย ปี 2542 พบว่า ในปี 2562-2563 เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 5.1 มีภาวะเตี้ยและร้อยละ 5.4 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.1 มีภาวะผอม ร้อยละ 10.6 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์อ้างอิง ๆ ของประเทศไทย ปี 2563 ร้อยละ 8.0 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 6.1 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.5 มีภาวะผอม ร้อยละ 11.0 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

19. เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง ๆ ของประเทศไทย ปี 2542 เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 3.2 น้ำหนักน้อยร้อยละ 3.3 ผอมร้อยละ 5.6 เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 15.4

20. เมื่อประเมินด้วยดัชนีมวลกายโดยใช้เกณฑ์องค์การอนามัยโลก (WHO BMI cut-off) ค.ศ. 2007 ในเด็กอายุ 6 -14 ปี พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 13.3 (ชายร้อยละ 12.3 และหญิงร้อยละ 14.3) และอ้วนร้อยละ 15.2 (ชายร้อยละ 19.9 และหญิงร้อยละ 10.3) ซึ่งความชุกนี้สูงกว่าเมื่อประเมินด้วยดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงตามเกณฑ์อ้างอิง ๆ ของประเทศไทยมาก

โดยสรุปจากการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพในปี 2562-2563 ของเด็กไทยทั้งในด้านสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีหลายประเด็นที่มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าปี 2557 แต่ยังมีหลายประเด็นที่ยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควรและบางประเด็นไม่ดีขึ้น ดังนั้น ทุกภาคส่วนในสังคม ชุมชนและครอบครัว ควรดำเนินการเพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กไทยให้ดีขึ้นและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับประเทศ โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจเลือดและปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ได้ข้อมูลสุขภาพ ด้านความชุกของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคของบุคคลกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่เป็นตัวแทนของประชากร เป็นข้อมูลที่บอกขนาดปัญหา ด้านปัจจัยเสี่ยงและสถานการณ์สุขภาพที่ระบบข้อมูลรายงาน โรคปกติ / สุขภาพอื่น ๆ เช่น ทะเบียนผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ และเมื่อประกอบกับข้อมูลอื่น เช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลการป่วย ข้อมูลการตายจะทำให้ทราบลำดับความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพและใช้ในการติดตามสถานะสุขภาพได้เป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญต่อไป

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยการตรวจร่างกายรวมทั้งการสำรวจในครั้งนี้ 6 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระหว่าง พ.ศ. 2534-2535 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

สาระสำคัญของการสำรวจสภาวะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายทั้ง 5 ครั้ง

การสำรวจสภาวะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2534-2535)¹

ระยะเวลาที่สำรวจ 1 สิงหาคม 2534 - 31 มีนาคม 2535

ผู้ร่วมดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการระดับชาติ (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ในปัจจุบัน) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญ ๆ และอุบัติการณ์ของโรคเฉียบพลันที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

การสุ่มตัวอย่าง

- สุ่มแบบ Stratified Two Stage Sampling เริ่มด้วยการจัด Stratum เป็นกลุ่มของจังหวัดในแต่ละภาค และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 5 Strata คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)

ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในแต่ละจังหวัดแบ่งออกเป็น 3 เขตการปกครองคือ (1) ในเขตเทศบาล (2) ในเขตสุขาภิบาล และ (3) นอกเขตเทศบาล สุขาภิบาล

ในแต่ละเขตการปกครองจะเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้น ๆ

Stage I สุ่มชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (ในเขตสุขาภิบาล หรือนอกเขตเทศบาล สุขาภิบาล)

Stage II สุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จากบัญชีรายชื่อครัวเรือน โดยจัดเรียงลำดับรายชื่อครัวเรือนตามขนาดของครัวเรือน (วัดด้วยจำนวนสมาชิกของครัวเรือน แล้วสุ่มแบบมีระบบ)

จำนวนครอบครัวตัวอย่างทั้งหมด 5,882 ครอบครัว มีประชากรรวม 23,884 คนสำรวจได้ 22,217 คน (ร้อยละ 93.0) ได้แก่ ชาย 9,894 คน (ร้อยละ 44.5) หญิง 12,323 คน (ร้อยละ 55.5) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 31.9 วัยทำงาน 15- 59 ปี ร้อยละ 58.5 และวัยสูงอายุ (60 ปี) ร้อยละ 9.8

ข้อมูลการสัมภาษณ์ ข้อมูลครอบครัวและรายได้ ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ลมชัก และการชักประวัติเพื่อคัดกรองโรคต่าง ๆ ด้วยอาการในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คือ ภาวะตับแข็ง นิ้วในทางเดินปัสสาวะ ปวดข้อ ปวดหลัง มะเร็งปากมดลูก (หญิง 30 ปีขึ้นไป) โรคเรื้อรัง (ความดันเลือดสูง เบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคหืด วันโรคปอด ปอดอุดตันเรื้อรัง ภูมิแพ้ และอาการแน่นหน้าอก (แบบแองไจนา) เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายและการตรวจร่างกาย และการตรวจทางพิเศษ

0 – 5 ปี น้ำหนัก ส่วนสูง วัดพัฒนาการ

6– 14 ปี น้ำหนัก ส่วนสูง

15 – 29 ปี ตรวจร่างกาย ดูความพิการ ตับแข็ง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันเลือด อัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)) เจาะเลือดตรวจ Hematocrit, Serum protein, Serum creatinine, Fasting blood sugar, Total cholesterol, Total bilirubin

30 ปีขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง ตรวจเต้านม (ในหญิงอายุ 30 ปี) ความพิการ ตับแข็ง อัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Hematocrit, Serum protein, Serum creatinine, Fasting blood sugar, Total cholesterol, Total bilirubin

สำหรับผู้ที่มีอัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก ผิดปกติ หรือประวัติปัสสาวะผิดปกติ จะได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา คือ Chest X-ray และ Plain KUB ต่อไป

ในการสำรวจครั้งนี้ครอบคลุมพื้นที่ 17 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร จำนวนประชากรที่สำรวจ 22,217 คน (จากเป้าหมาย 23,884 คน) ใน 5,852 ครอบครัว

ผลการสำรวจ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะทูปโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 24.7 ความพิการทางกายร้อยละ 6.3 ปวดข้อปวดหลัง (>40%) ความดันเลือดสูง (ความชุกเท่ากับ 5.4%) ภาวะคอเลสเตอรอลสูงกว่า 200 mg% มีร้อยละ 11.3 เบาหวาน (น้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 mg%) ร้อยละ 2.3 ภาวะโลหิตจางในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.7 ภาวะปอดอุดตันเรื้อรังในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.5 และนิ้วในทางเดินปัสสาวะในประชากรกลุ่มเดียวกัน ร้อยละ 3.2 ในชาย และร้อยละ 0.9 ในหญิง ประชากรสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 20.6 และดื่มสุราบ่อย ๆ ร้อยละ 5.2

การสำรวจสภาวะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2539-2540)²

ระยะเวลาที่สำรวจ มิถุนายน 2539 ถึงตุลาคม 2540

ผู้ร่วมดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของคนไทย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านการแพทย์การสาธารณสุข ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาวะสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาขนาดของปัญหาหรือสภาวะสุขภาพ ในรูปของความชุกของโรค และสถานะสุขภาพต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาหรือสภาวะสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน และจัดทรัพยากรที่จะแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Three – stage Stratified Sampling โดยแบ่งประชากรทั้งประเทศ 5 Strata (ภูมิภาค 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร)

Stage 1 สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละ Stratum (ภาค) ภาคละ 8 จังหวัด (Proportional to size) ในกรุงเทพมหานครเลือก 8 เขตการปกครอง

Stage 2 สุ่มเลือกชุมชน/หมู่บ้าน ในระดับจังหวัดแบ่งพื้นที่เป็นในและนอกเขตเทศบาล (ในเขตสุขภาพ และนอกเขตสุขภาพ) ในแต่ละเขตสุ่มเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร ที่เลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตามเขตการปกครอง โดยใช้จำนวนรายชื่อชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน เป็นจุดเดียวกับการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

Stage 3 เลือกบุคคลตัวอย่างของแต่ละชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน ในแต่ละหมวดอายุ และเลือกตัวอย่างสำรองอีกไม่เกิน 5 คน เพื่อให้สามารถได้ข้อมูลเพียงพอ

จำนวนตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่มอายุ (<6 , 6-12, 13-59 และ 60 ปีขึ้นไป)
กลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กปฐมวัย อายุต่ำกว่า 6 ปี เน้นพัฒนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กลุ่มอายุ 6-12 ปี ศึกษาระดับความรู้ปัญญา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กลุ่มอายุ 13-59 ปี พฤติกรรมสุขภาพ อนามัยเจริญพันธุ์ และการตรวจร่างกาย
4. สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ศึกษาภาวะพึ่งพิง ภาวะทุพพลภาพ ทั้งระยะสั้นและยาว

จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 5,010 คน รวม 20,040 คน จำนวนที่สำรวจได้จริง 16,182 คน คิดเป็นร้อยละ 80.7

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1. แบบสอบถาม
2. สมุดสุขภาพใช้ร่วมกับแบบประเมินพัฒนาการเด็ก
3. แบบทดสอบระดับความรู้ปัญญาชนิดไม่ใช้ภาษา (Test of nonverbal intelligence second edition, TONI 2)

4. สภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน วัดโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือด
สิ่งที่วัด คือ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ความดันเลือด ชีพจร เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก การมองเห็น ภาวะตาบอดสี ระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar : FBS) และคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)

5. ในกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้แบบทดสอบวัดภาวะพึ่งพา (Dependency) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยเครื่องมือที่ใช้มี ดัชนีบาร์เคลเอตี้แอล ดัชนีจูฟาเอตี้แอล แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ใช้ค้นหาผู้ที่มีสภาวะบกพร่องทางปัญญาอย่างกว้าง ๆ และมีโอกาสสูงที่จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม

ผลการสำรวจ พบสถานะและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยต่าง ๆ ดังนี้

1. กลุ่มเด็กปฐมวัย (3,306 คน) พบว่า น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย 3,070 กรัม ได้กินนมแม่ในขวบปีแรกร้อยละ 89 เด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะทุพโภชนาการ (เกณฑ์น้ำหนักต่ออายุ) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 11.9) เด็กมีฟันผุร้อยละ 42.7 พัฒนาการช้ากว่าวัย ร้อยละ 20.1 เมื่อพิจารณาละเอียดในด้านสังคมภาษา การใช้มือและตาแก้ปัญหา และการเคลื่อนไหวพบ เด็กร้อยละ 18.3 มีพัฒนาการช้ากว่าวัยอย่างน้อย 1 ด้าน

2. เด็กวัยเรียน (4,238 คน) พบว่า เด็กร้อยละ 9.6 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุ และร้อยละ 13.5 ค่อนข้างผอม แต่ร้อยละ 3.7 มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์อายุ เด็กนอกเขตเทศบาลมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเด็กในเขตเทศบาล พบว่าเด็กวัยนี้ร้อยละ 19.3 มีภาวะผอมและขาดสารอาหาร ร้อยละ 11.0 อยู่ในภาวะตัวมและอ้วน เด็กร้อยละ 56.0 ฟันผุ ร้อยละ 6.6 มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงจากคนในครอบครัว ผลการทดสอบเข่ามีปัญหาพบว่า ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 91.96 ± 11.87

3. วัยแรงงาน (4,230 คน) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญคือ ร้อยละ 20.6 ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20 ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 10 เท่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายร้อยละ 33.7 มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า ในสตรีพบอัตราแท้งบุตรในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 8.4 อัตราคุมกำเนิดร้อยละ 64.5 ร้อยละ 40.3 เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ประชากรร้อยละ 11.6 มีปัญหาความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงร้อยละ 4.4 และร้อยละ 1.4 มีระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลมีสถานะสุขภาพดีน้อยกว่านอกเขตเทศบาล

4. วัยสูงอายุ (4,408 คน) พบว่า ร้อยละ 65 อยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 4.2 อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ ในจำนวนนี้ร้อยละ 19 เป็นทุพพลภาพระยะยาว มีร้อยละ 1.8 เป็นภาวะทุพพลภาพรุนแรงถึงรุนแรงมาก ความชุกของกลุ่มอาการส่อไปในทางสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 และความดันเลือดสูงพบ ร้อยละ 24.8 และมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา

การสำรวจสถานะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547)³

ดำเนินการ โดยสำนักงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ซึ่งจัดตั้งเพื่อการนี้โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนงบประมาณการสำรวจจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายดำเนินงานเก็บข้อมูลในพื้นที่ ได้แก่

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคกลาง) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพมหานคร) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคใต้)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ในกลุ่มวัยแรงงาน ชาย หญิง อายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุ ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นภาพรวมในระดับประเทศ ภาค และเขตสาธารณสุข ในด้านความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ โรคโดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ การได้รับการรักษาพยาบาลหรือการคัดกรองโรค

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552)⁴

ดำเนินการโดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคกลาง) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพมหานคร) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคใต้)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ในกลุ่มวัยเด็กอายุ 1-14 ปี วัยแรงงาน ชาย หญิง อายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุ ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นภาพรวมในระดับประเทศ ภาค เขตการปกครอง ในด้านพัฒนาการทางร่างกาย พัฒนาการทางด้านจิตใจและสังคมของเด็ก พฤติกรรมการกินอาหาร สำหรับวัยแรงงานและผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ โรคโดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ การได้รับการรักษาพยาบาลหรือการคัดกรองโรค รวมทั้งลักษณะที่พักอาศัย และภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ เป็นต้น

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557)⁵

ดำเนินการโดย แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคกลาง) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพมหานคร)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคใต้)

วัตถุประสงค์

แสดงความชุกของโรคสำคัญ ภาวะการเจ็บป่วย และภาวะความพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 1 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ และภาค เป็นรายหมวดอายุ เพศ และเขตการปกครอง

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563)

ดำเนินการโดย แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคกลาง) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพมหานคร) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคใต้)

1.2 วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

วัตถุประสงค์

แสดงความชุกของโรคสำคัญ ภาวะการเจ็บป่วย และภาวะความพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 1 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ และภาค เป็นรายหมวดอายุ เพศ และเขตการปกครอง

1.3 ประโยชน์ของการสำรวจ

การสำรวจทำให้เกิดระบบข้อมูลสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินสภาวะสุขภาพของประชากร
2. มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชน
3. มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลโครงการสุขภาพ
4. เป็นสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของ

ป้องกันและควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทย

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการสำรวจในวัยเด็กจะได้กล่าวในบทต่อไป

1.4 กรอบเนื้อหารายงาน

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 นี้ ประกอบด้วย เนื้อหาทั้งหมด 8 บท ดังต่อไปนี้

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมาของการสำรวจ วัตถุประสงค์การสำรวจ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ ประกอบด้วย ประชากรเป้าหมาย ระเบียบวิธีในการสุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูล การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเพื่อประมาณค่าประชากรและการประมวลผลข้อมูล

บทที่ 3 ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว นำเสนอข้อมูลลักษณะทางประชากรสังคมและเศรษฐกิจของประชากรอายุ 1-14 ปีที่ทำการสำรวจ ได้แก่ โครงสร้างอายุ เพศ ที่อยู่ตามเขตปกครองและภาคของตัวอย่างที่สำรวจ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ และรายได้

บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ นำเสนอผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกาย การนอน การใช้สื่อ พฤติกรรมรุนแรง การขับขีรถจักรยานยนต์และรถยนต์

บทที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำเสนอผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กอายุ 1 ปี - 1 ปี 11 เดือน และ 2 ปีขึ้นไป ตามระดับอายุ รวมทั้งการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป

บทที่ 6 สถานะสุขภาพทั่วไป นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพโดยทั่วไป สาเหตุการเจ็บป่วย

บทที่ 7 โรคหืด นำเสนอสถานการณ์โรคหืดในเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป

บทที่ 8 ภาวะโภชนาการของเด็กไทย กล่าวถึงการเจริญเติบโต และภาวะโภชนาการของเด็ก 1-14 ปี โดยพิจารณาตามส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2539.
2. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, องค์การอนามัยโลก.
3. เขียวรัตน์ ประปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
4. วิชัย เอกพลากร, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, บรรณาธิการ. คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.
5. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

บทที่ 2

ระเบียบวิธีการสำรวจ

ในการดำเนินการสำรวจด้วยตัวอย่าง (Sample survey) นั้น ระเบียบวิธีสถิติเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการสำรวจ การกำหนดแผนการเลือกตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล เป็นต้น โดยในบทนี้จะกล่าวถึง การกำหนดกลุ่มรวม (Coverage) ของการสำรวจ แผนการเลือกตัวอย่าง (Sampling design) หน่วยตัวอย่าง (Sampling unit) และกรอบตัวอย่าง (Sampling frame) ในแต่ละขั้นตอนของการเลือกตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง วิธีการประมาณค่าสถิติ และการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

2.1 กลุ่มรวม (Coverage)

ตามกรอบการศึกษาที่กำหนดในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนนั้น กลุ่มรวมสำหรับการสำรวจตัวอย่างครั้งนี้คือ ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

2.2 ระดับของการนำเสนอผล

จากปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อม ตลอดจนวิถีชีวิตต่าง ๆ จะส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของประชากร สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อแสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งเพื่อสนองความต้องการใช้ข้อมูลในการกำหนดนโยบายสุขภาพและการบริหารจัดการโครงการทางการแพทย์และสาธารณสุข การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 จึงกำหนดให้มีการเสนอผลการสำรวจในระดับ กรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยในแต่ละภาคนำเสนอผลแยกเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้โดยธรรมชาติประชากรในแต่ละวัยย่อมมีลักษณะพื้นฐานทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย สภาวะสุขภาพของร่างกาย ตลอดจนสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และสภาพร่างกายตามธรรมชาติของชาย และหญิงนั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งความแตกต่างทั้งทางด้านอายุ และเพศนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลไปยังสถานะสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนั้นเพื่อให้ผลการสำรวจที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับสภาวะที่กล่าวมาแล้ว การสำรวจในครั้งนี้นอกจากแบ่งการนำเสนอผลตามลักษณะทางภูมิศาสตร์แล้ว ยังนำเสนอผลประชากรออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 1-14 ปี กลุ่มอายุ 15-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

และในแต่ละกลุ่มอายุได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ เพศชาย และเพศหญิง เพื่อทำการเสนอผลในแต่ละกลุ่มย่อย โดยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.3 แผนแบบการเลือกตัวอย่าง (Sample design)

การสำรวจตัวอย่างขนาดใหญ่ (Large scale sample survey) ในระดับประเทศนั้น มักจะกำหนดให้เป็นการเลือกตัวอย่างหลายชั้น (Multi-stage sampling) เพื่อประหยัดทรัพยากรต่าง ๆ เช่น งบประมาณ กำลังคน และเวลา สำหรับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 นี้ เป็นการสำรวจตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงได้มีการพัฒนาแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายชั้น เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ คุ่มรวม และหน่วยตัวอย่าง (ประชากรที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป) ของโครงการ รวมทั้งข้อจำกัดในด้านของบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ นอกจากนี้ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ งบประมาณ และเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะงบประมาณในการตรวจร่างกายต่อหน่วยนั้นสูงมาก

การสำรวจตัวอย่างครั้งนี้จึงได้ใช้แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสี่ชั้น (Stratified four-stage sampling) ซึ่งเป็นแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยมีกรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม จังหวัดในแต่ละภาคเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง เขตแขวนับ (Enumeration area : EA) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สาม และประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นสุดท้าย (Eligible sampling unit) ยกเว้นกรุงเทพมหานครไม่มีการเลือกจังหวัดตัวอย่าง และเขตตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างจากข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

การจัดชั้นภูมิ หรือการจัดสตราตัม

แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้พัฒนามาสำหรับประชากรบางประเภทที่ประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน (Heterogenous population) ซึ่งสามารถแยกออกได้หลายประเภท โดยความแปรปรวนของประชากรกลุ่มนี้จะมีค่าสูง แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบง่ายจะไม่เหมาะสมกับประชากรเหล่านี้ ดังนั้นก่อนที่จะมีการเลือกตัวอย่างจะต้องมีการแบ่งประชากรออกเป็น ส่วน ๆ โดยในแต่ละส่วนควรจะประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถเลือกตัวอย่างได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพสูง โดยแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบนี้เรียกว่า แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) นอกจากนี้แผนการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ยังสามารถวัดค่าที่แสดงลักษณะบางประการของประชากรในแต่ละชั้นภูมิให้มีความแม่นยำสูงได้ และยังสามารถใช้ในการบริการจัดการการสำรวจได้ เช่น การสำรวจตัวอย่างจากทุกภาคทั่วประเทศ การใช้แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิจะทำให้การบริหารจัดการ การแบ่งงาน และการควบคุมงานนั้นมีความสะดวกมากขึ้น

โดยในการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้ กรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม รวมทั้งสิ้น 5 สตราตัม และในแต่ละสตราตัม ได้ทำการแบ่งออกเป็น 12 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของ กรมการปกครอง (ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล) กลุ่มอายุ (1-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) และ เพศ ยกเว้นกรุงเทพมหานครสุ่มเลือก 12 เขต ๆ ละ 3 กลุ่มอายุ ๆ ละ 2 เพศ ได้จำนวนสตราตัมย่อยรวมทั้งสิ้น 72 สตราตัมย่อย

2.3.1 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (Primary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : จังหวัด

กรอบตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : บัญชีรายชื่อจังหวัดในแต่ละภาค โดยเรียงตามลักษณะภูมิศาสตร์

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง : ในแต่ละภาค หรือสตราตัม ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนจังหวัดตัวอย่างทั้งสิ้น 20 จังหวัด ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัม ดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนและรายชื่อจังหวัดตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม

สตราตัม	จำนวนจังหวัดตัวอย่าง	รายชื่อจังหวัดตัวอย่าง
กรุงเทพฯ	-	ไม่มีการเลือกจังหวัดตัวอย่าง
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	5	ลพบุรี นครนายก สมุทรปราการ ระยอง นครปฐม
เหนือ	5	เชียงใหม่ ลำพูนแพร่ พิชณุโลก กำแพงเพชร
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	อุบลราชธานี บุรีรัมย์ ขอนแก่น บึงกาฬ เลย
ใต้	5	ยะลา พัทลุง กระบี่ สุราษฎร์ธานี สงขลา
รวมทั้งประเทศ	20	

2.3.2 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (Secondary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง : อำเภอ

กรอบตัวอย่างขั้นที่สอง : บัญชีรายชื่ออำเภอในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง โดยเรียงตามลักษณะ ภูมิศาสตร์

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง : ในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง ได้ทำการเลือก อำเภอตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size systematic sampling) ได้จำนวนอำเภอตัวอย่างทั้งสิ้น 88 อำเภอ ยกเว้น กรุงเทพมหานคร ไม่มีการเลือกเขตตัวอย่าง

ตารางที่ 2.2 จำนวนอำเภอตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

ภาค	จังหวัด ตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	ภาค	จังหวัด ตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง
กรุงเทพฯ	-	12 เขต	ตะวันออกเฉียงเหนือ	อุบลราชธานี	5
กลาง	ลพบุรี	4		บึงกาฬ	3
	นครนายก	3		บุรีรัมย์	5
	ระยอง	3		ขอนแก่น	5
	สมุทรปราการ	3		เลย	4
	นครปฐม	3	ใต้	ยะลา	3
เหนือ	เชียงใหม่	4		กระบี่	3
	แพร่	3		พัทลุง	4
	กำแพงเพชร	4		สุราษฎร์ธานี	4
	พิษณุโลก	3		สงขลา	4
	ลำพูน	3	รวมทั้งประเทศ		88

2.3.3 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (Tertiary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : เขตแจงนับ (Enumeration area : EA)

กรอบตัวอย่างขั้นที่สาม : บัญชีรายชื่อเขตแจงนับในกรุงเทพมหานคร และแต่ละอำเภอตัวอย่าง

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : ในกรุงเทพมหานคร และแต่ละอำเภอตัวอย่าง ทำการเลือก EA ตัวอย่าง อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size systematic sampling) ได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 540 EA ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัมและสตราตัมย่อยดังนี้

ตารางที่ 2.3 จำนวนเขตเจนนับตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย

สตราตัม	จำนวนเขตเจนนับตัวอย่าง		
	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพฯ	60	60	-
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	120	60	60
เหนือ	120	60	60
ตะวันออกเฉียงเหนือ	120	60	60
ใต้	120	60	60
รวมทั้งประเทศ	540	300	240

2.3.4 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (Eligible sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

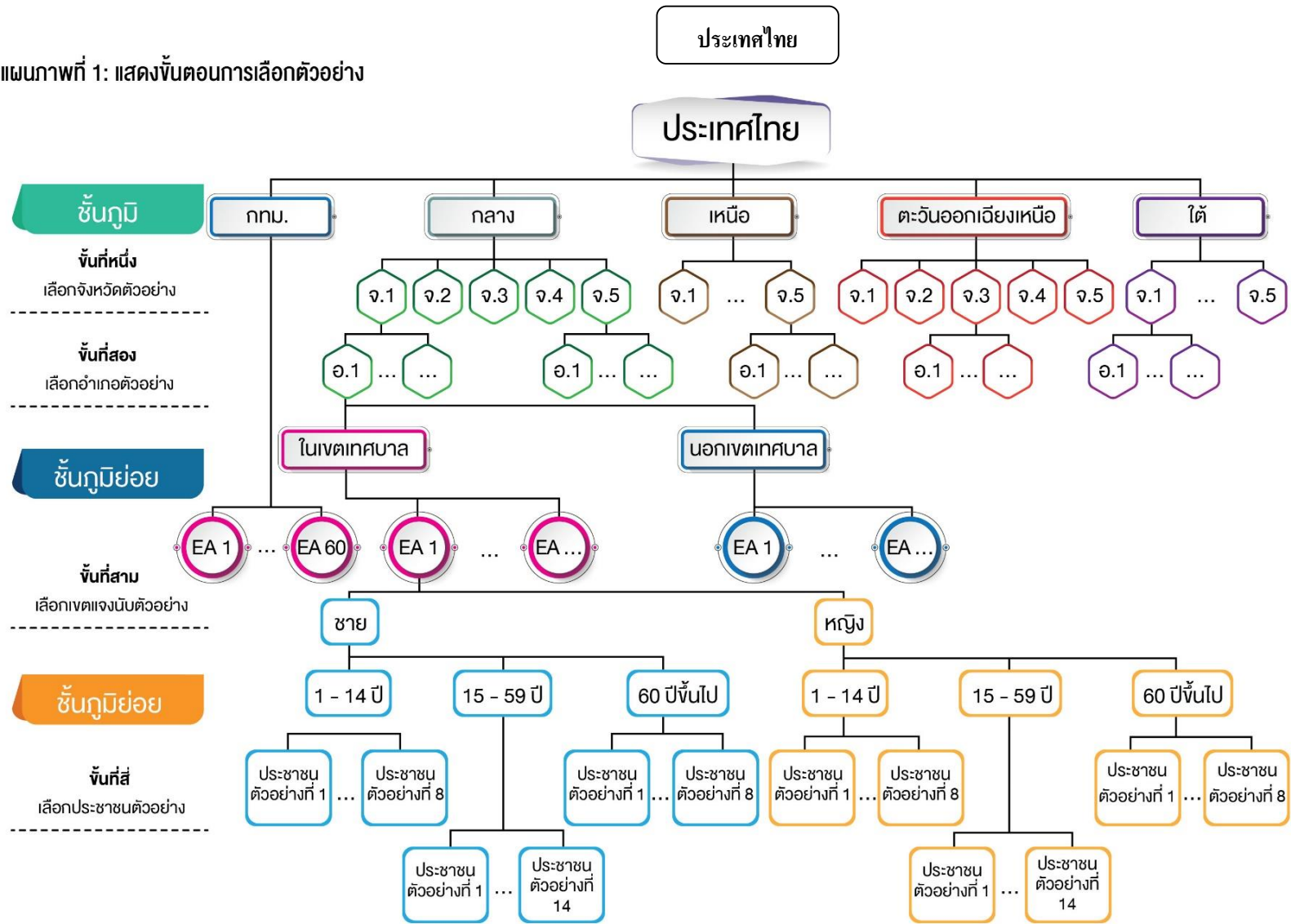
กรอบตัวอย่างขั้นสุดท้าย : บัญชีรายชื่อครัวเรือน และสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในแต่ละเขตเจนนับตัวอย่าง

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ในแต่ละเขตเจนนับตัวอย่าง ทำการเลือก คนตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) ได้จำนวนประชาชนตัวอย่างทั้งสิ้น 32,400 คน ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัม ดังนี้

ตารางที่ 2.4 จำนวนประชาชนตัวอย่าง จำแนกตามสตรีตัม และสตรีตัมย่อย

สตรีตัม	จำนวนประชาชนตัวอย่าง											
	รวม				ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
กรุงเทพฯ	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960				
กลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960
เหนือ	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960
ใต้	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960
รวมทั้งประเทศ	32,400	8,640	15,120	8,640	18,000	4,800	8,400	4,800	14,400	3,840	6,720	3,840

แผนภาพที่ 1: แสดงขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง



2.4 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อให้สามารถนำเสนอผลได้ทุกสตราตัม จะต้องกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละสตราตัมอย่างอิสระต่อกัน โดยได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ในกรณีใช้แผนการเลือกตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{k^2 r(1-r)}{E^2} \times \frac{1}{\text{response rate}} \times f ; E = E'r$$

โดยที่	n	=	ขนาดตัวอย่าง
	k	=	ค่าคงที่ของระดับความเชื่อมั่นที่ $1 - \alpha$
	r	=	สัดส่วนตัวชี้วัดสำคัญที่ต้องการศึกษา
	E	=	ขนาดของความคลาดเคลื่อน (Margin of error)
	E'	=	ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (Relative margin of error)
	response rate	=	อัตราการให้ความร่วมมือ
	f	=	ค่าคงที่สำหรับการปรับขนาดตัวอย่างกรณีใช้แผนแบบ การเลือกตัวอย่างหลายชั้น (Sample design effect)

หลังจากที่ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละสตราตัมแล้ว สิ่งที่ต้องนำมาใช้ประกอบการพิจารณาคือ ทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เวลา และกำลังคน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาจากแผนแบบการเลือกตัวอย่าง โดยขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นจะปรากฏอยู่ในหัวข้อ 2.3.1 – 2.3.4

2.5 การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

การคำนวณค่าประมาณยอดรวมของจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษา ต้องใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก ซึ่งสามารถคำนวณได้จากผลคูณของค่าต่าง ๆ เหล่านี้

2.5.1 การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (Base weights) คำนวณจากแผนการเลือกตัวอย่างที่ใช้ โดยค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นจะมีค่าเท่ากับผลคูณส่วนกลับของความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างจะถูกเลือกมาเป็น

ตัวแทนในแต่ละชั้น ในการสำรวจนี้แผนการเลือกตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ Stratified four – stage sampling ดังนั้นความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างในแต่ละชั้นจะถูกเลือกเป็นตัวแทนสามารถคำนวณได้ดังนี้

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 (จังหวัดตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่าย

(Simple random sampling) ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{a_h}{A_h}$ โดยที่

a_h คือ จำนวนจังหวัดตัวอย่าง ในภาค h

A_h คือ จำนวนจังหวัดทั้งสิ้น ในภาค h

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 (อำเภอตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size systematic sampling) ด้วยความ

น่าจะเป็น $\frac{B_{hcd}}{B_{hc}}$ โดยที่

B_{hcd} คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น ในอำเภอ d จังหวัด c ภาค h

B_{hc} คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น ในจังหวัด c ภาค h

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 3 (เขตเจนนับตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size systematic sampling) ด้วย

ความน่าจะเป็น $\frac{B_{hc di}}{B_{hcd}}$ โดยที่

$B_{hc di}$ คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น ของเขตเจนนับตัวอย่าง i อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

B_{hcd} คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น ของอำเภอ d จังหวัด c ภาค h

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 4 (ประชาชนตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ

(Systematic sampling) ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{n_{hcdeijk}}{N_{hcdeijk}}$ โดยที่

$n_{hcdeijk}$ คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างตามที่กำหนด ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตเจนนับ i เขตการปกครอง e อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

$N_{hcdeijk}$ คือ จำนวนประชาชนทั้งสิ้นตามที่กำหนด ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตเจนนับ i เขตการปกครอง e อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นสำหรับประชาชนตัวอย่าง f กลุ่มอายุ k เพศ j เขตเจนนับ i เขตการปกครอง e อำเภอ d จังหวัด c ภาค h คือ

$$W_{hcdeijkf} = \frac{A_h}{a_h} \times \frac{B_{hc}}{Z_{hc} B_{hcd}} \times \frac{B_{hcd}}{m_{hcd} B_{hc di}} \times \frac{N_{hcdeijk}}{n_{hcdeijk}}$$

โดยที่ Z_{hc} = จำนวนอำเภอตัวอย่าง ของจังหวัด c ภาค h

m_{hcd} = จำนวนเขตเจนนับตัวอย่าง ของอำเภอ d จังหวัด c ภาค h

2.5.2 การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการไม่ตอบ (Non-response adjustment)

$$Adj_NR_{hejk} = \frac{n_{hejk}}{n'_{hejk}}$$

โดยที่ n_{hejk} คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างตามที่กำหนด ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h

n'_{hejk} คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h

2.5.3 การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (Post stratification calibration adjustment)

การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมินั้น ใช้ค่าคาดประมาณจำนวนประชากรที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป ณ พฤศจิกายน 2556 โดยเป็นค่าจำนวนประชากร ของกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h

$$Adj_NC_{hcej k} = \frac{N_{hcej k}}{N'_{hcej k}}$$

โดยที่ $N_{hcej k}$ คือ จำนวนประชากรที่ได้จากค่าคาดประมาณ ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h

$N'_{hcej k}$ คือ ค่าประมาณจำนวนประชากร ในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h ที่คำนวณก่อนปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยค่าคาดประมาณประชากร

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักสุดท้าย (Final weights) ที่กำหนดให้แต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้ายนั้น ได้คำนวณจากผลคูณของค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (Base weights) การปรับการไม่ตอบ (Non-response

adjustment) และการปรับด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ โดยค่าถ่วงน้ำหนักนี้จะใช้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมาณค่าประชากร

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม											
			รวม				ชาย				หญิง			
			รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
กรุงเทพฯ	15	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480
ภาคกลาง														
ลพบุรี	4	19	1,140	304	532	304	570	152	266	152	570	152	266	152
นครนายก	3	19	1,140	304	532	304	570	152	266	152	570	152	266	152
นครปฐม	3	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
สมุทรปราการ	3	34	2,040	544	952	544	1,020	272	476	272	1,020	272	476	272
ระยอง	3	25	1,500	400	700	400	750	200	350	200	750	200	350	200
รวมภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	16	120	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	ในเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
กรุงเทพฯ	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480
ภาคกลาง													
ลพบุรี	5	300	80	140	80	150	40	70	40	150	40	70	40
นครนายก	3	180	48	84	48	90	24	42	24	90	24	42	24
นครปฐม	6	360	96	168	96	180	48	84	48	180	48	84	48
สมุทรปราการ	26	1,560	416	728	416	780	208	364	208	780	208	364	208
ระยอง	20	1,200	320	560	320	600	160	280	160	600	160	280	160
รวมภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	นอกเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคกลาง													
ลพบุรี	14	840	224	392	224	420	112	196	112	420	112	196	112
นครนายก	16	960	256	448	256	480	128	224	128	480	128	224	128
นครปฐม	17	1,020	272	476	272	510	136	238	136	510	136	238	136
สมุทรปราการ	8	480	128	224	128	240	64	112	64	240	64	112	64
ระยอง	5	300	80	140	80	150	40	70	40	150	40	70	40
รวมภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัด ตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม											
			รวม				ชาย				หญิง			
			รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคเหนือ														
เชียงใหม่	4	20	1,200	320	560	320	600	160	280	160	600	160	280	160
ลำพูน	3	32	1,920	512	896	512	960	256	448	256	960	256	448	256
แพร่	3	28	1,680	448	784	448	840	224	392	224	840	224	392	224
พิษณุโลก	3	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
กำแพงเพชร	4	17	1,020	272	476	272	510	136	238	136	510	136	238	136
รวมภาคเหนือ	17	120	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัด ตัวอย่าง	ในเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคเหนือ													
เชียงใหม่	6	360	96	168	96	180	48	84	48	180	48	84	48
ลำพูน	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
แพร่	17	1,020	272	476	272	510	136	238	136	510	136	238	136
พิษณุโลก	6	360	96	168	96	180	48	84	48	180	48	84	48
กำแพงเพชร	8	480	128	224	128	240	64	112	64	240	64	112	64
รวมภาคเหนือ	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	นอกเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคเหนือ													
เชียงใหม่	14	840	224	392	224	420	112	196	112	420	112	196	112
ลำพูน	9	540	144	252	144	270	72	126	72	270	72	126	72
แพร่	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
พิษณุโลก	17	1,020	272	476	272	510	136	238	136	510	136	238	136
กำแพงเพชร	9	540	144	252	144	270	72	126	72	270	72	126	72
รวมภาคเหนือ	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม											
			รวม				ชาย				หญิง			
			รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ														
บึงกาฬ	3	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
เลย	4	18	1,080	288	504	288	540	144	252	144	540	144	252	144
ขอนแก่น	5	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
บุรีรัมย์	5	33	1,980	528	924	528	990	264	462	264	990	264	462	264
อุบลราชธานี	5	23	1,380	368	644	368	690	184	322	184	690	184	322	184
รวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22	120	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่างจำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	ในเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ													
บึงกาฬ	13	780	208	364	208	390	104	182	104	390	104	182	104
เลย	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
ขอนแก่น	13	780	208	364	208	390	104	182	104	390	104	182	104
บุรีรัมย์	18	1,080	288	504	288	540	144	252	144	540	144	252	144
อุบลราชธานี	5	300	80	140	80	150	40	70	40	150	40	70	40
รวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	นอกเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ													
บึงกาฬ	10	600	160	280	160	300	80	140	80	300	80	140	80
เลย	7	420	112	196	112	210	56	98	56	210	56	98	56
ขอนแก่น	10	600	160	280	160	300	80	140	80	300	80	140	80
บุรีรัมย์	15	900	240	420	240	450	120	210	120	450	120	210	120
อุบลราชธานี	18	1,080	288	504	288	540	144	252	144	540	144	252	144
รวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	รวม												
		จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
			รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคใต้														
สุราษฎร์ธานี	4	29	1,740	464	812	464	870	232	406	232	870	232	406	232
กระบี่	3	13	780	208	364	208	390	104	182	104	390	104	182	104
พัทลุง	4	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
สงขลา	4	56	3,360	896	1,568	896	1,680	448	784	448	1,680	448	784	448
ยะลา	3	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
รวมภาคใต้	18	120	7,200	1,920	3,360	1,920	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960
รวม		540	32,400	8,640	15,120	8,640	16,200	4,320	7,560	4,320	16,200	4,320	7,560	4,320

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	ในเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคใต้													
สุราษฎร์ธานี	18	1,080	288	504	288	540	144	252	144	540	144	252	144
กระบี่	2	120	32	56	32	60	16	28	16	60	16	28	16
พัทลุง	3	180	48	84	48	90	24	42	24	90	24	42	24
สงขลา	34	2,040	544	952	544	1,020	272	476	272	1,020	272	476	272
ยะลา	3	180	48	84	48	90	24	42	24	90	24	42	24
รวมภาคใต้	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480
รวม	300	18,000	4,800	8,400	4,800	9,000	2,400	4,200	2,400	9,000	2,400	4,200	2,400

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ประจำปีพ.ศ. 2562-2563
ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามเขตการปกครอง เพศ กลุ่มอายุ จังหวัดตัวอย่าง และภาค (54 Domains)

จังหวัดตัวอย่าง	นอกเขตเทศบาล												
	จำนวน SITE ตัวอย่าง	รวม				ชาย				หญิง			
		รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปี ขึ้นไป
ภาคใต้													
สุราษฎร์ธานี	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
กระบี่	11	660	176	308	176	330	88	154	88	330	88	154	88
พัทลุง	8	480	128	224	128	240	64	112	64	240	64	112	64
สงขลา	22	1,320	352	616	352	660	176	308	176	660	176	308	176
ยะลา	8	480	128	224	128	240	64	112	64	240	64	112	64
รวมภาคใต้	60	3,600	960	1,680	960	1,800	480	840	480	1,800	480	840	480
รวม	240	14,400	3,840	6,720	3,840	7,200	1,920	3,360	1,920	7,200	1,920	3,360	1,920

บทที่ 3

ลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว

ศ. พญ. ลัดดา เหมาะสุวรรณ

ศ. นพ. วิชัย เอกพลากร

สภาพแวดล้อมของเด็ก ประกอบด้วย ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลสูงต่อเด็ก ครอบครัวที่สมบูรณ์ การศึกษาของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กรวมทั้งเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวล้วนมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในชุมชนหรือละแวกบ้านที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเจริญวัยของเด็กยังเป็นได้ทั้งปัจจัยเกื้อหนุนหรือขัดขวางสุขภาพของเด็ก

ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก

ลักษณะประชากรของเด็กตัวอย่าง

เด็กกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจอายุ 1-14 ปีมีจำนวน 7,186 คน เป็นชาย 3,654 คน และหญิง 3,532 คน เป็นเด็กอายุ 1-5 ปี 2,485 คน (ร้อยละ 34.6) เด็กอายุ 6-9 ปี 2,032 คน (ร้อยละ 28.3) และเด็กอายุ 10-14 ปี 2,669 คน (ร้อยละ 37.1) โดยมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ เขตการปกครอง และภาค ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การกระจายของเด็กตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
1-5 ปี	1,251	34.2	1,234	34.9	2,485	34.6
6-9 ปี	1,048	28.7	984	27.9	2,032	28.3
10-14 ปี	1,355	37.1	1,314	37.2	2,669	37.1
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,865	51.0	1,806	51.1	3,671	51.1
นอกเขตเทศบาล	1,789	49.0	1,726	48.9	3,515	48.9

ตารางที่ 3.1 การกระจายของเด็กตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค (ต่อ)

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาค						
เหนือ	840	23.0	811	23.0	1,651	23.0
กลาง	830	22.7	834	23.6	1,664	23.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	946	25.9	852	24.1	1,798	25.0
ใต้	787	21.5	795	22.5	1,582	22.0
กรุงเทพฯ	251	6.9	240	6.8	491	6.8
รวม	3,654	100	3,532	100	7,186	100

เด็กกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.5) เด็กร้อยละ 6.5 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 30.9) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 10.3) เด็กร้อยละ 1.1 นับถือศาสนาคริสต์โดยอยู่ในภาคเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 3.4)

จำนวนพี่น้อง (รวมเด็กตัวอย่าง) ที่มีพ่อแม่เดียวกันเท่ากับ 2 คน (ค่ามัธยฐาน) ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 20 คน ร้อยละ 50.1 เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 35.6 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 11.1 เป็นบุตรคนที่ 3 และร้อยละ 2.3 เป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไป โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างภาคใต้เป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไปสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 4.2)

การศึกษาของเด็ก

ในเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 78.9 ครอบครัวเลี้ยงเองที่บ้าน ร้อยละ 15.5 ถูกส่งไปโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยภาคกลางมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 23.1) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 18.4) ในขณะที่เด็กร้อยละ 2.3 ถูกส่งไปสถานรับเลี้ยงเด็ก เมื่อเด็กอายุได้ 3-5 ปี ร้อยละ 78.7 อยู่โรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์เด็กเล็ก ในขณะที่อยู่บ้านลดลงเหลือร้อยละ 16.1 ร้อยละ 99.6 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 99.1 ของกลุ่มเด็กอายุ 10-14 ปี ยังคงศึกษาอยู่ในโรงเรียน

การทำงานและรายได้ของเด็ก

ร้อยละ 1.8 ของเด็กตัวอย่างอายุ 10-14 ปี ทำงานแล้วโดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มทำงานคือ 11.9 ปี

ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว

ผู้อุปการะและผู้เลี้ยงดูเด็ก

ผู้อุปการะเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง ผู้ที่ให้เงินเด็ก และส่งเสียเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ เด็กอยู่ในความอุปการะของพ่อและแม่น้อยลงกว่าการสำรวจที่ผ่านมา จากร้อยละ 80.3 ในปี พ.ศ. 2544¹ และร้อยละ 75.5 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552² เป็นร้อยละ 69.3 ในการสำรวจฯ ปี พ.ศ. 2557 และเป็นร้อยละ 69.5 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เด็กอยู่ในอุปการะของแม่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 ในปี พ.ศ. 2544¹ และร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2551-2552² เป็นร้อยละ 12.9 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 และร้อยละ 12.2 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เด็กอยู่ในอุปการะของพ่อคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551-2552² และเท่าเดิมร้อยละ 3.8 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 และร้อยละ 4.6 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบรายภาค เด็กในภาคใต้อยู่ในความอุปการะของทั้งพ่อและแม่สูงสุด (ร้อยละ 86.5) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 70.0) ร้อยละ 17.2 ของเด็กในภาคกลางอยู่ในความอุปการะของแม่คนเดียวสูงกว่าภาคอื่น รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครร้อยละ 12.2

สถานภาพสมรสของพ่อแม่

ประมาณร้อยละ 61.6 ของเด็กตัวอย่าง 1-14 ปีมีพ่อแม่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 9.5 พ่อแม่ไม่ได้สมรสแต่เลี้ยงดูด้วยกัน พ่อแม่หย่าแยกกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2551-2552² เป็นร้อยละ 14.2 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 และร้อยละ 20.7 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6

เมื่อจำแนกตามอายุ เด็กตัวอย่างอายุ 1-5 ปีพ่อแม่สมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 65.9 และลดลงเหลือร้อยละ 58.7 และ 59.7 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปีตามลำดับ เด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี อยู่ใน การดูแลของพ่อหรือแม่ที่ไม่ได้สมรสและเลี้ยงดูคนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 2.4) ร้อยละของพ่อแม่ที่เป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุจากร้อยละ 0.7 ในเด็กอายุ 1-5 ปี เป็นร้อยละ 2.2 ในเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 3.8 ในเด็กอายุ 10-14 ปี พ่อแม่หย่าเลิกกันเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุเช่นกัน จากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 25.1 และร้อยละ 24.0 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง สถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลที่ยังอยู่ด้วยกันนั้นน้อยกว่าพ่อแม่ของเด็กนอกเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ เมื่อเปรียบเทียบตามภาค เด็กในภาคใต้มีพ่อแม่ที่ยังสมรสและอยู่ด้วยกันสูงสุด (ร้อยละ 68.9) ส่วนเด็กในกรุงเทพมหานครมีพ่อแม่หย่ากันมากที่สุด ร้อยละ 26.1 รองลงมาคือ ภาคกลางร้อยละ 22.0 ภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 19.8 เท่ากัน และภาคใต้อีกร้อยละ 18.7

ระดับการศึกษาของพ่อแม่

พ่อและแม่ของเด็กตัวอย่างกลุ่มอายุ 1-5 ปี มีการศึกษาสูงกว่าพ่อและแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี และเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ แมมีระดับการศึกษาสูงกว่าพ่อทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 18.4 ของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลดลงเป็นร้อยละ 12.8 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี

และร้อยละ 10.4 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี ในขณะที่ร้อยละ 30.5 ของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี จบระดับประถมศึกษา ลดลงเป็นร้อยละ 18.7 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 14.0 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี สำหรับพ่อ ร้อยละ 13.7 ของพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลดลงเป็นร้อยละ 10.8 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 9.4 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี ในขณะที่ร้อยละ 37.8 ของพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี จบระดับประถมศึกษา ลดลงเป็นร้อยละ 26.8 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 20.0 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี

อาชีพของพ่อแม่

พ่อและแม่ของเด็กตัวอย่างทุกกลุ่มอายุมีอาชีพรับจ้างสูงสุดคือ ร้อยละ 40.3, 44.5 และ 43.4 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี กลุ่มอายุ 6-9 ปี และกลุ่มอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 30.6, 36.5 และ 38.2 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี กลุ่มอายุ 6-9 ปี และกลุ่มอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ อาชีพอันดับรองลงมาของพ่อทุกกลุ่มอายุคือ เกษตรกร อาชีพอันดับที่สามของพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี กลุ่มอายุ 6-9 ปี และกลุ่มอายุ 10-14 ปีคือ พนักงานบริการ ส่วนอันดับที่สองของแม่ของเด็กแต่ละกลุ่มอายุไม่เหมือนกัน อันดับที่สองของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีคือ ไม่ได้ทำอาชีพแต่เป็นแม่บ้าน ของแม่เด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี และกลุ่มอายุ 10-14 ปี คือ อาชีพงานบริการ สำหรับอันดับที่สาม ของแม่เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี และ กลุ่ม 10-14 ปี คือ เกษตรกร ส่วนกลุ่มอายุ 10-14 ปี เป็นแม่บ้าน

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ของเด็กทุกกลุ่มอายุยังคงเป็นแม่ รองลงมาคือ ตายาย ปู่ย่า และพ่อ สัดส่วนของผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่/ย่า/ตา/ยายมีแนวโน้มลดลงเมื่อเด็กโตขึ้น ในขณะที่แม่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น (ตารางที่ 3.2) ในเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี เด็กในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.6 ภาคใต้ร้อยละ 0.4 ภาคกลางร้อยละ 0.3 ภาคเหนือร้อยละ 0.2 อยู่ในความดูแลของคนรับจ้างเลี้ยงเด็กในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีน้อยมาก ส่วนเด็กกลุ่มอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 0.2 และกลุ่มอายุ 10-14 ปีร้อยละ 0.1 ในภาคกลางอยู่ในความดูแลของคนรับจ้างเลี้ยงเด็กในขณะที่ภาคอื่นมีสัดส่วนเหล่านี้ น้อย

ตารางที่ 3.2 ร้อยละของผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ จำแนกตามกลุ่มอายุของเด็ก

	1-5 ปี	6-9 ปี	10-14 ปี	รวม
แม่	55.3	51.2	59.3	55.6
พ่อ	5.4	7.3	8.2	7.0
ปู่ย่า	12.9	13.6	8.6	11.5
ตายาย	24.1	25.3	20.8	23.3
ลูกบ้านน้ำอา	2.1	2.3	3.1	2.5

ตารางที่ 3.2 ร้อยละของผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ จำแนกตามกลุ่มอายุของเด็ก (ต่อ)

	1-5 ปี	6-9 ปี	10-14 ปี	รวม
พี่เลี้ยงเด็กในบ้าน	0.0	0.3	0.0	0.1
คนรับจ้างเลี้ยงเด็ก	0.2	0.1	0.0	0.1

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2544¹ ปี 2551-2552² และ ปี 2557 (ตารางที่ 3.3) แต่ผู้จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีสัดส่วนน้อยกว่าจากการสำรวจครั้งที่แล้ว ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลจบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากกว่าผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่นอกเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3.3 ร้อยละของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ จำแนกตามระดับการศึกษาและกลุ่มอายุ

ระดับการศึกษาของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่	ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ของกลุ่มอายุ			
	1-5 ปี	6-9 ปี	10-14 ปี	รวม
ไม่เคยเรียน	7.2	5.4	4.7	5.9
ประถมศึกษา	69.4	72.5	75.9	72.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	8.2	8.2	6.5	7.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11.5	8.9	5.5	8.9
ปวส.หรืออนุปริญญา	1.4	2.2	1.9	1.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.3	2.8	5.6	3.4

หมายเหตุ รวมผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ที่เป็นพ่อแม่ที่เลี้ยงดูด้วย

สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย

สภาพการครอบครองที่อยู่อาศัยของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย มีลักษณะรูปแบบเดียวกันทุกกลุ่มอายุ คือ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 76.4 เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 74.5 และในเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 80.8) ซึ่งสูงกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 รองลงมาคือ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 15.1 เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 15.3 และเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 9.4) และอยู่บ้านเช่า (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 5.6 เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 7.5 และในเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 6.7) ครอบครัวตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือกันได้เมื่อเดือดร้อน

สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย

ในการสำรวจครั้งนี้ ชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย หมายถึง อาณาบริเวณรอบบ้านที่สามารถเดินถึงได้ในเวลา 30 นาทีหรือในรัศมี 1 กิโลเมตร เด็กตัวอย่างในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (ตารางที่ 3.4) ร้อยละ 91.3 เด็กอยู่ใกล้ร้านค้า ตลาด มินิมาร์ทหรือห้างสรรพสินค้าที่สามารถจะซื้อหาข้าวของหรืออาหาร โดยมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 49.3 อยู่ใกล้สถานีนอนาัมัย ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลหรือคลินิก โดยในเขตเทศบาลอยู่ใกล้มากกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 48.3 อยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลอยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่าครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 66.9 อยู่ใกล้โรงเรียนหรือสถานศึกษา โดยมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเล็กน้อยเช่นกัน ร้อยละ 56.5 อยู่ใกล้สนามเด็กเล่น ลานกีฬาหรือสนามกีฬา โดยในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 76.4 อยู่ใกล้ศาสนสถาน วัด โบสถ์ หรือมัสยิด โดยในกลุ่มนอกเขตเทศบาลอยู่ใกล้ศาสนสถานมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 31.5 ของเด็กตัวอย่างอยู่ใกล้ศาลาอ่านหนังสือหรือห้องสมุด ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจครั้งที่แล้วเล็กน้อย ร้อยละ 69.7 อยู่ใกล้หอกระจายข่าวหรือศาลาชุมชน โดยกลุ่มนอกเขตเทศบาลอยู่ใกล้มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละของครอบครัวที่อยู่ใกล้สวนหย่อมหรือสวนสาธารณะมีจำนวนต่ำใกล้เคียงกับการสำรวจครั้งที่แล้วคือ ร้อยละ 32.2 โดยกลุ่มที่อยู่ในเขตเทศบาลมีร้อยละของครอบครัวที่อยู่ใกล้สวนหย่อมและสวนสาธารณะสูงกว่าครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลอย่างมาก (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 ร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่ดีและเขตการปกครอง

สิ่งแวดล้อมดี	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร้านค้า/ตลาด/มินิมาร์ท/ ห้างสรรพสินค้า	6,543	91.3	3,398	94.6	3,145	89.6
สถานีนอนาัมัย/ศูนย์สาธารณสุข ชุมชน/โรงพยาบาล/คลินิก	3,732	49.3	2,134	60.6	1,598	43.5

ตารางที่ 3.4 ร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่ดีและเขตการปกครอง (ต่อ)

สิ่งแวดล้อมดี	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็ก	3,654	48.3	1,955	51.6	1,699	46.6
โรงเรียนหรือสถานศึกษา/มหาวิทยาลัย	4,872	66.9	2,615	70.9	2,257	64.8
สวนหย่อม/สวนสาธารณะ	2,389	32.2	1,597	47.2	792	24.5
สนามเด็กเล็ก/ลานกีฬา/สนามกีฬา	4,112	56.5	2,328	65.9	1,784	51.6
วัด/โบสถ์/มัสยิด	5,550	76.4	2,894	74.6	2,656	77.3
ศาลาอ่านหนังสือ / ห้องสมุด	2,410	31.5	1,355	35.0	1,055	29.7
หอกระจายข่าว / ศาลาชุมชน	5,104	69.7	2,637	68.7	2,467	70.3

สำหรับสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง ร้อยละ 76.5 ของครอบครัวของเด็กตัวอย่างอยู่ใกล้ร้านขายสุราซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยมีความแตกต่างกันระหว่างในและนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ร้อยละ 20.7 อยู่ใกล้ร้านเกมหรือร้านอินเทอร์เน็ตซึ่งต่ำกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลอยู่ใกล้ร้านเกมหรือร้านอินเทอร์เน็ตมากกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 8.9 อยู่ใกล้บ่อนการพนันซึ่งต่ำกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 โดยมีเด็กในเขตเทศบาลอยู่ใกล้เป็นจำนวนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 8.4 อยู่ใกล้ชุมชนแออัด โดยเด็กในเขตเทศบาลอยู่ใกล้ชุมชนแออัดมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลประมาณ 3 เท่ากว่า ร้อยละ 37.9 อยู่ใกล้เสาไฟฟ้าแรงสูงซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก (ตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 ร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงอันตรายใกล้บ้าน และเขตการปกครอง

สิ่งแวดล้อมไม่ดี	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บ่อนการพนัน	607	8.9	359	10.0	248	8.4
ร้านขายสุรา	5,330	76.5	2,804	79.0	2,526	75.3
สถานเริงรมย์ / บาร์ / ไนต์คลับ	389	5.6	288	9.7	101	3.5
ชุมชนแออัด	601	8.4	475	16.4	126	4.3
โรงงานอุตสาหกรรม	957	12.5	597	17.8	360	9.8
คูน้ำ/หนองน้ำ/แม่น้ำ/ลำคลอง	4,855	66.6	2,383	64.8	2,472	67.5
เสาไฟฟ้าแรงสูง	2,610	37.9	1,376	41.2	1,234	36.1
ร้านเกม/ร้านอินเทอร์เน็ต	1,541	20.7	1,055	32.9	486	14.4
ร้านขายบุหรี่	6,042	85.4	3,118	87.6	2,924	84.2
สถานที่กำจัดขยะ	626	9.0	321	8.6	305	9.2

ตารางที่ 3.6 ร้อยละการมีสารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และสารเคมีกำจัดวัชพืช ภายในบ้าน ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา จำแนกตามเขตการปกครอง

	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารเคมีกำจัดแมลง (insecticide) ภายในบ้าน	4,741	67.0	2,427	68.1	2,314	66.4
สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticide) ในสวน/ไร่	1,665	23.2	616	10.9	1,049	29.5
สารเคมีกำจัดวัชพืช (herbicide) ในสวน/ไร่	1,934	27.3	718	12.9	1,216	34.8

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เด็กอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 67.0 ภายในบ้านมีสารกำจัดแมลงภายในบ้าน ร้อยละ 23.2 มีสารกำจัดศัตรูพืชภายในสวน/ไร่ และร้อยละ 27.3 มีสารกำจัดวัชพืชภายในสวน/ไร่ ซึ่งสารเคมีกำจัดแมลงในบ้านของเด็กในเขตและนอกเขตมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสารเคมีกำจัดวัชพืช นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนมากกว่าในเขตเทศบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองคารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่: ลิมบราเคอร์สการพิมพ์จำกัด, 2547.
2. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว. ใน: วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2: สุขภาพเด็ก. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. 2554; 21-6.

บทที่ 4

พฤติกรรมสุขภาพ

ศ. พญ. ลัดดา เหมาะสุวรรณ

ศ. นพ. วิชัย เอกพลากร

พฤติกรรมทางสุขภาพของเด็ก ได้แก่ ระยะเวลาอน กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการดูโทรทัศน์ พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ล้วนมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น พฤติกรรมในวัยนี้ หากไม่ได้รับการปรับแก้จะติดเป็นนิสัยในวัยผู้ใหญ่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมเหล่านี้เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นผลของมาตรการต่าง ๆ และเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนแก้ไขต่อไป

การนอนหลับ

ระยะเวลาอน

ระยะเวลาอนสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการสำรวจ ฯ ครั้งที่ 6 นี้ ระยะเวลาอนในวันธรรมดาพบ เด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 1-5 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.6 ชั่วโมง เด็กอายุ 6-9 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.3 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 8.7 ชั่วโมง ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ พบความแตกต่างเล็กน้อยของค่าเฉลี่ยเวลานอนของเด็กระหว่างเขตการปกครองและภาค สำหรับระยะเวลาอนวันหยุด พบเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 1-5 ปี และ 6-9 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.8 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.3 ชั่วโมง ไม่พบความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง พบความแตกต่างเล็กน้อยของค่าเฉลี่ยเวลานอนของเด็กระหว่างเพศและภาค (ตารางที่ 4.1-4.2)

ร้อยละ 48.8 ของเด็กอายุ 1-5 ปี นอนในวันธรรมดาน้อยกว่าวันละ 10 ชั่วโมง ส่วนเด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปีนอนน้อยกว่าวันละ 10 ชั่วโมงร้อยละ 58.5 และ 76.0 ตามลำดับ และนอนน้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมงร้อยละ 1.3, 2.9 และ 16.6 ตามลำดับ เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีร้อยละของการนอนมากกว่า 8 ชั่วโมงน้อยกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล (รูปที่ 4.1-4.2)

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาอนวันธรรมชาติของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค

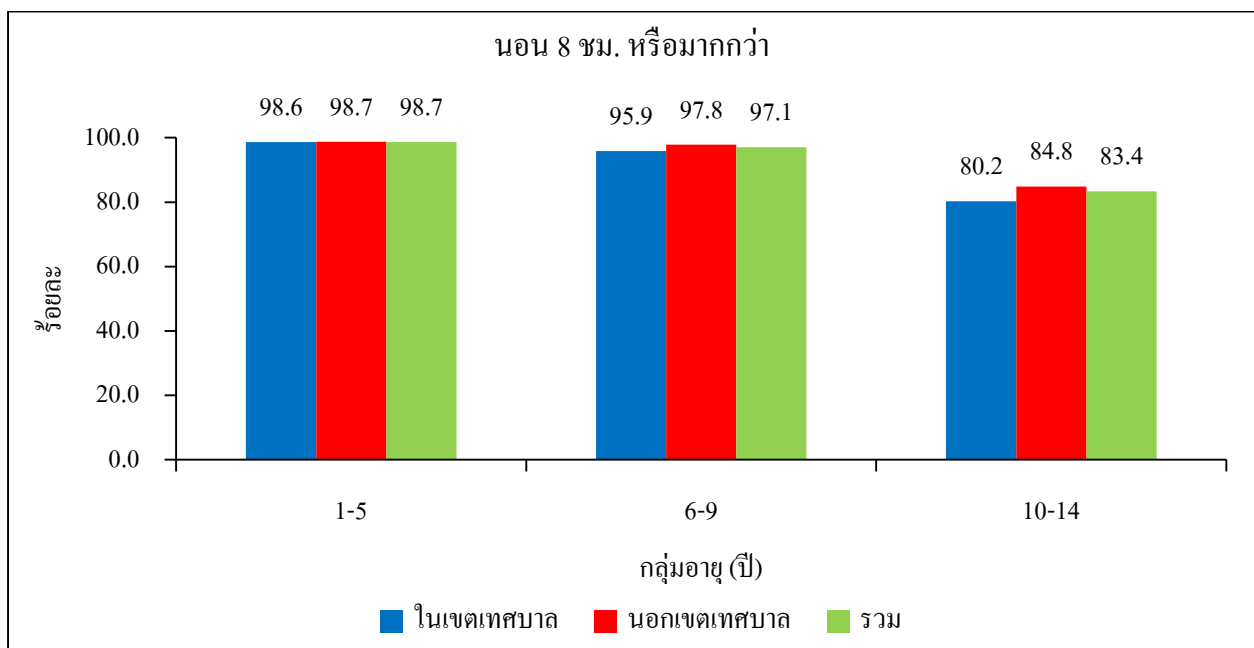
	ชาย					หญิง					รวม				
	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max
กลุ่มอายุ															
1-5 ปี	1,235	5.0	9.6	1.0	13.0	1,224	6.0	9.6	1.0	14.0	2,459	5.0	9.6	1.0	14.0
6-9 ปี	1,033	5.0	9.3	1.0	12.0	968	6.0	9.4	0.9	15.0	2,001	5.0	9.3	0.9	15.0
10-14 ปี	1,314	4.0	8.8	1.3	14.0	1,269	4.0	8.6	1.2	14.0	2,583	4.0	8.7	1.3	14.0
เขตการปกครอง															
ในเขตเทศบาล	2,163	4.0	9.1	1.3	14.0	2,167	4.0	9.1	1.3	15.0	4,330	4.0	9.1	1.3	15.0
นอกเขตเทศบาล	2,146	4.0	9.2	1.3	14.0	2,081	4.0	9.3	1.3	14.0	4,227	4.0	9.3	1.3	14.0
ภาค															
เหนือ	999	4.0	9.1	1.2	13.0	967	4.0	9.2	1.3	15.0	1,966	4.0	9.1	1.2	15.0
กลาง	959	4.0	9.1	1.3	13.0	989	4.0	9.1	1.3	12.0	1,948	4.0	9.1	1.3	13.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,131	4.0	9.4	1.3	14.0	1,066	4.0	9.4	1.3	12.0	2,197	4.0	9.4	1.3	14.0
ใต้	944	4.0	9.2	1.3	14.0	955	4.0	9.2	1.3	14.0	1,899	4.0	9.2	1.3	14.0
กรุงเทพฯ	276	4.0	8.8	1.5	12.0	271	4.0	8.9	1.5	13.0	547	4.0	8.9	1.5	13.0
รวม	4,309	4.0	9.2	1.3	14.0	4,248	4.0	9.2	1.3	15.0	8,557	4.0	9.2	1.3	15.0

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาอนวันหยุดของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค

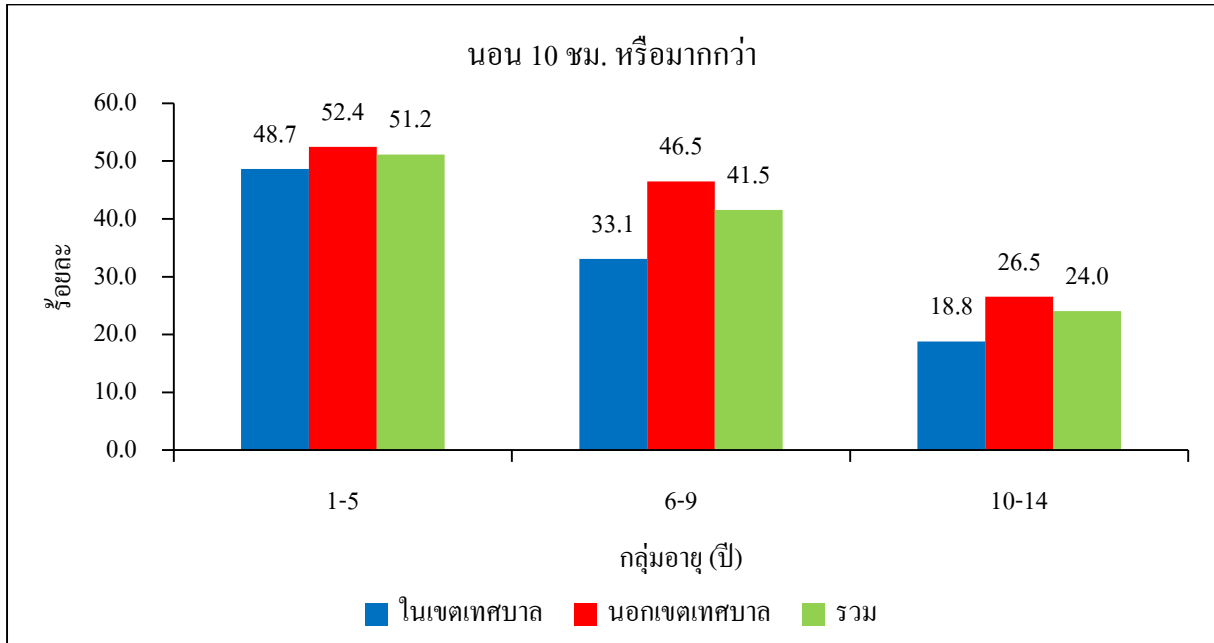
	ชาย					หญิง					รวม				
	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max
กลุ่มอายุ															
1-5 ปี	1,230	5.0	9.7	1.1	14.0	1,221	6.0	9.8	1.1	14.0	2,451	5.0	9.8	1.1	14.0
6-9 ปี	1,026	5.5	9.7	1.2	15.0	968	5.0	9.9	1.2	15.0	1,994	5.0	9.8	1.2	15.0
10-14 ปี	1,303	4.0	9.4	1.6	16.0	1,267	4.0	9.3	1.5	15.0	2,570	4.0	9.3	1.6	16.0
เขตการปกครอง															
ในเขตเทศบาล	2,145	4.0	9.6	1.5	15.0	2,159	4.0	9.7	1.4	15.0	4,304	4.0	9.6	1.4	15.0
นอกเขตเทศบาล	2,135	4.0	9.6	1.4	16.0	2,079	4.0	9.7	1.4	18.0	4,214	4.0	9.6	1.4	18.0
ภาค															
เหนือ	993	4.0	9.4	1.4	15.0	966	4.0	9.6	1.3	14.0	1,959	4.0	9.5	1.3	15.0
กลาง	954	4.0	9.6	1.5	15.0	992	4.0	9.7	1.5	18.0	1,946	4.0	9.6	1.5	18.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,120	4.0	9.7	1.4	15.0	1,060	4.0	9.7	1.4	15.0	2,180	4.0	9.7	1.4	15.0
ใต้	943	4.0	9.6	1.5	16.0	950	4.0	9.5	1.4	14.0	1,893	4.0	9.6	1.4	16.0
กรุงเทพฯ	270	4.0	9.6	1.7	15.0	270	4.0	9.8	1.6	13.0	540	4.0	9.7	1.6	15.0
รวม	4,280	4.0	9.6	1.5	16.0	4,238	4.0	9.7	1.4	18.0	8,518	4.0	9.6	1.4	18.0

National Sleep Foundation แนะนำให้เด็กอายุ 1-2 ปี อายุ 3-5 ปี และอายุ 6-13 ปีนอนคืนละ 11-14 ชั่วโมง, 10-13 ชั่วโมงและ 9-11 ชั่วโมงตามลำดับ¹ การนอนน้อยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Ghrelin ลด Leptin และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายชนิด รวมทั้งสารกระตุ้นการอักเสบที่นำไปสู่โรคอ้วน ภาวะคือ อินซูลินและเบาหวาน² จากการทบทวนแบบอภิมาน เด็กที่นอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง เสี่ยงอ้วนเป็น 1.89 เท่าของเด็กที่นอนเท่ากับหรือมากกว่า 10 ชั่วโมง³

รูปที่ 4.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่มีระยะเวลาการนอนในวันธรรมดา 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตามกลุ่มอายุและเขตการปกครอง



รูปที่ 4.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่มีระยะเวลาการนอนในวันธรรมดา 10 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตามกลุ่มอายุและเขตการปกครอง



กิจกรรมทางกาย

เพื่อให้หัวใจและปอดแข็งแรง (Cardio-pulmonary fitness) เด็กควรออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน⁴ ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 29.7 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 20.2 ของเด็กอายุ 10-14 ปี มีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำ เด็กชายมีการออกกำลังกายตามคำแนะนำได้สูงกว่าเด็กหญิง ในเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปีเด็กชายทำได้สูงกว่าเด็กหญิงเกือบ 2 เท่า เด็กในเขตเทศบาลมีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำน้อยกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย เมื่อจำแนกตามภาคพบว่า เด็กในภาคกลางมีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อยวันละ 60 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์หรือมากกว่า จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	95% CI		จำนวน	ร้อยละ	95% CI		จำนวน	ร้อยละ	95% CI	
			LL	UL			LL	UL			LL	UL
กลุ่มอายุ												
6-9 ปี	1,042	31.6	28.2	35.0	977	27.8	24.0	31.6	2,019	29.7	26.6	32.8
10-14 ปี	1,349	25.6	22.8	28.4	1,307	14.2	12.1	16.4	2,656	20.2	18.3	22.0
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	1,235	26.7	22.7	30.7	1,152	19.2	15.9	22.5	2,387	23.2	19.8	26.6
นอกเขตเทศบาล	1,156	29.0	25.9	32.1	1,132	20.8	18.1	23.6	2,288	24.9	22.7	27.2
ภาค												
เหนือ	537	33.5	27.8	39.1	508	22.9	18.5	27.4	1,045	28.4	25.0	31.8
กลาง	544	36.1	30.9	41.4	549	25.4	21.1	29.7	1,093	30.9	27.0	34.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	633	25.2	21.8	28.5	580	18.7	14.6	22.8	1,213	22.0	18.8	25.2
ใต้	496	17.4	12.8	21.9	485	11.0	7.7	14.2	981	14.3	11.0	17.6
กรุงเทพฯ	181	27.5	22.8	32.2	162	24.9	21.0	28.9	343	26.3	23.2	29.5

หมายเหตุ: CI = confidence interval; UL = upper limit; LL = lower limit

พฤติกรรมเนือยนิ่ง

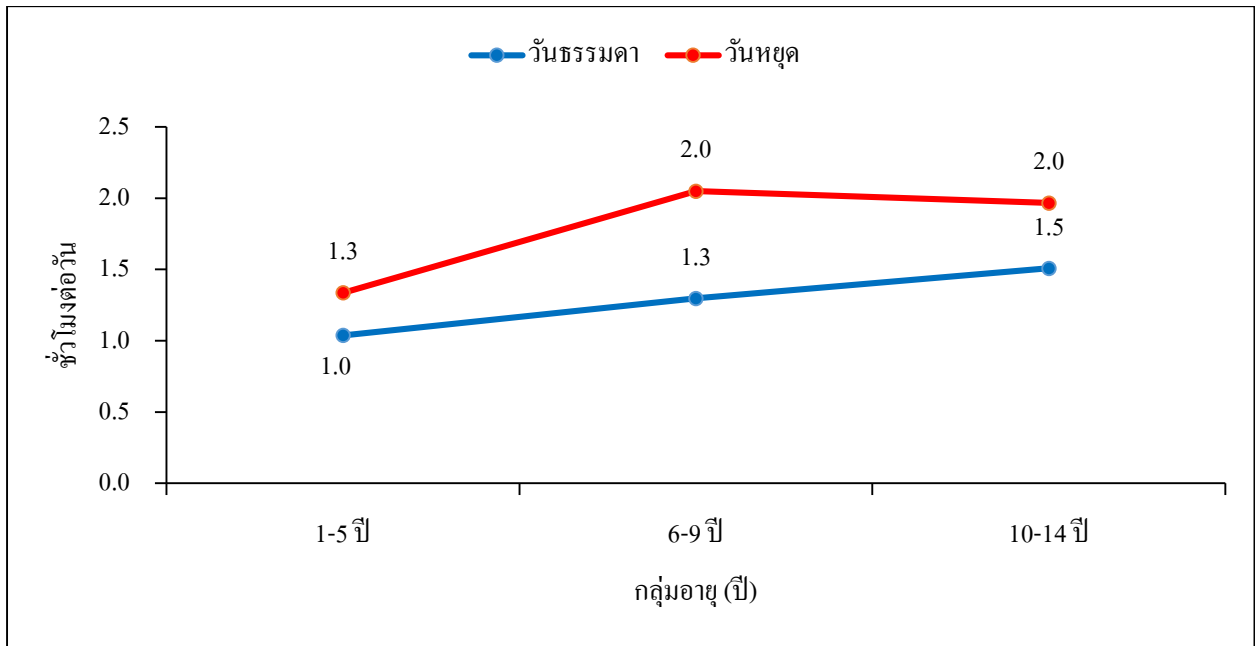
พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) โดยเฉพาะเวลาที่ใช้อยู่หน้าจอ (Screen times) ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียน ได้แก่ ดูโทรทัศน์ เล่นวิดีโอเกม คอมพิวเตอร์ มือถือ และแท็บเล็ต สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและความเสี่ยงในระบบหัวใจและเมแทบอลิซึม (Cardiometabolic risks) โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระไม่ขึ้นกับระดับกิจกรรมทางกาย ในการสำรวจครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลเวลาในการดูโทรทัศน์ พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต

พฤติกรรมการดูโทรทัศน์

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กมีการดูโทรทัศน์เพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีดูโทรทัศน์เฉลี่ยในวันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) 1.0 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ชั่วโมงต่อวันในเด็กอายุ 6-9 ปี และ 1.5 ชั่วโมงต่อวันในเด็กอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 4.3) หลังอายุ 6 ปีเด็กชายใช้เวลาดูโทรทัศน์มากกว่าเด็กหญิง เด็กในเขตเทศบาลดูโทรทัศน์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 1.5 เทียบกับร้อยละ 1.3) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กในกรุงเทพมหานครใช้เวลาในการดูโทรทัศน์สูงกว่าเด็กในภาคอื่น (2.2 ชั่วโมงต่อวัน) เด็กในภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้เวลาดูโทรทัศน์ 1.5, 1.5, 1.2 และ 1.1 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ

ในวันหยุดเด็กใช้เวลาในการดูโทรทัศน์เฉลี่ยสูงกว่าวันธรรมดาโดยเพิ่มเป็นวันละ 1.3 ชั่วโมงในเด็กอายุ 1-5 ปี วันละ 2.0 ชั่วโมงในเด็กอายุ 6-9 ปีและวันละ 2.0 ชั่วโมงในเด็กอายุ 10-14 ปี (รูปที่ 4.3) เด็กในเขตเทศบาลดูโทรทัศน์ในวันหยุดมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย และเมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบเด็กในกรุงเทพมหานคร และภาคกลางใช้เวลาในการดูโทรทัศน์สูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจ ครั้งที่ 5 เด็กทุกกลุ่มอายุใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ในวันธรรมดาและวันหยุดลดลง

รูปที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยของเวลาที่เด็กดูโทรทัศน์ในวันธรรมดาและวันหยุด (ชั่วโมงต่อวัน)



การดูโทรทัศน์นอกจากเป็นดัชนีทางอ้อมของการไม่เคลื่อนไหวร่างกายแล้ว การดูรายการโทรทัศน์ที่เต็มไปด้วยการโฆษณาอาหาร ขนมนและเครื่องดื่มที่อุดมด้วยแป้ง น้ำตาลและไขมันยังสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านี้และส่งผลให้เด็กอ้วนในที่สุด ในการสำรวจ ครั้งที่ 4 พบว่า การดูโทรทัศน์มากกว่าวันละ 2 ชั่วโมงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน โดยเฉพาะในเด็กหญิงที่มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเด็กชาย⁶

การใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต

พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์

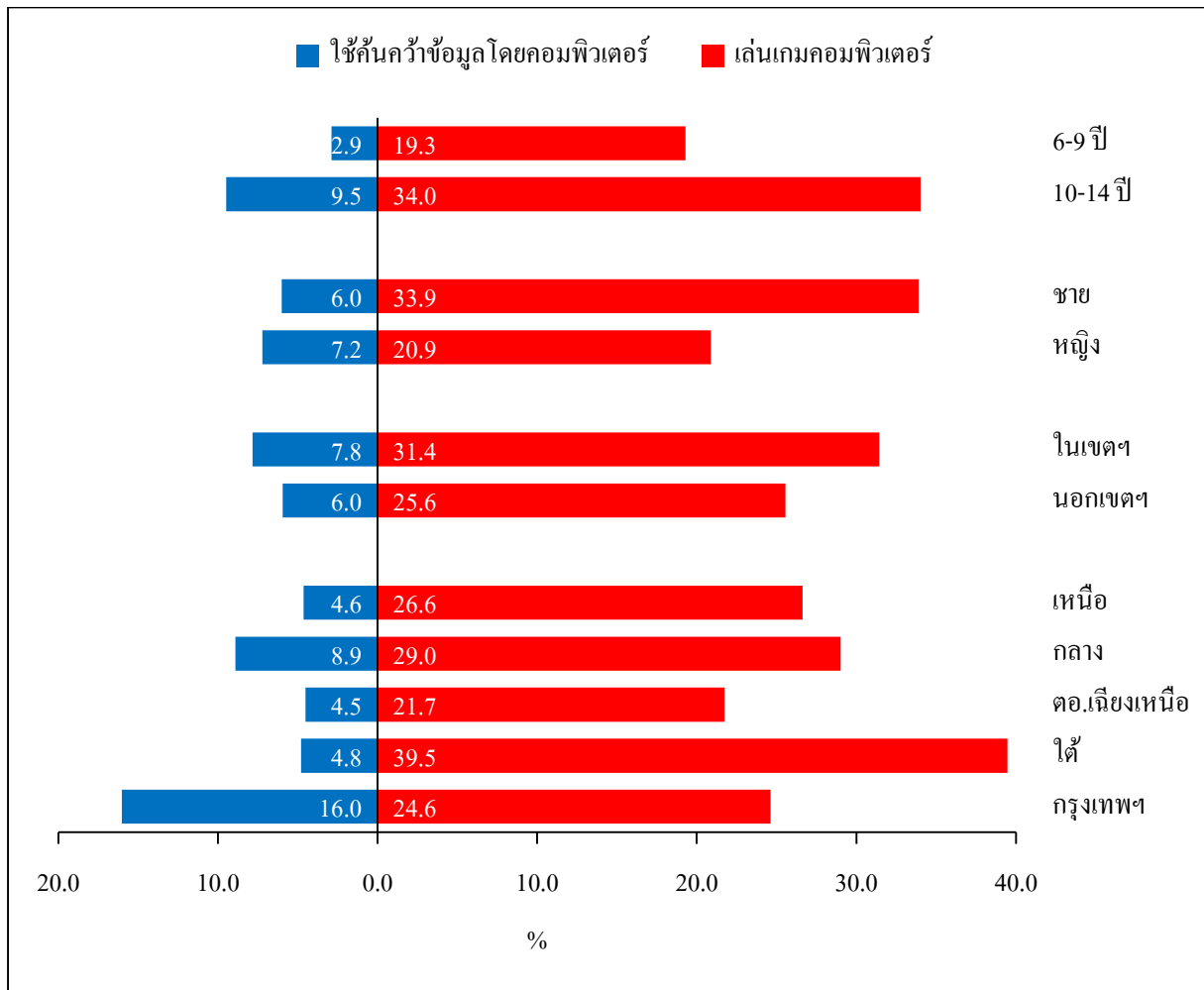
เด็กกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ใช้คอมพิวเตอร์/สมาร์ทโฟน/แท็บเล็ต อายุน้อยสุดที่ใช้คือ 1 ปี เด็กกลุ่มตัวอย่างได้ใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 6.4 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีเป็นร้อยละ 39.1 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 75.1 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เด็กในเขตเทศบาลใช้คอมพิวเตอร์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 56.5 และร้อยละ 51.6 ตามลำดับ) เด็กในกรุงเทพมหานครได้ใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ 62.0) รองลงมาคือ เด็กในภาคกลาง (ร้อยละ 59.2) ภาคใต้ (ร้อยละ 53.7) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 49.3) และภาคเหนือ (ร้อยละ 48.1)

การเล่นคอมพิวเตอร์ เด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุใช้คอมพิวเตอร์เล่นเกมมากกว่าใช้ค้นคว้าข้อมูลในการเรียนอย่างชัดเจน (รูปที่ 4.4)

สำหรับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า เด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (ร้อยละ 33.9 และ 20.9 ตามลำดับ) ร้อยละ 19.3 ของอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 34.0 ในเด็กอายุ 10-14 ปี เมื่อจำแนกตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในเขตเทศบาลใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 31.4 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในภาคใต้ใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ 39.5) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 29.0) ภาคเหนือ (ร้อยละ 26.6) กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 24.6) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.7) ตามลำดับ

การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลในการเรียน เด็กหญิงใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการเรียนวันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่าสูงกว่าเด็กชาย ร้อยละ 2.9 ของเด็กอายุ 6-9 ปีและร้อยละ 9.5 ในเด็กอายุ 10-14 ปี เมื่อจำแนกตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในเขตเทศบาลใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลในการเรียนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 7.8 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในกรุงเทพมหานคร ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวันสูงสุด (ร้อยละ 16.0) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 8.9) ภาคใต้ (ร้อยละ 4.8) ภาคเหนือ (ร้อยละ 4.6) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ (รูปที่ 4.4)

รูปที่ 4.4 ร้อยละของเด็กที่ใช้เวลาเล่นคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขต การปกครอง ภาค และการใช้คอมพิวเตอร์



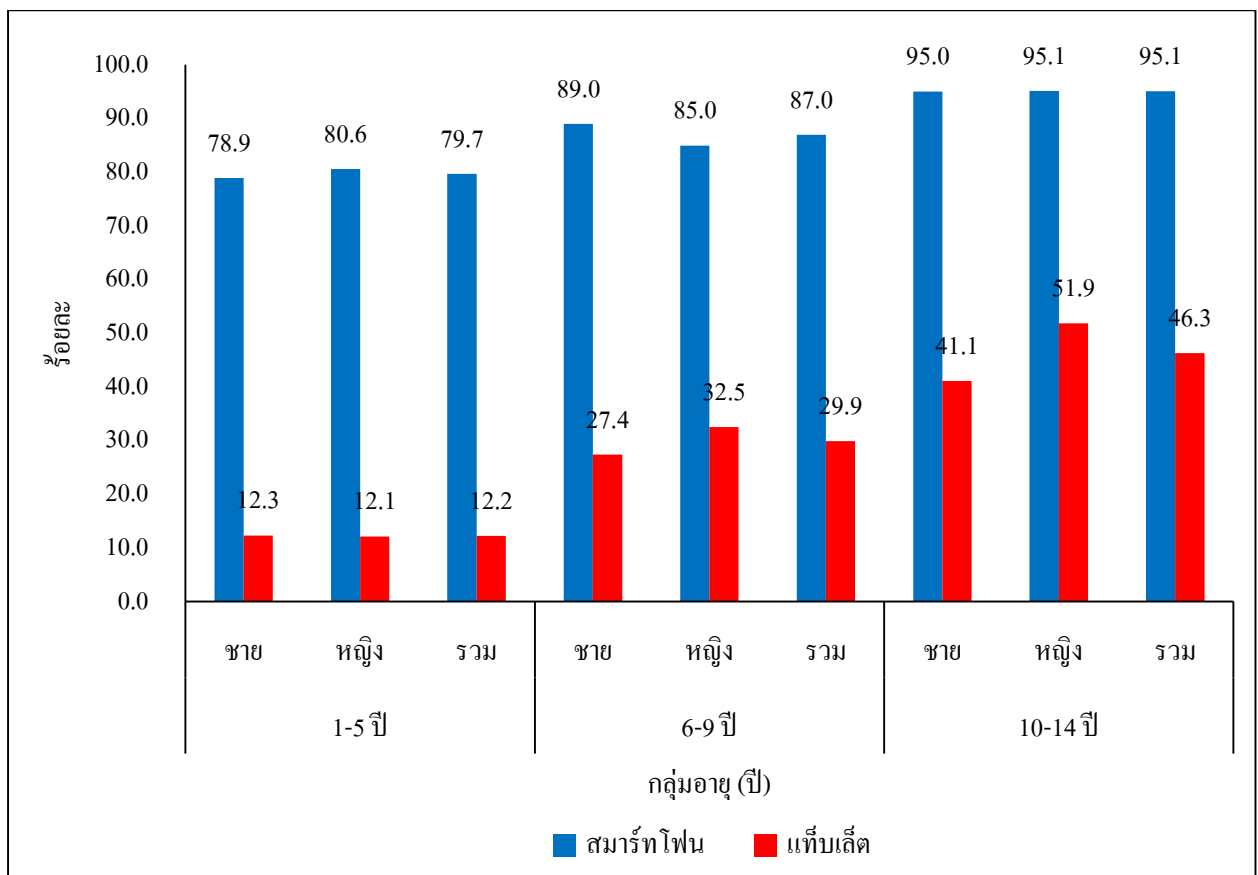
พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต

เด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุใช้สมาร์ทโฟนมากกว่าแท็บเล็ต เด็กกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นตามอายุเล็กน้อยจากร้อยละ 79.7 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี เป็นร้อยละ 87.0 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 95.1 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (รูปที่ 4.5) เด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใช้สมาร์ทโฟนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 91.0 และร้อยละ 90.4 ตามลำดับ) เด็กในทุกภูมิภาคมีร้อยละการใช้สมาร์ทโฟนเกินกว่าร้อยละ 87.0

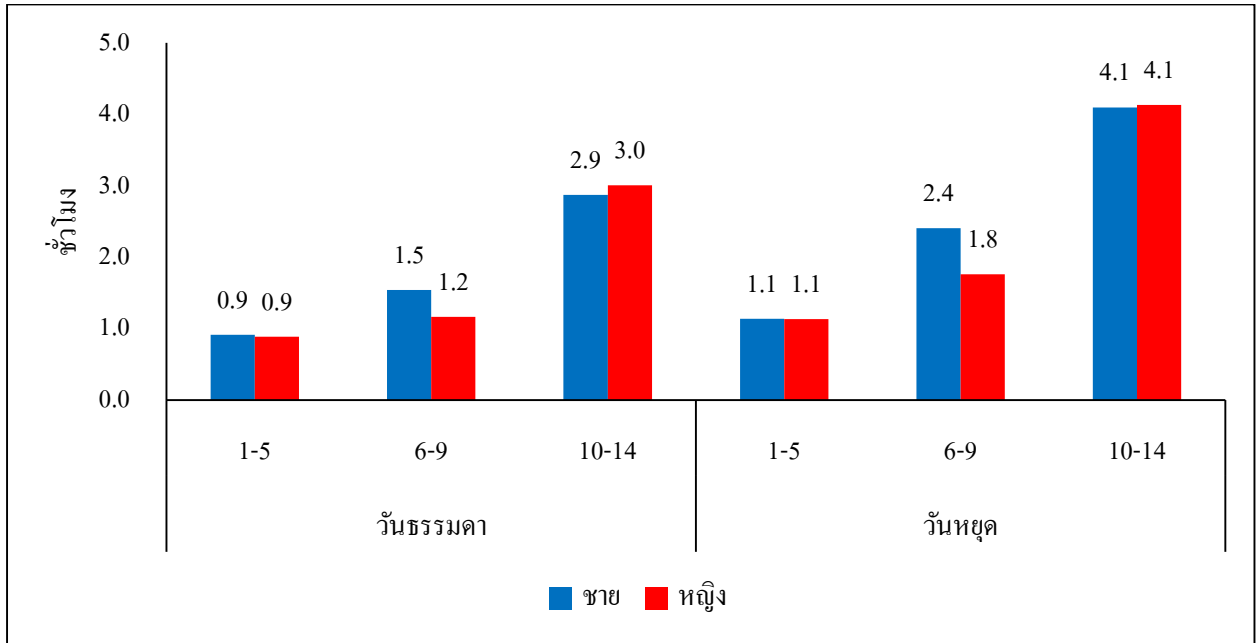
เด็กใช้เวลาเล่นสมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นตามอายุชัดเจน โดยใช้เวลาในวันธรรมดาเท่ากับวันหยุด ๆ กัน (รูปที่ 4.6)

เด็กกลุ่มตัวอย่างใช้แท็บเล็ตเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน จากร้อยละ 12.2 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีเป็นร้อยละ 29.9 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 46.3 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เด็กในเขตเทศบาลใช้แท็บเล็ตมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 39.9 และร้อยละ 37.8 ตามลำดับ) เด็กในกรุงเทพมหานครได้ใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือ เด็กในภาคกลาง (ร้อยละ 40.9) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.2) ภาคใต้ (ร้อยละ 31.4) และภาคเหนือ (ร้อยละ 26.3)

รูปที่ 4.5 ร้อยละของเด็กที่ใช้สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ

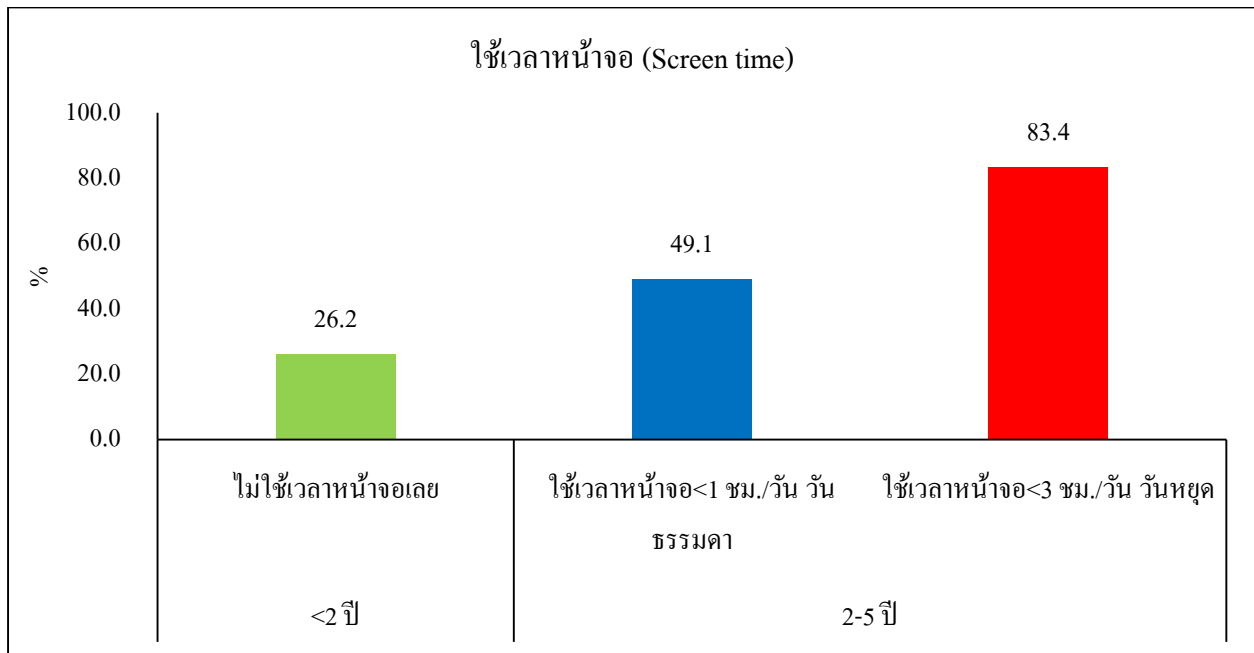


รูปที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่เด็กใช้ในการเล่นสมาร์ตโฟน จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และวันธรรมดา และวันหยุด



ปัจจุบัน American Academy of Pediatrics แนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีใช้เวลาหน้าจอ ยกเว้น Video chatting ร่วมกับผู้ใหญ่ (เช่น คุยกับพ่อแม่ที่ไม่อยู่บ้าน) และเวลาหน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมงในเด็กอายุ 2-5 ปี⁷ ส่วน American Academy of Child and Adolescent Psychiatry แนะนำให้ไม่เกิน 3 ชั่วโมงในวันหยุดสำหรับเด็กอายุ 2-5 ปี⁸ ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่ไม่ใช้เวลาหน้าจอเลยมีร้อยละ 26.2 ส่วนเด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมีร้อยละ 49.1 (รูปที่ 4.7) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังคงดูแลเด็กในเรื่องการใช้เวลาหน้าจอของเด็กให้เป็นไปตามข้อแนะนำข้างต้นไม่ได้โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลเด็กเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือสื่อสารที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ได้เต็มศักยภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ

รูปที่ 4.7 ร้อยละของเด็กอายุ <2 ปีที่ไม่ใช้เวลาหน้าจอเลย และเด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอ ไม่เกิน 1 ชั่วโมงในวันธรรมดา และไม่เกิน 3 ชั่วโมงในวันหยุด



ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในเด็กอายุ 6 – 14 ปี

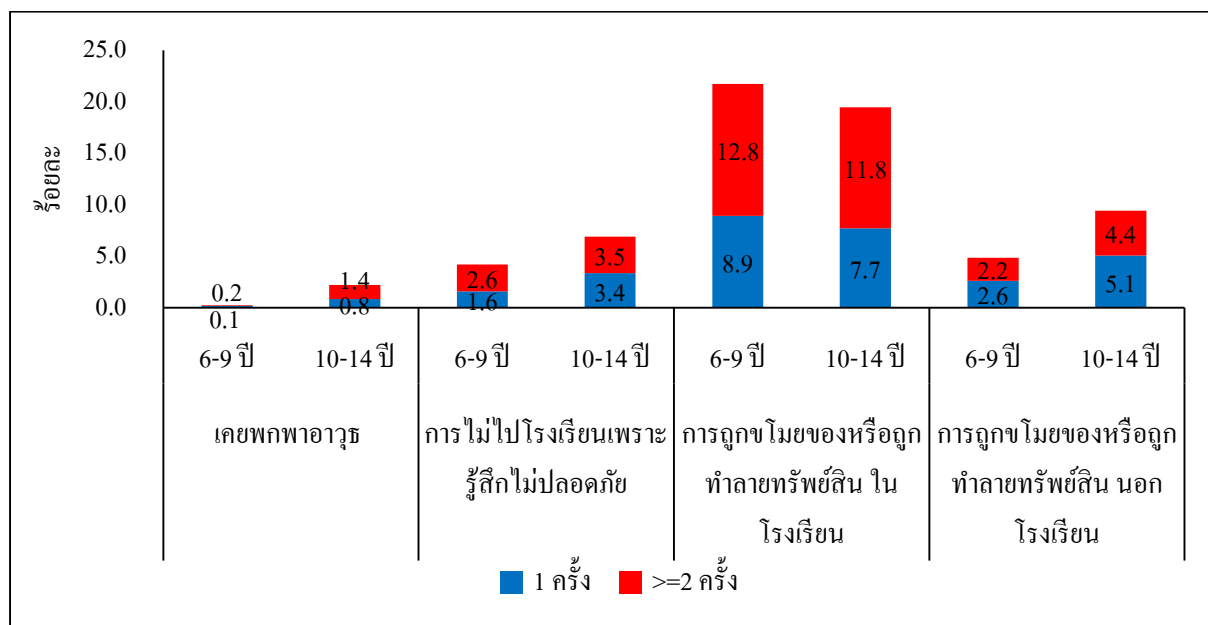
การไม่ไปโรงเรียนเพราะรู้สึกไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4.2 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 6.9 ของเด็กอายุ 10-14 ปีไม่ไปโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเพราะรู้สึกไม่ปลอดภัยในโรงเรียนหรือระหว่างทางที่เดินทางไปโรงเรียน (รูปที่ 4.8) ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 5 (ร้อยละ 9.2 และ 10.9 ตามลำดับ) เด็กในเขตเทศบาลรู้สึกไม่ปลอดภัยมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 6.3 เทียบกับร้อยละ 5.4) เมื่อเปรียบเทียบตามภาคพบว่า เด็กภาคใต้รู้สึกไม่ปลอดภัยต่ำสุด (ร้อยละ 2.6) เด็กในกรุงเทพมหานคร รู้สึกไม่ปลอดภัยสูงสุด ร้อยละ 9.9 รองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 8.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 5.2 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 4.4

การถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินในและนอกโรงเรียน (รูปที่ 4.8) ร้อยละ 21.7 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 6-9 ปีและร้อยละ 19.5 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-14 ปีเคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินโดยตั้งใจ (เช่น รถ เสื้อผ้า หนังสือ) ในโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เด็กในเขตเทศบาลเคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 23.9 และร้อยละ 19.2 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค เด็กในภาคเหนือและกรุงเทพมหานคร เคยถูกขโมยของสูงสุดประมาณร้อยละ 26.0 รองลงมาคือ เด็กในภาคกลาง ร้อยละ 24.7 ภาคใต้ ร้อยละ 21.2 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.0

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 4.8 และร้อยละ 9.5 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สิน โดยตั้งใจนอกโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลร้อยละ 7.8 และ 7.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค เด็กในกรุงเทพมหานคร เคยถูกขโมยสูงสุดร้อยละ 17.1 รองลงมาคือ ภาคเหนือร้อยละ 7.9 ภาคกลาง ร้อยละ 7.7 เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 6.8 และภาคใต้ ร้อยละ 3.3

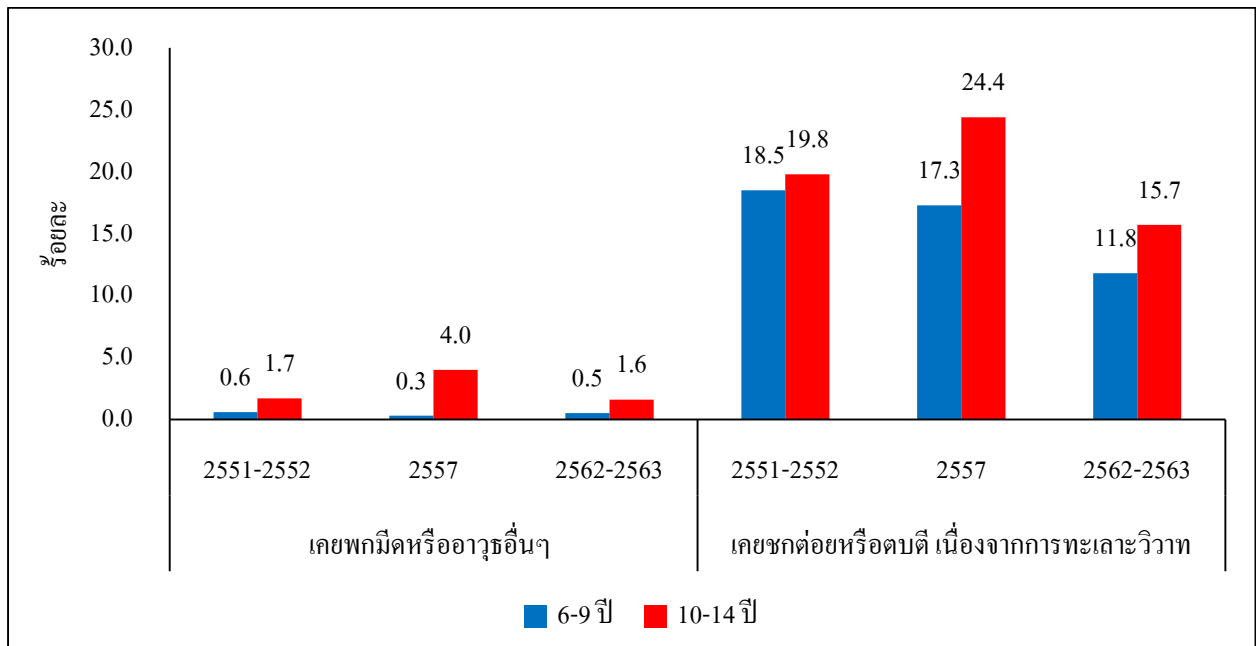
พฤติกรรมพกพาอาวุธ (รูปที่ 4.8) ร้อยละ 0.3 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 2.2 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยพกพาอาวุธ เช่น ปืน มีด คัตเตอร์ ไม้ไปโรงเรียน เด็กชายอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 2.3) เคยพกพาอาวุธมากกว่าเด็กหญิง (ร้อยละ 2.1) เด็กในเขตเทศบาลพกพาอาวุธมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.2 เทียบกับร้อยละ 0.9) เมื่อเปรียบเทียบตามภาคพบว่า เด็กในกรุงเทพมหานคร พกพาอาวุธสูงสุดร้อยละ 4.9 ภาคเหนือร้อยละ 1.4 ภาคกลางร้อยละ 1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 1.2 และภาคใต้น้อยที่สุดร้อยละ 0.2

รูปที่ 4.8 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 1 เดือน



พฤติกรรมพกพาอาวุธและมีเรื่องชกต่อยหรือตบตีในโรงเรียนในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจปี พ.ศ. 2551-2552 และ พ.ศ. 2557 พบว่า ในกรอบระยะเวลาเดียวกันคือ 3 เดือนที่ผ่านมา เด็กไทยอายุ 6-9 ปี มีพฤติกรรมพกมีดหรืออาวุธอื่น ๆ (มีด หรือเหล็กแหลม หรืออาวุธอื่น) โดยไม่รวมกรณีนำไปทำกิจกรรมของโรงเรียน และการชกต่อยหรือตบตีเนื่องจากการทะเลาะวิวาทลดลงเล็กน้อย (รูปที่ 4.9)

รูปที่ 4.9 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบผลสำรวจ พ.ศ. 2551-2552 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2562-2563

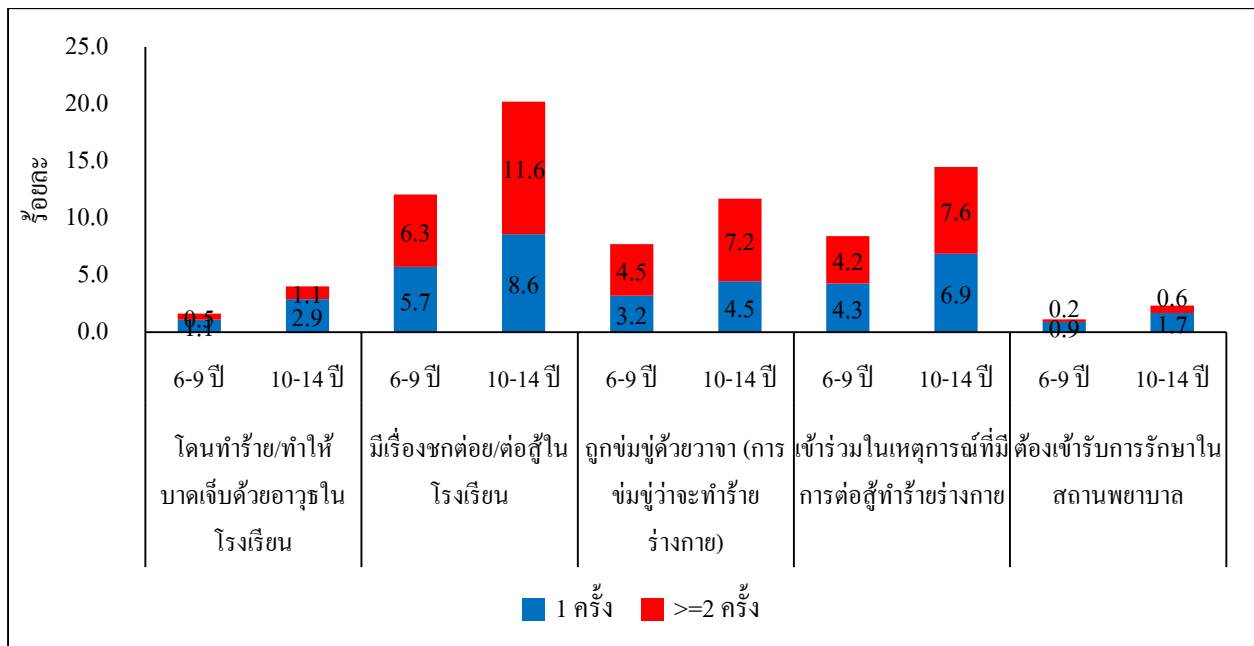


เหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในช่วง 12 เดือน

เด็กถูกระทำรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.6 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 4.0 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยโดนทำร้ายหรือทำให้บาดเจ็บด้วยอาวุธ เช่น ปืน มีด หรือ สนับมือไม้ ร้อยละ 7.7 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 11.7 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยถูกข่มขู่ด้วยวาจา (รูปที่ 4.10)

พฤติกรรมมีเรื่องชกต่อยหรือต่อสู้ในโรงเรียน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 12.0 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 20.2 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยมีเรื่องชกต่อยหรือต่อสู้ในโรงเรียน (รูปที่ 4.10) ร้อยละ 8.5 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 14.5 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกาย และร้อยละ 1.1 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 2.3 ของเด็กอายุ 10-14 ปี ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ดังกล่าว จนต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล (รูปที่ 4.10)

รูปที่ 4.10 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในช่วง 12 เดือน



การเคยถูกลวนลามทางเพศ

เด็กชายอายุ 6-9 ปี เคยถูกลวนลามทางเพศ (โดยทางวาจาหรือทางกาย) ร้อยละ 0.42 (ทางวาจาร้อยละ 0.02 และการกระทำร้อยละ 0.4) เด็กชายอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.7 (ทางวาจาร้อยละ 0.9 และทางการกระทำร้อยละ 1.9) โดยเด็กหญิงอายุ 6-9 ปี เกิดร้อยละ 2.2 (ทางวาจาร้อยละ 1.8 และการกระทำร้อยละ 0.4) เด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.8 (ทางวาจาร้อยละ 0.9 และทางการกระทำร้อยละ 1.9)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

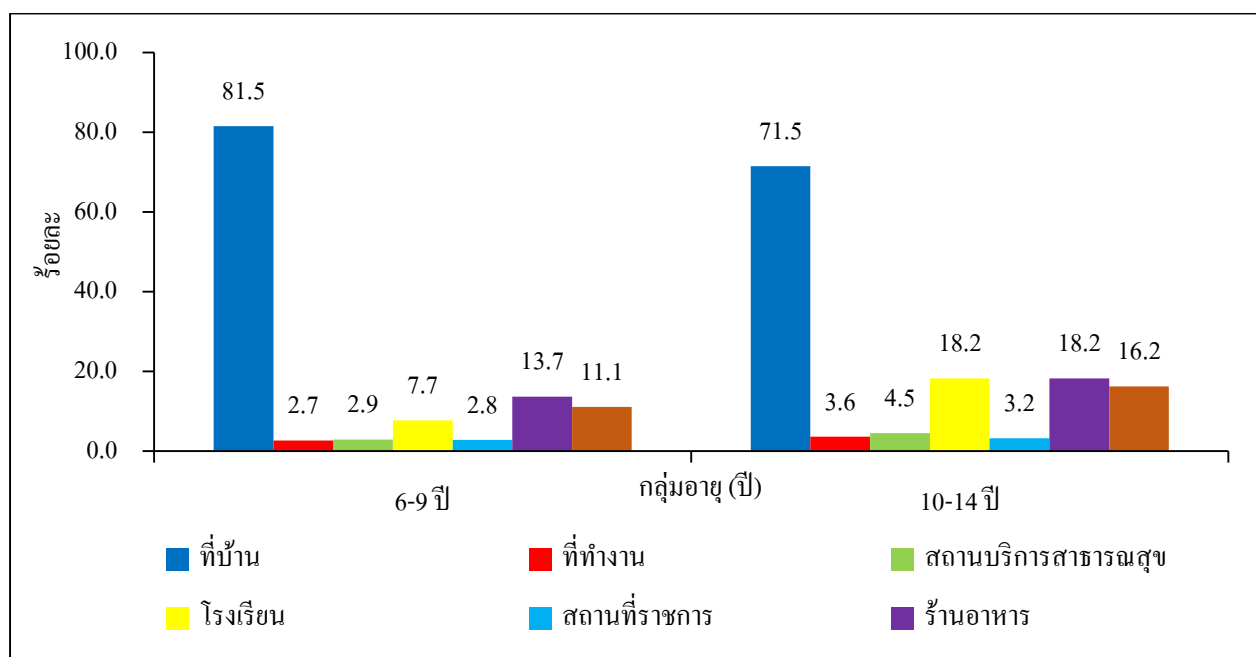
เด็กอายุ 10-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้ร้อยละ 2.9 เคยสูบบุหรี่ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 3.5) เด็กชายเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 5.3 ซึ่งมากกว่าเด็กหญิงที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 0.3 อย่างชัดเจน เมื่อถามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เด็กชายเริ่มสูบที่อายุเฉลี่ย 11.1 ปี ในขณะที่เด็กหญิงเริ่มที่อายุ 11.5 ปีซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 5 ปีในเด็กชาย และ 6 ปีในเด็กหญิง เมื่อวิเคราะห์แยกตามเขตการปกครองพบว่า เด็กในเขตเทศบาลสูบบุหรี่ร้อยละ 4.1 มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลที่สูบบุหรี่ร้อยละ 2.3 เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค เด็กในภาคกลางสูบบุหรี่สูงสุดร้อยละ 3.8 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครร้อยละ 3.3 ภาคใต้ร้อยละ 2.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.5 และภาคเหนือร้อยละ 1.9

เด็กอายุ 6-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้เคยอยู่ใกล้และได้รับควันบุหรี่ใน 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 69.3 ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศและเขตเทศบาล เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค พบว่า เด็กในภาคกลางเคยอยู่

ใกล้และได้รับควันบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 81.2) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 73.8) ภาคเหนือ (ร้อยละ 68.1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 63.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 60.0) ตามลำดับ

เด็กส่วนใหญ่ได้รับควันบุหรี่ที่บ้านมากที่สุด ตามมาด้วยร้านอาหาร โรงเรียนและขนส่งสาธารณะ (รูปที่ 4.11) การลดอันตรายจากควันบุหรี่มือสองจึงควรพัฒนานวัตกรรมของมาตรการที่ดำเนินงานในบริบทครอบครัวให้เข้มข้นขึ้นและเพิ่มการดำเนินงานในบริบทโรงเรียนระดับมัธยมให้มากขึ้น รวมทั้งการดูแลสถานที่สาธารณะซึ่งมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแล้วให้จริงจัง

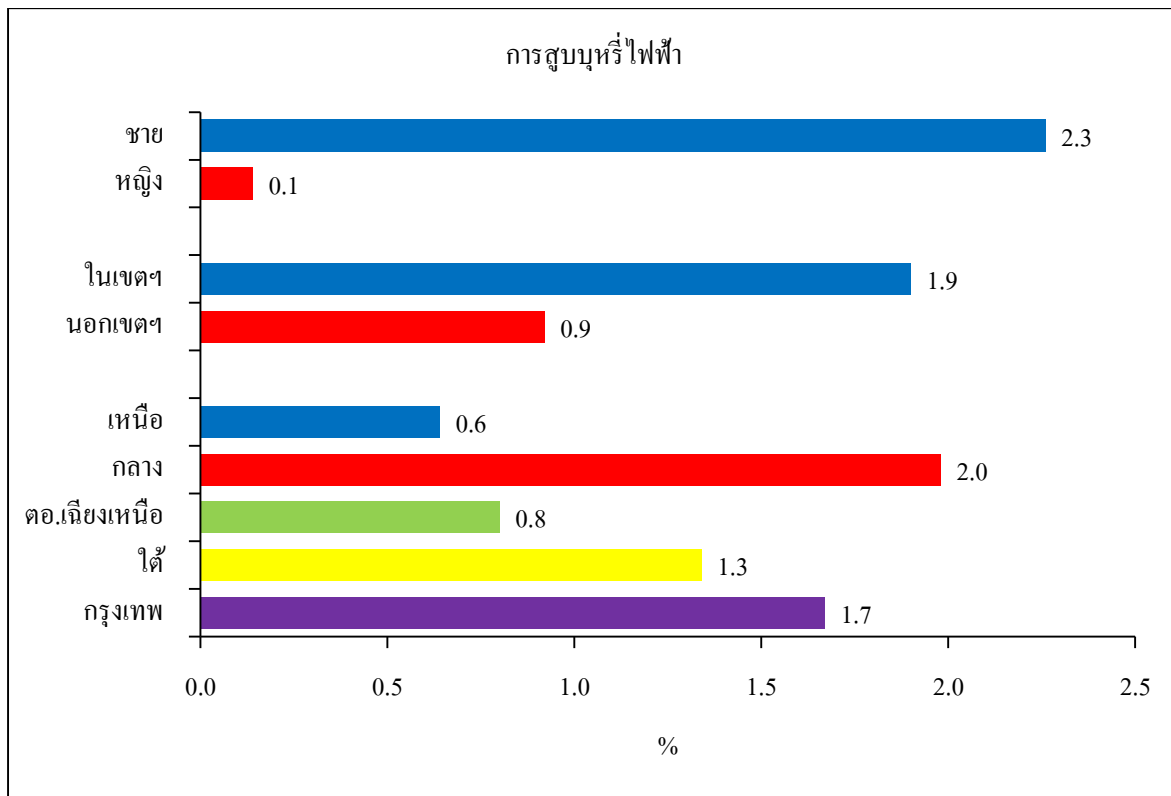
รูปที่ 4.11 สถานที่ที่เด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปีได้รับควันบุหรี่



การเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า

เด็กอายุ 10-14 ปี บอกว่าเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 1.2 ชายร้อยละ 2.3 หญิงร้อยละ 0.1 เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 1.9 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 0.9 การกระจายตามภูมิภาค สูงสุดในภาคกลางร้อยละ 2.0 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 1.7 ภาคใต้ร้อยละ 1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 0.8 และภาคเหนือร้อยละ 0.6 ตามลำดับ (รูปที่ 4.12)

รูปที่ 4.12 ร้อยละการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กอายุ 10-14 ปี

ร้อยละ 4.5 ของเด็กอายุ 10-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้ดื่มเหล้าในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 (ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 5.5) ความแตกต่างระหว่างเพศลดลง โดยเด็กชายดื่มร้อยละ 4.6 เด็กหญิงร้อยละ 4.4 ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 ที่เด็กหญิงตอบว่าดื่มร้อยละ 1.3 และ 3.8 เด็กชายร้อยละ 6.3 และ 7.1 ในการสำรวจครั้งนี้ เด็กนอกเขตเทศบาลดื่มร้อยละ 4.9 (การสำรวจ ครั้งที่ 5, 6.0) สูงกว่าเด็กในเขตเทศบาลที่ดื่มร้อยละ 3.6 (การสำรวจ ครั้งที่ 5, 4.5) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภูมิภาค ภาคกลางร้อยละ 6.1 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร มีร้อยละ 5.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 5.2 ภาคเหนือร้อยละ 4.0 และภาคใต้อ้อยร้อยละ 0.4 โดยภาคกลางดื่มเหล้าเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากการสำรวจในครั้งที่ 5 ร้อยละ 5.5 และการสำรวจครั้งที่ 4 ร้อยละ 2.5 ส่วนกรุงเทพมหานคร พบดื่มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 5 (ร้อยละ 1.7) ทั้งที่เคยลดลงได้จากที่เคยพบสูงในการสำรวจครั้งที่ 4 (ร้อยละ 5.5) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือลดลงจากการสำรวจในครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 5.6 และร้อยละ 6.7 และการสำรวจ ครั้งที่ 4 ร้อยละ 4.7 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ สำหรับภาคใต้อ้อยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 3 ในการสำรวจ ครั้งที่ 4 และร้อยละ 2.7 ในการสำรวจ ครั้งที่ 5

สำหรับเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์นอกจากเหล้า เด็กกลุ่มตัวอย่างตอบว่าดื่มน้ำในระยะเวลา 12 เดือน (ร้อยละ 4.6) โดยลดลงกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ที่ตอบว่าดื่มน้ำร้อยละ 5.1 และ 4.7 เด็กในเขตเทศบาล ดื่มน้ำมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 5.2 กับร้อยละ 4.3 ตามลำดับ) เด็กชายดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากเหล้ามากกว่าเด็กหญิง (ร้อยละ 5.1 กับร้อยละ 4.3 ตามลำดับ) เด็กกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร ดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์สูงสุดร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ ภาคกลางร้อยละ 6.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 4.4 ภาคเหนือร้อยละ 2.5 และภาคใต้ร้อยละ 0.3

การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์แล้วขับรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์เพิ่มความเสี่ยงให้ทั้งตนเองและผู้อื่น ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กอายุ 10-14 ปีมีพฤติกรรมเสี่ยงนี้เพิ่มจากปี พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของเด็กอายุ 10-14 ปีที่ขับรถจักรยานยนต์หรือขับรถยนต์หลังดื่มน้ำสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบผลสำรวจจาก พ.ศ. 2544-2563

	เคยขับรถจักรยานยนต์ หรือขับรถหลังดื่มน้ำสุรา (ร้อยละ)
โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทยปี พ.ศ. 2544 ⁹	38.4
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	5.7
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	1.2
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	5.7

การขับจักรยานยนต์และรถยนต์

การขับจักรยานยนต์

เด็กตัวอย่างอายุ 10-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้ ร้อยละ 49.3 ขับรถจักรยานยนต์เองทั้งที่อายุยังไม่ถึงวัยที่จะทำใบขับขี่ เด็กชายขับรถจักรยานยนต์ร้อยละ 53.7 ซึ่งมากกว่าเด็กหญิงที่ขับเองร้อยละ 44.6 เด็กนอกเขตเทศบาลขับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 55.0) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 37.4) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร ขับรถจักรยานยนต์น้อยกว่าเด็กในภาคอื่น ๆ อย่างชัดเจน (ร้อยละ 20.7) ภาคกลางร้อยละ 45.1 ภาคเหนือร้อยละ 48.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 57.7 และภาคใต้ร้อยละ 53.2

สำหรับอายุที่เริ่มขับรถจักรยานยนต์เอง เด็กอายุน้อยที่สุดที่เริ่มขับรถจักรยานยนต์เองคือ 5 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มขับรถจักรยานยนต์เองเท่ากับ 10.5 ปี เพศชาย 10.6 ปี เพศหญิง 10.4 ปี ไม่พบความแตกต่าง

ระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อายุเฉลี่ยที่เริ่มเข้ารับรถจักรยานยนต์เองของเด็กใน กรุงเทพมหานคร ต่ำสุดคือ 8.7 ปี

เด็กที่เข้ารับรถจักรยานยนต์เองในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 32.3 ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 8.1 ทั้งนี้เคยลดลงได้อย่างมากจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ที่พบสูงถึงร้อยละ 65 แสดงถึงความไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามกฎหมายและอาจมาจากความผ่อนคลายในการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายด้วย อัตราการสวมหมวกนิรภัยมีความแตกต่างระหว่างภาคโดยเด็กในภาคใต้สวมหมวกนิรภัยขณะเข้ารับรถจักรยานยนต์ต่ำกว่าภาคอื่น (ตารางที่ 4.5) ในเด็กที่เคยซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยลดลงมากเช่นเดียวกัน ร้อยละ 53.1 ของเด็กในการสำรวจครั้งนี้ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยเมื่อซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ในขณะที่พบเพียงร้อยละ 8.5 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 (ตารางที่ 4.6)

การขับรถยนต์

เด็กอายุ 10-14 ปีที่ขับรถยนต์เองมีร้อยละ 3.0 ซึ่งน้อยกว่าเด็กที่เข้ารับรถจักรยานยนต์เองเป็นอย่างมาก เพศชายขับรถยนต์เองสูงกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 4.1 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ) เด็กนอกเขตเทศบาลขับรถยนต์เองร้อยละ 3.4 สูงกว่าเด็กในเขตเทศบาลที่พบร้อยละ 2.1 เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 4.8 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครร้อยละ 3.7 ภาคใต้ร้อยละ 3.2 ภาคกลางร้อยละ 1.4 และภาคเหนือร้อยละ 0.9 สำหรับอายุน้อยที่สุดที่เริ่มขับรถยนต์เองเท่ากับ 7 ปี ทั้งชายและหญิงเท่ากัน มีความแตกต่างระหว่างเขตการปกครองและภาคเล็กน้อย

เด็กที่ขับรถยนต์เองในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 48.3 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 39.9 คาดเป็นบางครั้ง และร้อยละ 11.8 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย (ตารางที่ 4.7) ซึ่งเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 24.6 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 28.9 คาดเป็นบางครั้ง และร้อยละ 46.5 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย สำหรับเด็กที่เคยนั่งข้างหน้าข้างคนขับรถยนต์ในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เด็กเหล่านี้คาดเข็มขัดนิรภัยเพิ่มขึ้นจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เป็นร้อยละ 35.9 คาดเป็นบางครั้ง และร้อยละ 34.3 คาดทุกครั้ง เด็กเหล่านี้ร้อยละ 29.8 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย (ตารางที่ 4.8)

การสำรวจครั้งนี้พบเด็กมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการสวมหมวกนิรภัยลดลง แต่การคาดเข็มขัดนิรภัยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นจากการให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมทั้งสองไม่เท่ากันและความเคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมายที่แตกต่างกัน

สังคมไทยควรตระหนักถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กไทยทั้งหลายดังกล่าวในบพนี้ หากไม่ได้รับการหล่อหลอมหรือแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องจากครอบครัว โรงเรียนและสังคม พฤติกรรมเสี่ยงอาจฝังลึกเป็นนิสัยจนเป็นผู้ใหญ่ ที่แก้ไขได้ยากกว่าและมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยขณะขับรถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การสวมหมวกนิรภัย	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
ไม่เคยสวม	713	30.2	34.9	28.8	33.5	29.7	31.3	33.7	34.5	23.7	32.3
สวมบางครั้ง	475	46.1	45.0	47.3	45.0	38.3	53.1	44.0	47.3	41.3	45.6
สวมทุกครั้ง	119	22.2	18.9	21.0	20.7	31.9	14.3	21.1	16.8	26.5	20.8

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยขณะซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การสวมหมวกนิรภัย	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
ไม่เคยสวม	1,568	52.5	53.8	50.1	54.5	46.9	55.3	52.1	65.6	36.9	53.1
สวมบางครั้ง	783	30.7	33.0	33.4	31.1	34.0	30.7	32.7	27.4	35.2	31.8
สวมทุกครั้ง	216	12.9	10.3	11.8	11.6	18.0	9.2	12.9	4.2	16.2	11.7
ไม่เคยซ้อนจักรยานยนต์	85	4.0	2.9	4.8	2.9	1.2	4.8	2.3	2.8	11.7	3.5

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถของเด็กรอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การสวมหมวกนิรภัย	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
ไม่เคยคาด	11	7.9	19.3	12.4	11.5	0	12.5	9.9	13.7	20.6	11.8
คาดบางครั้ง	32	41.7	36.3	29.2	43.8	55.4	21.7	53.8	18.8	31.1	39.9
คาดทุกครั้ง	33	50.4	44.4	58.4	44.7	44.6	65.8	36.3	67.5	48.3	48.3

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งรถยนต์ด้านหน้าของเด็กรอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การคาดเข็มขัดนิรภัย	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
ไม่เคยคาด	698	28.3	31.4	28.8	30.3	23.2	29.0	27.4	48.5	15.9	29.8
คาดบางครั้ง	768	36.7	35.1	37.6	35.1	35.7	41.4	30.9	32.4	43.0	35.9
คาดทุกครั้ง	699	35.0	33.5	33.6	34.6	41.1	29.6	41.7	19.1	41.1	34.3

เอกสารอ้างอิง

1. National Sleep Foundation. National Sleep Foundation Recommends New Sleep Times. Available from:
http://www.sleephealthjournal.org/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/sleh/NSF_press_release_on_new_sleep_durations_2-2-15.pdf
2. Antza C, Kostopoulos G, Mostafa S, Nirantharakumar K, Tahrani A. The links between sleep duration, obesity and type 2 diabetes mellitus. *J Endocrinol.*2021;252:125–41.
3. Cappuccio F, Taggart F, Kandala N, Currie A, Peile E, Stranges S, Miller M. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31:619-26.
4. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.
5. Julian V, Ring-Dimitriou S, Wyszyńska J, Mazur A, et al There Is a Clinical Need to Consider the Physical Activity: Sedentary Pattern in Children with Obesity – Position Paper of the European Childhood Obesity Group. *Ann Nutr Metab* 2022;78:236–41.
6. Mo-suwan L, Nontarak J, Aekplakorn W, Satheannoppakao W. Computer Game Use and Television Viewing Increased Risk for Overweight among Low Activity Girls: Fourth Thai National Health Examination Survey 2008-2009. *Int J Pediatr* 2014;2014:364702.
7. AAP Council on Communications and Media. Media and Young Minds. *Pediatrics.* 2016;138:e20162591.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Screen Time and Children. Fact for Families No. 54; 2020. Available from
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx#:~:text=For%20children%20%2D5%2C%20limit,during%20family%20meals%20and%20outings.
9. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองคารกานนท์, สุพรรณ นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่: ลิขมบราเดอร์สการพิมพ์จำกัด, 2547.

บทที่ 5

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

รศ. ดร. วราภรณ์ เสถียรนพเก้า

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและอาหารเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของมนุษย์ในทุกช่วงชีวิต หรืออาจกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจงได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและอาหารเริ่มมีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิเป็นต้นมา^{1,2} ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เชื่อมโยงกับภาวะโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตยังเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคเรื้อรังของช่วงชีวิตภายหลัง^{1, 3-5}

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างประชาชนไทยในทุกกลุ่มอายุ โดยรายงานฉบับนี้ได้นำเสนอพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินนมแม่ ในกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปี ถึง 1 ปี 11 เดือน พฤติกรรมการเตรียมอาหารสำหรับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหาร และแหล่งอาหารของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ในวันทำงานและวันหยุดเสาร์อาทิตย์ รวมถึงการกินผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 พฤติกรรมการกินนมแม่ของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน

พฤติกรรมการกินนมแม่ ประกอบด้วย การดูดหัวนม การเลียลูกด้วยนมแม่ การให้น้ำ การให้อาหารอื่น ๆ และการให้นมขวด จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 86.0 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน ได้ดูดหัวนมใน 2-3 วันแรกหลังคลอด โดยเด็กหญิงดูดหัวนมสูงกว่าเด็กชายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 86.6 และ 85.5 ตามลำดับ) และเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลดูดหัวนมสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 88.9 และ 81.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.1)

สำหรับกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด โดยไม่รวมนับรวมวันที่เด็กดูดหัวนมพบว่า ร้อยละ 92.9 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด โดยเด็กหญิงกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงกว่าเด็กชายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 94.0 และ 92.1 ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 93.9 และ 91.4 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคพบว่า เด็กที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 97.2) กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงที่สุด รองลงมาคือเด็กที่อาศัยในภาคเหนือ (ร้อยละ 96.8) (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่ได้ดูดหัวนมใน 2-3 วันแรกหลังคลอด จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

การดูดหัวนม	จำนวนตัวอย่าง (n = 296)	เพศ		เขตการปกครอง		รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	
ได้	249	85.5	86.6	81.8	88.9	86.0
ไม่ได้	41	13.9	10.8	16.4	9.9	12.6
ไม่ทราบ	6	0.6	2.6	1.8	1.2	1.4

ตารางที่ 5.2 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด* จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	134	92.1	142	94.0	276	92.9
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	64	89.9	87	92.7	151	91.4
นอกเขตเทศบาล	70	93.2	55	95.3	125	93.9
ภาค						
เหนือ	34	95.4	36	99.0	70	96.8
กลาง	33	83.6	31	98.0	64	89.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	19	95.4	15	100.0	34	97.2
ใต้	37	90.4	49	94.5	86	92.4
กรุงเทพฯ	11	100.0	11	65.1	22	83.0

*ไม่นับรวมวันที่ให้หัวนม

องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ แนะนำให้เด็กเริ่มกินนมแม่ตั้งแต่ชั่วโมงแรกที่ทารกเกิด และกินนมแม่อย่างเดียว โดยไม่กินอาหารอื่นหรือของเหลวรวมถึงน้ำ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (Exclusive breastfeeding) และเมื่ออายุ 6 เดือน เด็กควรเริ่มอาหารตามวัย ในขณะที่ได้

กินนมแม่อย่างต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปีหรือมากกว่า⁶ โดยองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568⁷

ตารางที่ 5.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ปัจจุบันพบว่า ในวันสัมภาษณ์ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงร้อยละ 27.3 เด็กหญิงกินนมแม่ปัจจุบันสูงกว่าเด็กชายเล็กน้อย (ร้อยละ 28.3 และ 26.5 ตามลำดับ) และเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลปัจจุบันกินนมแม่สูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 28.5 และ 25.5 ตามลำดับ) ยกเว้นกรุงเทพมหานคร เด็กที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ปัจจุบันกินนมแม่สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น

ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของอายุที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินน้ำ (ตารางที่ 5.4) พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุที่เด็กเริ่มกินน้ำเท่ากับ 3.9 เดือน หรือ 3 เดือน 27 วัน (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 เดือนหรือ 6 วัน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 เดือน) เด็กหญิงและเด็กชายเริ่มกินน้ำใกล้เคียงกัน โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเริ่มกินน้ำเร็วกว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

ตารางที่ 5.3 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ปัจจุบัน (24 ชั่วโมงที่ผ่านมา) จำแนกตามเพศ เขตการปกครองและภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	37	26.5	50	28.3	87	27.3
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	15	24.1	30	26.7	45	25.5
นอกเขตเทศบาล	22	27.7	20	29.9	42	28.5
ภาค						
เหนือ	9	16.4	11	12.9	20	15.0
กลาง	8	19.0	14	40.9	22	28.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7	51.9	5	23.1	12	40.8
ใต้	8	15.5	19	40.4	27	27.9
กรุงเทพฯ	5	57.5	1	15.3	6	41.4

สำหรับการเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่พบ ค่าเฉลี่ยอายุที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เท่ากับ 5.4 เดือน หรือ 5 เดือน 12 วัน (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 เดือนหรือ 6 วัน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 เดือน) เด็กชายเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เร็วกว่าเด็กหญิง โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เร็วกว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 5.5)

ค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มกินนมขวด/นมผงเท่ากับ 5.8 เดือน หรือ 5 เดือน 24 วัน (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3 เดือนหรือ 9 วัน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 เดือน) (ตารางที่ 5.6) ขณะที่ค่าเฉลี่ยอายุที่เลิกกินนมขวดเท่ากับ 4.8 เดือน หรือ 4 เดือน 24 วัน (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 เดือน 18 วัน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 เดือน) (ตารางที่ 5.7) เด็กชายเริ่มกินนมขวด/นมผงและเลิกกินนมขวดเร็วกว่าเด็กหญิง นอกจากนี้พบว่า เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเริ่มกินนมขวด/นมผงเร็วกว่า แต่เลิกกินนมขวดช้ากว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

ตารางที่ 5.4 อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินน้ำ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	128	3.8 (0.2); 5.0	129	3.9 (0.2); 3.0	257	3.9 (0.2); 4.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	59	3.5 (0.3); 3.0	79	4.0 (0.3); 3.0	138	3.8 (0.2); 3.0
นอกเขตเทศบาล	69	4.1 (0.3); 5.0	50	3.8 (0.3); 4.0	119	4.0 (0.2); 5.0

ตารางที่ 5.5 อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	5.4 (0.2); 6.0	140	5.6 (0.2); 6.0	276	5.4 (0.2); 6.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	66	4.7 (0.3); 6.0	83	5.7 (0.2); 6.0	149	5.4 (0.2); 6.0
นอกเขตเทศบาล	70	5.7 (0.4); 6.0	57	5.6 (0.3); 6.0	127	5.6 (0.2); 6.0

ตารางที่ 5.6 อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินนมขวด/นมผง จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	128	5.2 (0.4); 6.0	131	6.4 (0.4); 5.0	259	5.8 (0.3); 6.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	60	4.4 (0.6); 3.0	83	6.0 (0.5); 4.0	143	5.4 (0.4); 3.0
นอกเขตเทศบาล	68	5.9 (0.6); 6.0	48	6.9 (0.8); 6.0	116	6.3 (0.5); 6.0

ตารางที่ 5.7 อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเลิกกินนมขวด จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	3	4.3 (0.9); 3.0	9	4.9 (0.8); 6.0	12	4.8 (0.6); 5.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1	3.0 (0.0); 3.0	6	5.2 (1.2); 6.0	7	4.9 (1.1); 6.0
นอกเขตเทศบาล	2	5.0 (1.0); 6.0	3	4.3 (0.7); 5.0	5	4.6 (0.5); 5.0

ในเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่ทำการสำรวจพบ เพียงร้อยละ 12.5 ที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เด็กชายมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 17.2 และ 8.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.8) จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปยังห่างไกลจากเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (อย่างน้อยร้อยละ 50) ในปี ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568 ก่อนข้างมาก

ตารางที่ 5.8 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี -1 ปี 11 เดือน	145	13.1	150	12.0	295	12.5
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	70	5.7	91	11.0	161	8.7
นอกเขตเทศบาล	75	20.0	59	13.6	134	17.2

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 26.1 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป โดยเด็กหญิงมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กชายเล็กน้อย เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 32.1 และ 21.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.9 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	145	24.8	150	27.3	295	26.1
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	70	18.6	91	23.1	161	21.1
นอกเขตเทศบาล	75	30.7	59	33.9	134	32.1

5.2 พฤติกรรมการเตรียมอาหารสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน

ร้อยละ 52.3 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็ก (ตารางที่ 5.10) โดยเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนทั้งชายและหญิงมีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 54.4 และ 48.3 ตามลำดับ) โดยเด็กที่อาศัยในภาคเหนือมีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น

วิธีการปรุงประกอบอาหารมือหลัก ประกอบด้วย ปรุง/ย่าง/อบ ต้ม/นึ่ง ผัด และทอดที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดอันดับแรกคือ ต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 67.3) รองลงมาคือ ปรุง/ย่าง/อบ (ร้อยละ 17.1) ทอด (ร้อยละ 12.5) และผัด (ร้อยละ 3.2) สำหรับเด็กอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน วิธีการปรุงประกอบอาหารมือหลักที่เด็กกลุ่มอายุนี้อินบ่อยที่สุดอันดับแรกคือ ต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือ ทอด (ร้อยละ 32.5) ผัด (ร้อยละ 12.3) และปรุง/ย่าง/อบ (ร้อยละ 10.2) ดังแสดงในตารางที่ 5.11

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครองพบว่า วิธีการปรุงประกอบอาหารมือหลักที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน ที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลกินบ่อยที่สุดอันดับแรกยังคงเป็นต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 46.7 และ 45.7 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ทอด (ร้อยละ 30.4 และ 32.2 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.12 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค จะเห็นความแตกต่างของสัดส่วนของวิธีการปรุงประกอบอาหารมือหลัก ยกตัวอย่างเช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้การต้ม/นึ่งเป็นวิธีการปรุงประกอบอาหารมือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุดอันดับแรก (ร้อยละ 35.3) แต่ยังคงเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาคเหนือ (ร้อยละ 54.9) ภาคใต้ (ร้อยละ 52.0) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 49.8) รวมถึงภาคกลาง (ร้อย

ละ 47.2) ขณะเดียวกัน สัดส่วนของการปรุงประกอบอาหารด้วยการทอดสำหรับเด็กที่อาศัยในภาคใต้สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.10 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	42	76.0	38	77.3	648	76.6
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	606	53.5	526	48.4	564	51.2
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	332	52.6	291	43.8	623	48.3
นอกเขตเทศบาล	316	55.5	273	53.0	589	54.4
ภาค						
เหนือ	210	75.8	185	76.9	395	76.3
กลาง	118	41.4	91	36.6	209	39.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	178	58.8	150	52.7	328	56.0
ใต้	110	42.3	114	39.5	224	40.9
กรุงเทพฯ	32	57.5	24	33.4	56	45.3
รวม	648	54.5	564	49.8	1,212	52.3

ตารางที่ 5.11 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และวิธีการปรุงประกอบอาหาร
มือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด

วิธีการปรุงประกอบ	ชาย (n = 1,195)		หญิง (n = 1,167)		รวม (n = 2,258)	
	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 104)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 1,091)	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 104)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 1,063)	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 104)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 2,154)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	17.1	11.9	17.1	8.2	17.1	10.2
ต้ม/นึ่ง	67.3	44.0	67.3	46.2	67.3	45.0
ผัด	3.2	11.7	3.2	12.9	3.2	12.3
ทอด	12.5	32.4	12.5	32.7	12.5	32.5

ตารางที่ 5.12 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามเขตการปกครอง และวิธีการปรุงประกอบ
อาหารมือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด

วิธีการปรุงประกอบ	ชาย (n = 1,195)		หญิง (n = 1,167)		รวม (n = 2,258)	
	ในเขต เทศบาล (n = 599)	นอกเขต เทศบาล (n = 596)	ในเขต เทศบาล (n = 612)	นอกเขต เทศบาล (n = 555)	ในเขต เทศบาล (n = 1,147)	นอกเขต เทศบาล (n = 1,111)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	13.9	11.5	8.8	9.2	11.7	9.9
ต้ม/นึ่ง	45.6	46.1	50.8	46.7	46.7	45.7
ผัด	10.8	11.2	11.1	12.6	11.3	12.2
ทอด	29.7	31.2	29.4	31.5	30.4	32.2

ตารางที่ 5.13 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามภาค และวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด

วิธีการปรุงประกอบ	เหนือ (n = 538)	กลาง (n = 503)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n = 542)	ใต้ (n = 541)	กรุงเทพฯ (n = 134)	รวม (n = 2,258)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	4.6	5.7	24.5	0.2	8.8	10.5
ต้ม/นึ่ง	54.9	47.2	35.3	52.0	49.8	46.0
ผัด	12.1	18.1	7.0	12.1	10.2	11.9
ทอด	28.5	29.1	33.1	35.7	31.2	31.6

5.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหาร และแหล่งอาหาร สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน

ร้อยละ 65.9 ถึง 73.5 ของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่โดยปกติทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น เดิน/วิ่งเล่น ขณะกินอาหาร เด็กอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนมีส่วนของทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กกลุ่มอื่น เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 75.2) มีสัดส่วนของทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 68.6) ร้อยละ 81.5 ของเด็กที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 74.5) ดังแสดงในตารางที่ 5.14

ในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาหารมื้อเย็นถูกเลือกเป็นตัวแทนของมื้ออาหารหลัก เนื่องจากเป็นมื้อที่มีโอกาสในการปรุงประกอบอาหารเองได้มากที่สุด จากการสำรวจพบว่า ในวันทำงาน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง ลักษณะอาหารมื้อเย็น ที่เด็กกินบ่อยที่สุดอันดับแรกคือ อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน (ร้อยละ 90.4 ถึง ร้อยละ 94.1) รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ (ร้อยละ 4.3 ถึง ร้อยละ 6.4) และอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 1.0 ถึง ร้อยละ 2.7) สำหรับอาหารสำเร็จบรรจุกระป๋อง อาหารปิ้ง โต้ และอาหารแช่แข็งเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินเป็นมื้อเย็นในสัดส่วนที่น้อยหรือไม่กินเลย (ตารางที่ 5.15)

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง ลักษณะอาหารมื้อเย็นที่เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครองอันดับแรกคือ อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ อย่างไรก็ตามเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 93.3) มีสัดส่วนของการกินอาหารที่ทำกินเองที่บ้านสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 86.2) ดังแสดงในตารางที่ 5.16 และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคที่อาศัย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร พบความแตกต่างของลักษณะอาหารมื้อเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดตามภูมิภาคที่อาศัย โดยเด็กที่อาศัยในภาคใต้

(ร้อยละ 95.9) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 93.8) มีสัดส่วนของการกินอาหารที่ทำกินเองที่บ้านสูงกว่าเด็กที่อาศัยในภาคเหนือ (ร้อยละ 89.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 88.2) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 76.4) ดังแสดงในตารางที่ 5.17

ตารางที่ 5.14 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่โดยปกติทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหาร จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	30	50.2	39	82.2	69	65.9
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	851	77.1	791	69.3	1,642	73.5
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,666	69.8	1,588	69.7	3,254	69.8
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,331	75.8	1,278	74.6	2,609	75.2
นอกเขตเทศบาล	1,216	69.8	1,140	67.4	2,356	68.6
ภาค						
เหนือ	573	70.3	540	61.8	1,113	66.2
กลาง	604	74.1	586	74.9	1,190	74.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	657	71.3	583	67.6	1,240	69.5
ใต้	523	67.2	531	69.8	1,054	68.4
กรุงเทพฯ	190	81.8	178	81.2	368	81.5

ตารางที่ 5.15 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และลักษณะอาหารมื้อเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง

	จำนวนตัวอย่าง	ลักษณะอาหารมื้อเย็น					
		ทำกินเองที่บ้าน	ปรุงสุกสำเร็จ	ตามสั่ง	สำเร็จบรรจุซอง/กระป๋อง	ปิ่นโต	อาหารแช่แข็ง
ชาย							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	52	98.9	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,102	93.9	4.4	1.2	0.1	0.0	0.4
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,394	90.0	6.6	2.9	0.2	0.0	0.1
หญิง							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	52	89.1	7.7	2.0	1.2	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,075	89.0	8.3	2.5	0.0	0.0	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,291	90.9	6.2	2.4	0.2	0.0	0.0
รวม							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	104	94.1	4.3	1.0	0.6	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	2,177	91.6	6.2	1.8	0.1	0.0	0.2
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	4,685	90.4	6.4	2.7	0.2	0.0	0.1

ตารางที่ 5.16 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และลักษณะอาหารมือเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง

ลักษณะอาหารมือเย็น	ชาย (n = 3,548)		หญิง (n = 3,418)		รวม (n = 6,966)	
	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
	(n = 1,813)	(n = 1,735)	(n = 1,747)	(n = 1,671)	(n = 3,560)	(n = 3,406)
ทำกินเองที่บ้าน	87.6	93.4	84.5	93.1	86.2	93.3
ปรุงสุกสำเร็จ	7.6	4.9	9.5	5.6	8.5	5.2
ตามสั่ง	4.1	1.4	5.5	0.9	4.8	1.1
สำเร็จบรรจุซอง/กระป๋อง	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
ปิ่นโต	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
อาหารแช่แข็ง	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1

ตารางที่ 5.17 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามภาค และลักษณะอาหารมือเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง

ลักษณะอาหารมือเย็น	เหนือ (n = 1,585)	กลาง (n = 1,604)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 1,775)	ใต้ (n = 1,530)	กรุงเทพฯ (n = 472)	รวม (n = 6,966)
ทำกินเองที่บ้าน	89.9	88.2	93.8	95.9	76.4	90.9
ปรุงสุกสำเร็จ	8.0	7.4	5.7	1.9	12.4	6.3
ตามสั่ง	1.8	3.8	0.1	2.1	10.2	2.4
สำเร็จบรรจุซอง/กระป๋อง	0.2	0.2	0.1	0.0	0.3	0.1
ปิ่นโต	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
อาหารแช่แข็ง	0.0	0.1	0.2	0.0	0.3	0.1

แหล่งอาหารมือเย็น ประกอบด้วย รถเร่/อาหารริมบาทวิถี ตลาด ร้านอาหารตามสั่ง ร้านสะดวกซื้อ ฟาสต์ฟู้ด ซูเปอร์มาร์เก็ต เป็นต้น จากการสำรวจพบว่า เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดในวันทำงาน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ของพ่อ/แม่/ผู้ปกครองคือ ตลาด (ร้อยละ 54.4 ถึง 64.5) รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 23.9 ถึง 33.9) รถเร่/อาหารริมบาทวิถี (ร้อยละ 0.0 ถึง 11.9) และร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 2.2

ถึง 8.3) สำหรับร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด และซูเปอร์มาร์เก็ต ยังไม่เป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อย (ตารางที่ 5.18)

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า แหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเลือกซื้อบ่อย 3 อันดับแรกคือ ตลาด (ร้อยละ 48.8 และ 62.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 39.5 และ 22.3 ตามลำดับ) และรถเร่/อาหารริมบาทวิถี (ร้อยละ 7.4 และ 10.8 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.19 และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคที่อาศัย พบความแตกต่างของแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยตามภูมิภาคที่อาศัย โดยตลาดเป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง รวมถึงกรุงเทพมหานครกินบ่อยเป็นอันดับแรก ขณะที่ร้านอาหารตามสั่งเป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองของเด็กหรือเด็กที่อาศัยในภาคใต้เลือกซื้อบ่อยเป็นอันดับแรก (ตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.18 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมือเย็น จำแนกตามเพศ อายุ และแหล่งอาหาร

	จำนวนตัวอย่าง	แหล่งอาหาร					
		รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	ตลาด	ร้านอาหารตามสั่ง	ร้านสะดวกซื้อ	ฟาสต์ฟู้ด	ซูเปอร์มาร์เก็ต
ชาย							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	1	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	76	13.4	55.7	22.0	9.0	0.0	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	269	8.4	53.2	34.6	1.6	0.3	1.9
หญิง							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	6	0.0	60.6	30.2	9.2	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	92	10.8	59.9	25.2	1.4	0.0	2.8
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	225	7.7	55.7	33.2	2.8	0.0	0.7
รวม							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	7	0.0	64.5	27.3	8.3	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	168	11.9	58.2	23.9	4.5	0.0	1.6
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	494	8.1	54.4	33.9	2.2	0.2	1.3

ตารางที่ 5.19 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมือเย็น จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	ชาย (n = 346)		หญิง (n = 323)		รวม (n = 669)	
	ในเขตเทศบาล (n = 231)	นอกเขตเทศบาล (n = 115)	ในเขตเทศบาล (n = 223)	นอกเขตเทศบาล (n = 100)	ในเขตเทศบาล (n = 454)	นอกเขตเทศบาล (n = 215)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	7.5	11.6	7.2	10.0	7.4	10.8
ตลาด	50.3	57.3	47.3	67.6	48.8	62.4
ร้านอาหารตามสั่ง	36.8	26.3	42.0	18.1	39.5	22.3
ร้านสะดวกซื้อ	2.5	4.3	2.1	2.7	2.3	3.5
ฟาสต์ฟู้ด	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2
ซูเปอร์มาร์เก็ต	2.9	0.0	1.3	1.6	2.1	0.8

ตารางที่ 5.20 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมือเย็น จำแนกตามภาคและแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	เหนือ (n = 143)	กลาง (n = 222)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 117)	ใต้ (n = 71)	กรุงเทพฯ (n = 116)	รวม (n = 669)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	8.4	6.0	13.1	8.9	10.5	9.1
ตลาด	68.6	61.5	63.8	11.9	40.7	55.6
ร้านอาหารตามสั่ง	21.5	29.8	14.8	72.1	44.8	30.9
ร้านสะดวกซื้อ	0.9	2.4	6.6	1.2	1.6	2.9
ฟาสต์ฟู้ด	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1
ซูเปอร์มาร์เก็ต	0.6	0.0	1.7	6.0	2.4	1.4

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนอาหารมือหลัก (มือเช้า มือกลางวัน และมือเย็น) ที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ (ตารางที่ 5.21) พบว่า ประมาณร้อยละ 21 ถึง 31 ของเด็กกินอาหารมือหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์ และพบว่า เด็กที่มีอายุมากกว่ากินอาหารมือหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่า เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลกิน

อาหารมื้อหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์สูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 5.22) นอกจากนี้ ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์มีความแตกต่างกันตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 44.0 กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.21 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน

	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน			
		ไม่กิน	1 มื้อ	2 มื้อ	3 มื้อ
ชาย					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	52	74.6	22.3	1.1	2.1
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,099	74.4	19.4	4.1	2.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,396	68.8	24.5	4.2	2.5
หญิง					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	53	84.6	11.8	2.3	1.4
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,074	75.6	18.3	2.9	3.2
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,296	69.7	23.6	3.9	2.8
รวม					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	105	79.5	17.2	1.7	1.7
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	2,173	75.0	18.9	3.6	2.6
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	4,692	69.3	24.0	4.1	2.7

ตารางที่ 5.22 ร้อยละของเด็กที่รับประทานอาหารหลักกินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกร้าน

จำนวนมื้ออาหาร ที่กินนอกร้าน	ชาย (n = 3,547)		หญิง (n = 3,423)		รวม (n = 6,970)	
	ในเขต เทศบาล (n = 1,812)	นอกเขต เทศบาล (n = 1,735)	ในเขต เทศบาล (n = 1,752)	นอกเขต เทศบาล (n = 1,671)	ในเขต เทศบาล (n = 3,564)	นอกเขต เทศบาล (n = 3,406)
ไม่กิน	64.0	74.3	63.0	76.2	63.5	75.2
1 มื้อ	27.3	20.4	27.2	19.1	27.3	19.7
2 มื้อ	4.2	4.1	5.3	2.7	4.7	3.4
3 มื้อ	4.5	1.2	4.5	2.1	4.5	1.6

ตารางที่ 5.23 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกร้าน

จำนวนมื้ออาหาร ที่กินนอกร้าน	เหนือ (n = 1,587)	กลาง (n = 1,608)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 1,777)	ใต้ (n = 1,524)	กรุงเทพฯ (n = 474)	รวม (n = 6,970)
ไม่กิน	73.4	62.3	80.9	69.8	56.0	71.2
1 มื้อ	20.7	27.4	16.8	26.9	22.3	22.3
2 มื้อ	5.1	5.4	1.5	2.5	10.2	3.9
3 มื้อ	0.9	4.9	0.8	0.9	11.5	2.6

สำหรับลักษณะอาหารนอกร้าน ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดในวันเสาร์อาทิตย์ อันดับแรกคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 56.0 ถึง 72.0) รองลงมาคือ อาหารปรุงสำเร็จ (ร้อยละ 25.4 ถึง 41.9) สำหรับอาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง อาหารปิ้งโต และอาหารแช่แข็ง ยังคงมีส่วนของการเลือกบริโภคเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 5.24) และเป็นที่น่าสนใจว่าเด็กหญิงอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน เลือกบริโภคอาหารปรุงสุกสำเร็จอันดับแรก (ร้อยละ 58.8) รองลงมาคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 36.5) ซึ่งมีสัดส่วนของลักษณะอาหารนอกร้านที่แตกต่างจากเด็กกลุ่มอื่น (เด็กชายที่มีช่วงอายุเดียวกันและทั้งเด็กชายและเด็กหญิงที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์อาทิตย์อันดับแรกคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 67.3 และ 73.2 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ (ร้อยละ 29.7 และ 23.8 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.25 และเมื่อพิจารณาภูมิภาคที่อยู่อาศัย แม้อาหารตามสั่งและอาหารปรุงสุกสำเร็จถูกเลือกในอันดับแรกและอันดับที่ 2 แต่พบความแตกต่างของสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสำเร็จในบางภูมิภาค เช่น ภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสำเร็จเท่ากับร้อยละ 84.1 และ 15.3 vs. ร้อยละ 80.4 และ 16.1 ตามลำดับ) ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสำเร็จเท่ากับร้อยละ 61.1 และ 33.8 ตามลำดับ เป็นต้น

ตารางที่ 5.24 ร้อยละของเด็กที่กินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุด

	จำนวนตัวอย่าง	ลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุด				
		ปรุงสุกสำเร็จ	ตามสั่ง	สำเร็จรูปบรรจุของ/กระป๋อง	ปิ่นโต	แช่แข็ง
ชาย						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	9	28.5	71.6	0.0	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	314	28.3	66.1	5.0	0.0	0.6
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	715	25.2	72.1	1.4	0.1	1.3
หญิง						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	12	58.8	36.5	4.7	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	270	27.7	70.3	1.9	0.0	0.1
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	742	25.6	71.9	1.7	0.2	0.6
รวม						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	21	41.9	56.0	2.1	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	584	28.0	68.0	3.7	0.0	0.4
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,457	25.4	72.0	1.5	0.1	1.0

ตารางที่ 5.25 ร้อยละของเด็กที่กินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด

ลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด	ชาย (n = 1,038)		หญิง (n = 1,024)		รวม (n = 2,062)	
	ในเขตเทศบาล (n = 590)	นอกเขตเทศบาล (n = 448)	ในเขตเทศบาล (n = 615)	นอกเขตเทศบาล (n = 409)	ในเขตเทศบาล (n = 1,205)	นอกเขตเทศบาล (n = 857)
ปรุงสุกสำเร็จ	31.0	22.6	28.4	25.1	29.7	23.8
ตามสั่ง	66.5	73.0	68.2	73.4	67.3	73.2
สำเร็จรูปบรรจุซอง/ กระป๋อง	2.1	2.7	2.1	1.5	2.1	2.1
ปั่นโต	0.1	0.0	0.3	0.0	0.2	0.0
แช่แข็ง	0.3	1.7	1.0	0.1	0.7	0.9

ตารางที่ 5.26 ร้อยละของเด็กที่กินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด

ลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด	เหนือ (n = 410)	กลาง (n = 618)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n = 393)	ใต้ (n = 439)	กรุงเทพฯ (n = 202)	รวม (n = 2,062)
ปรุงสุกสำเร็จ	15.3	27.6	33.8	16.1	38.6	26.3
ตามสั่ง	84.1	70.7	61.1	80.4	56.3	70.7
สำเร็จรูปบรรจุซอง/ กระป๋อง	0.5	0.6	3.7	3.0	4.2	2.1
ปั่นโต	0.1	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1
แช่แข็ง	0.1	0.9	1.4	0.5	0.9	0.8

แหล่งอาหารมือหลักของเด็กที่อายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินในวันเสาร์อาทิตย์ (ตารางที่ 5.27) อันดับแรกคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 61.8 ถึง 72.5) รองลงมาคือ ตลาด (ร้อยละ 15.5 ถึง 17.5)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่า สัดส่วนของแหล่งอาหารมือหลักที่กินในวันเสาร์อาทิตย์มีความแตกต่างกันเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 5.28 แต่เมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่า สัดส่วนของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินในวันเสาร์อาทิตย์ผันแปรตามภูมิภาคที่อาศัย (ตารางที่ 5.29)

ตารางที่ 5.27 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และแหล่งอาหาร

	จำนวน ตัวอย่าง	แหล่งอาหาร					
		รถเร่/อาหาร ริมบาทวิถี	ตลาด	ร้านอาหาร ตามสั่ง	ร้านสะดวก ซื้อ	ฟาสต์ฟู้ด	ซูเปอร์ มาร์เก็ต
ชาย							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	9	0.0	8.1	70.0	0.0	4.4	17.6
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	310	4.1	15.5	71.2	5.6	2.3	1.3
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	712	3.0	15.8	75.1	2.3	1.1	2.7
หญิง							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	11	0.0	28.3	47.7	6.4	0.0	17.5
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	266	4.0	17.0	74.1	1.0	2.1	1.9
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	737	3.8	19.4	69.6	1.8	2.0	3.5
รวม							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	20	0.0	15.5	61.8	2.4	2.8	17.5
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	576	4.1	16.2	72.5	3.5	2.2	1.6
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,449	3.4	17.5	72.4	2.0	1.6	3.1

ตารางที่ 5.28 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	ชาย (n = 1,031)		หญิง (n = 1,014)		รวม (n = 2,045)	
	ในเขตเทศบาล (n = 588)	นอกเขตเทศบาล (n = 443)	ในเขตเทศบาล (n = 607)	นอกเขตเทศบาล (n = 407)	ในเขตเทศบาล (n = 1,195)	นอกเขตเทศบาล (n = 850)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	3.6	3.1	3.1	4.4	3.3	3.7
ตลาด	15.1	15.9	15.8	21.2	15.4	18.4
ร้านอาหารตามสั่ง	71.5	75.7	71.4	70.0	71.4	73.0
ร้านสะดวกซื้อ	3.1	3.3	1.8	1.5	2.5	2.5
ฟาสต์ฟู้ด	2.2	1.0	2.4	1.7	2.3	1.3
ซูเปอร์มาร์เก็ต	4.5	1.0	5.6	1.3	5.0	1.2

ตารางที่ 5.29 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	เหนือ (n = 406)	กลาง (n = 609)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 387)	ใต้ (n = 440)	กรุงเทพฯ (n = 203)	รวม (n = 2,045)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	1.1	3.5	4.1	5.5	2.5	3.5
ตลาด	8.3	22.7	22.0	5.4	21.1	17.1
ร้านอาหารตามสั่ง	84.5	70.1	67.0	84.6	52.9	72.3
ร้านสะดวกซื้อ	0.3	1.5	4.7	1.0	6.2	2.5
ฟาสต์ฟู้ด	3.4	0.7	0.8	1.6	5.0	1.8
ซูเปอร์มาร์เก็ต	2.4	1.5	1.3	1.9	12.4	2.8

การกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันพบว่า ร้อยละ 86.2 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 9 ปี 11 เดือน และร้อยละ 72.0 ของเด็กอายุ 10 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวัน (ตารางที่ 5.30) เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 79.1 และ 77.8 ตามลำดับ) และพบว่า เด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยใน

กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนของกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันสูงสุดคือ ร้อยละ 81.1 รองลงมาคือ เด็กที่อาศัยในภาคกลาง (ร้อยละ 79.1)

จากการสำรวจการบริโภคอาหารมื้อหลักพบว่า เด็กอายุ 6 ปีถึง 9 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 58.5 งดมื้ออาหารเช้า รองลงมาคือ งดมื้ออาหารกลางวัน (ร้อยละ 31.0) และมื้ออาหารเย็น (ร้อยละ 10.5) (ตารางที่ 5.31) เช่นเดียวกันกับเด็กอายุ 6 ปีถึง 9 ปี 11 เดือน เด็กอายุ 10 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 55.4 งดมื้ออาหารเช้า รองลงมาคือ งดมื้ออาหารกลางวัน (ร้อยละ 27.7) และมื้ออาหารเย็น (ร้อยละ 16.8)

ตารางที่ 5.30 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวัน จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
6 ปี-9 ปี 11 เดือน	1,741	86.2	1,741	86.2	3,482	86.2
10 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,006	72.7	921	71.3	1,927	72.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,426	81.6	1,391	81.6	2,817	79.1
นอกเขตเทศบาล	1,321	80.3	1,271	79.9	2,592	77.8
ภาค						
เหนือ	632	79.8	612	82.0	1,244	77.4
กลาง	629	81.8	626	81.0	1,255	79.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	713	81.5	684	80.9	1,397	78.3
ใต้	560	78.0	538	76.3	1,098	76.1
กรุงเทพฯ	213	82.2	202	84.0	415	81.1

ตารางที่ 5.31 ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง ภาค และมื้ออาหารที่งด

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวน ตัวอย่าง	มื้ออาหารที่งด			จำนวน ตัวอย่าง	มื้ออาหารที่งด			จำนวน ตัวอย่าง	มื้ออาหารที่งด		
		เช้า	กลางวัน	เย็น		เช้า	กลางวัน	เย็น		เช้า	กลางวัน	เย็น
กลุ่มอายุ												
6 ปี-9 ปี 11 เดือน	298	58.5	31.0	10.5	298	58.5	31.0	10.5	596	58.5	31.0	10.5
10 ปี-14 ปี 11 เดือน	354	61.3	30.2	8.5	395	49.3	25.1	25.6	749	55.4	27.7	16.8
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	341	62.4	27.2	10.4	349	56.9	27.4	15.7	690	60.8	25.6	13.6
นอกเขตเทศบาล	311	58.8	32.4	8.8	344	51.6	28.0	20.5	655	54.0	30.3	15.8
ภาค												
เหนือ	117	72.5	18.2	9.3	131	49.9	18.4	31.7	248	61.5	18.3	20.3
กลาง	161	51.1	39.4	9.5	160	47.4	31.9	20.7	321	48.4	34.7	16.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	170	61.7	33.6	4.7	185	57.3	31.9	10.8	355	58.3	32.9	8.8
ใต้	155	55.7	29.0	15.3	163	53.2	24.3	22.5	318	54.3	25.6	20.1
กรุงเทพฯ	49	66.7	19.8	13.5	54	63.5	21.0	15.5	103	67.8	18.0	14.3

5.4 การบริโภคผักและผลไม้

ผักและผลไม้เป็นแหล่งของสารอาหารที่สำคัญ ได้แก่ วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร รวมถึงสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารพฤกษเคมี⁸ การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอในปริมาณ 400-600 กรัมต่อวัน หรือ 5-8 ส่วนมาตรฐานต่อวัน⁹ หรือตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกสำหรับประชาชนทั่วไป รวมถึงเด็ก¹⁰ คือ บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวันหรือ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{10,11} เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง^{8,9} โรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร การขาดวิตามินและแร่ธาตุ⁹ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประชากรที่อาศัยในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ส่วนใหญ่ยังคงบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำให้บริโภคขององค์การอนามัยโลกหรือข้อแนะนำการบริโภคของประเทศนั้น ๆ¹²⁻¹⁷ รวมถึงประเทศไทย

ดังนั้นการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย จึงดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการสำรวจการบริโภคผักและผลไม้ของประชาชนไทยทั้งในเพศชายและหญิงและทุกกลุ่มวัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมและแนวโน้มในการบริโภคผักและผลไม้ โดยในรายงานฉบับนี้จะนำเสนอพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ทั้งในด้านปริมาณและความเพียงพอของการบริโภคผักและผลไม้ ในส่วนของความเพียงพอประเมินจากการบริโภคทั้งผักและผลไม้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 400 กรัม) หรือบริโภคผัก ≥ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 240 กรัม) และผลไม้ ≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 160 กรัม)

หมายเหตุ

ข้อแนะนำปริมาณผักและผลไม้ที่ควรบริโภคในเด็กเล็กยังคงมีความหลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น Lock และคณะ แนะนำปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 4 ปี เท่ากับ 330 ± 50 กรัมต่อวัน เด็กและวัยรุ่นอายุ 5-14 ปี แนะนำ 480 ± 50 กรัมต่อวัน¹⁸ McCarthy และคณะ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อแนะนำในการบริโภคผักและผลไม้ของประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุ 4-13 ปีพบว่า ปริมาณที่แนะนำอยู่ระหว่าง 100 ถึง 500 กรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามหลาย ๆ ประเทศในยุโรป ใช้คำแนะนำเดียวกับองค์การอนามัยโลกคือ บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน¹⁰ โดยเฉพาะประเทศออสเตรเลีย (ผักและผลไม้ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) สวีเดน (ผักและผลไม้อย่างน้อย 500 กรัมต่อวัน) ประเทศในสหราชอาณาจักร (ผักและผลไม้อย่างน้อย 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ใช้ข้อแนะนำดังกล่าวกับประชาชนที่อายุ 2 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศญี่ปุ่น จากนโยบาย “การสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติในศตวรรษที่ 21” หรือ “Health Japan 21” ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตั้งเป้าให้ประชากรญี่ปุ่นบริโภคผัก 350 กรัม และผลไม้ 200 กรัมต่อวัน¹⁹ หรือประมาณผัก 4.4 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และผลไม้ 2.5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ข้อแนะนำการบริโภคอาหารสำหรับเด็กและวัยรุ่นชาวมาเลเซีย กำหนดให้เด็กอายุ 3-6 ปี บริโภคผักและผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน และเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-18 ปีบริโภคผักและผลไม้ 5 ส่วนต่อวัน²⁰

Ministry of Health Singapore แนะนำเด็กอายุ 3-6 ปีบริโภคผักและผลไม้ 2 ส่วนต่อวัน และเด็กและวัยรุ่น อายุ 7-18 ปีบริโภคผักและผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน²¹ (ผัก 1 ส่วน ประมาณ 100-150 กรัม และผลไม้ 1 ส่วน ประมาณ 50-130 กรัม)²²

ในประเทศไทย ข้อเสนอแนะจากธงโภชนาการ แนะนำเด็กอายุ 6-13 ปี บริโภคผัก 4 ทัพพี²³ (160 กรัม) และผลไม้ 3 ส่วน²³ (240 กรัม โดย 1 ส่วน (60 แคลอรี) = 40-170 กรัม) หมายเหตุ ธงโภชนาการสำหรับ ประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัย กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาและปรับปรุง

จากข้อมูลข้างต้น ข้อเสนอแนะปริมาณผักและผลไม้ในเด็กเล็กก่อนข้างหลากหลายและยังไม่มีข้อสรุป ที่ชัดเจน ดังนั้นรายงานบทนี้ ในส่วนของการประเมินความเพียงพอในการบริโภคผักและผลไม้ จะประเมิน เฉพาะกลุ่มตัวอย่างอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน โดยเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนะการบริโภคผักและผลไม้ของ องค์การอนามัยโลก

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้ง กลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน และอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน กินผักในปริมาณโดยเฉลี่ยที่เท่ากัน (1.4 ± 1.6 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.0) ส่วนมาตรฐานต่อวัน และ 1.4 ± 1.5 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.0) ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผัก มากกว่านอกเขตเทศบาลกินผักเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 ± 2.0 และ 1.3 ± 1.2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ) โดยเด็กที่อาศัยในภาคใต้กินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด (1.7 ± 2.1 ส่วนมาตรฐาน) ขณะที่เด็กที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่ต่ำที่สุด (1.2 ± 1.1 ส่วนมาตรฐาน) (ตารางที่ 5.32)

เช่นเดียวกับการกินผัก กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้งกลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนและอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน กินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8 ± 0.7 ส่วน มาตรฐานต่อวัน และ 0.9 ± 0.9 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) นอกจากนี้พบว่า ปริมาณเฉลี่ยในการกินผลไม้ใน ปริมาณเฉลี่ยต่อวันของเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (0.9 ± 1.1 ส่วนมาตรฐาน) และนอกเขตเทศบาล (0.8 ± 0.7 ส่วนมาตรฐาน) ใกล้เคียงกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในภูมิภาคต่าง ๆ กิน ผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวันค่อนข้างใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 5.33)

เมื่อพิจารณาปริมาณการกินผักและผลไม้ร่วมกัน (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค (ตารางที่ 5.34) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้งกลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนและ อายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน กินผักและผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (2.2 ± 1.8 และ 2.3 ± 2.0 ส่วน มาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลกินผักและผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวันมากกว่าเด็ก ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย (2.4 ± 2.6 และ 2.2 ± 1.6 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ) และ ปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนมีความผันแปรตามภูมิภาคที่อาศัย

เมื่อพิจารณาร้อยละของเด็กที่กินผัก ผลไม้ และผักและผลไม้ จำแนกเพศ อายุ และปริมาณส่วนที่บริโภคพบว่า เด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ร้อยละ 49.8 ร้อยละ 67.4 และร้อยละ 24.5 กินผัก ผลไม้ และผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 5.1-5.3

การบริโภคผักและผลไม้ตามข้อเสนอแนะยังเป็นปัญหาสำหรับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปี ถึง 14 ปี 11 เดือน จากการประเมินความเพียงพอในการกินผักพบว่า สัดส่วนเด็กชายอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินผักเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เท่ากับร้อยละ 13.4 ซึ่งน้อยกว่าสัดส่วนของเด็กหญิงที่กินผักเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (ร้อยละ 15.0) เพียงเล็กน้อย (รูปที่ 5.4) ความเพียงพอในการกินผลไม้พบว่าเพียงร้อยละ 11.9 และร้อยละ 13.1 ของเด็กชายและเด็กหญิงอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ที่กินผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เมื่อพิจารณาการกินทั้งผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนทั้งชายและหญิง กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะเพียง ร้อยละ 9.9 และ 11.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 5.32 ปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
กลุ่มอายุ						
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,100	1.5 (1.6); 0.9	1,073	1.3 (1.5); 1.0	2,173	1.4 (1.6); 1.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,387	1.3 (1.4); 0.9	2,292	1.4 (1.5); 1.0	4,679	1.4 (1.5); 1.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,774	1.5 (2.0); 1.0	1,705	1.5 (2.0); 1.0	3,479	1.5 (2.0); 1.0
นอกเขตเทศบาล	1,713	1.3 (1.2); 0.9	1,660	1.4 (1.2); 0.9	3,373	1.3 (1.2); 0.9
ภาค						
เหนือ	800	1.4 (1.6); 0.9	771	1.4 (1.7); 1.0	1,571	1.4 (1.7); 1.0
กลาง	789	1.4 (1.3); 1.0	789	1.4 (1.3); 1.0	1,578	1.4 (1.3); 1.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	916	1.2 (1.1); 0.7	842	1.2 (1.1); 0.9	1,758	1.2 (1.1); 0.9
ใต้	754	1.7 (2.1); 1.0	752	1.8 (2.2); 1.1	1,506	1.7 (2.1); 1.0
กรุงเทพฯ	228	1.5 (2.0); 0.9	211	1.5 (1.6); 1.0	439	1.5 (1.8); 1.0
รวม	3,487	1.4 (1.5); 0.9	3,365	1.4 (1.5); 1.0	6,852	1.4 (1.5); 1.0

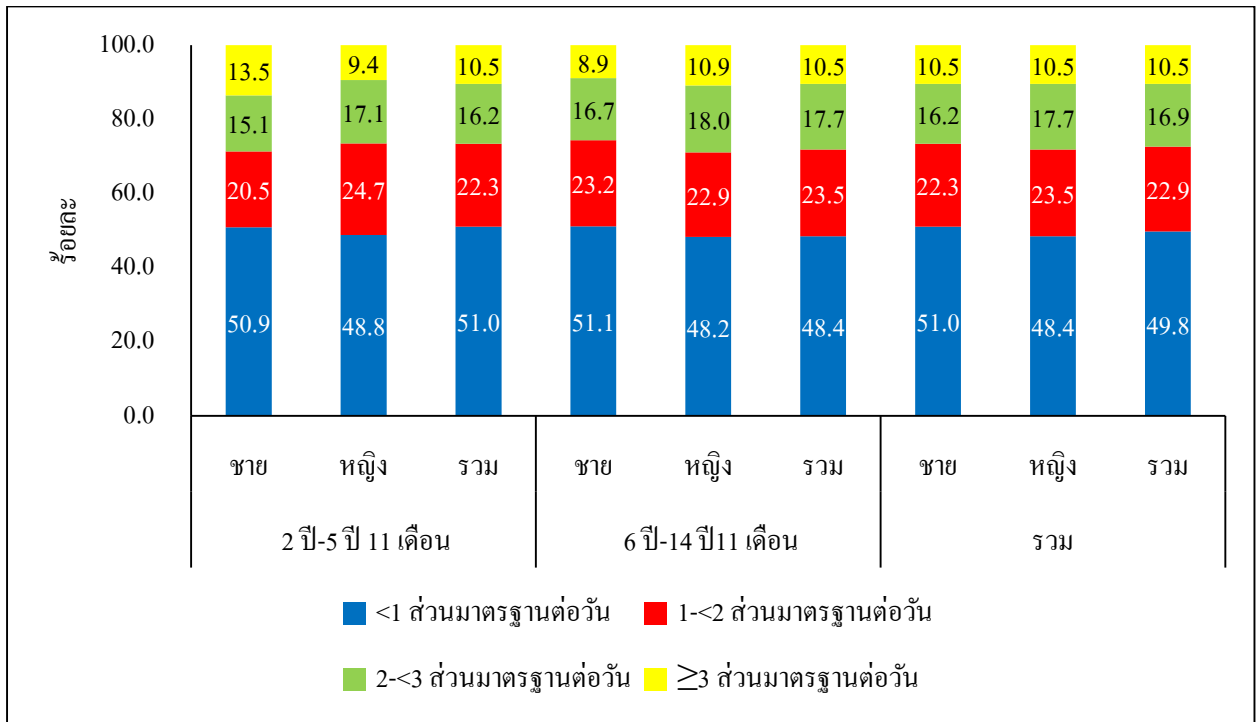
ตารางที่ 5.33 ปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
กลุ่มอายุ						
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,100	0.8 (0.7); 0.6	1,073	0.8 (0.7); 0.6	2,173	0.8 (0.7); 0.6
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,387	0.9 (0.9); 0.6	2,291	0.9 (0.9); 0.6	4,678	0.9 (0.9); 0.6
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,777	0.9 (1.2); 0.6	1,705	0.9 (1.1); 0.6	3,482	0.9 (1.1); 0.6
นอกเขตเทศบาล	1,710	0.8 (0.7); 0.6	1,659	0.9 (0.7); 0.6	3,369	0.8 (0.7); 0.6
ภาค						
เหนือ	799	0.8 (0.9); 0.6	771	0.9 (1.0); 0.7	1,570	0.9 (0.9); 0.6
กลาง	788	0.8 (0.9); 0.6	789	0.9 (0.9); 0.7	1,577	0.9 (0.9); 0.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	914	0.8 (0.7); 0.6	842	0.8 (0.8); 0.6	1,756	0.8 (0.7); 0.6
ใต้	754	0.8 (0.8); 0.6	753	0.8 (0.8); 0.6	1,507	0.8 (0.8); 0.6
กรุงเทพฯ	232	1.0 (1.4); 0.6	209	1.0 (1.2); 0.9	441	1.0 (1.3); 0.6
รวม	3,487	0.8 (0.9); 0.6	3,364	0.9 (0.9); 0.6	6,851	0.9 (0.9); 0.6

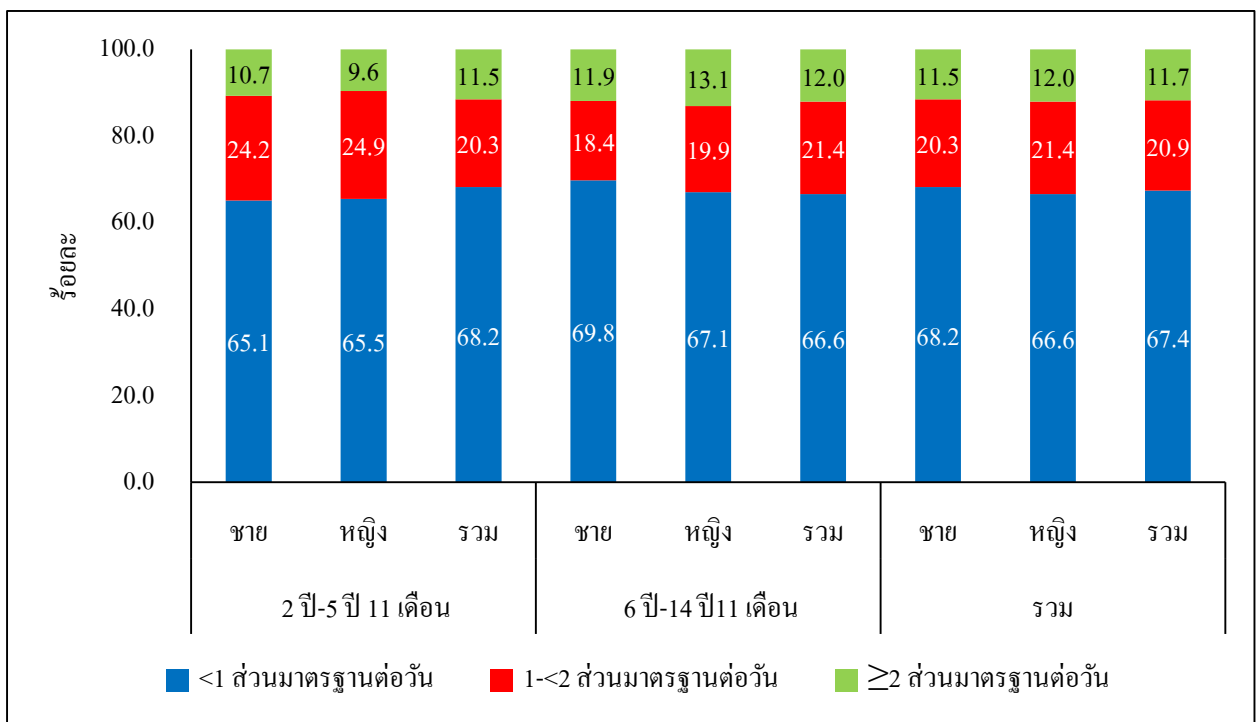
ตารางที่ 5.34 ปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
กลุ่มอายุ						
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,097	2.3 (1.9); 1.7	1,073	2.1 (1.8); 1.7	2,170	2.2 (1.8); 1.7
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,382	2.2 (2.0); 1.6	2,288	2.3 (2.0); 1.8	4,670	2.3 (2.0); 1.7
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,771	2.3 (2.7); 1.7	1,702	2.4 (2.5); 2.0	3,473	2.4 (2.6); 1.8
นอกเขตเทศบาล	1,708	2.1 (1.5); 1.7	1,659	2.2 (1.6); 1.7	3,367	2.2 (1.6); 1.7
ภาค						
เหนือ	798	0.8 (0.9); 1.7	770	0.9 (1.0); 1.9	1,568	2.3 (2.1); 1.7
กลาง	786	0.8 (0.9); 1.7	789	0.9 (0.9); 1.9	1,575	2.3 (1.8); 1.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	914	0.8 (0.7); 1.6	841	0.8 (0.8); 1.6	1,755	2.0 (1.5); 1.6
ใต้	754	0.8 (0.8); 1.7	752	0.8 (0.8); 1.9	1,506	2.5 (2.3); 1.9
กรุงเทพฯ	227	1.0 (1.4); 1.5	209	1.0 (1.2); 2.0	436	2.6 (2.7); 1.7
รวม	3,479	2.2 (1.9); 1.7	3,361	2.3 (1.9); 1.7	6,840	2.2 (1.9); 1.7

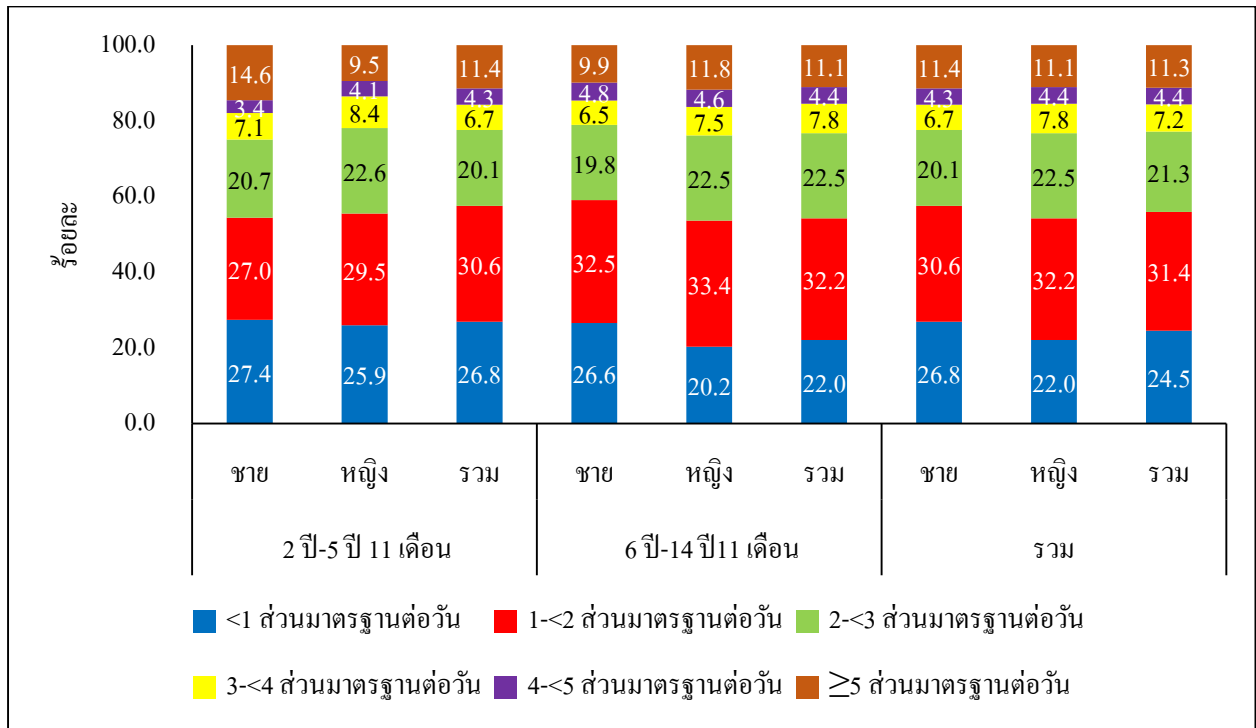
รูปที่ 5.1 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)



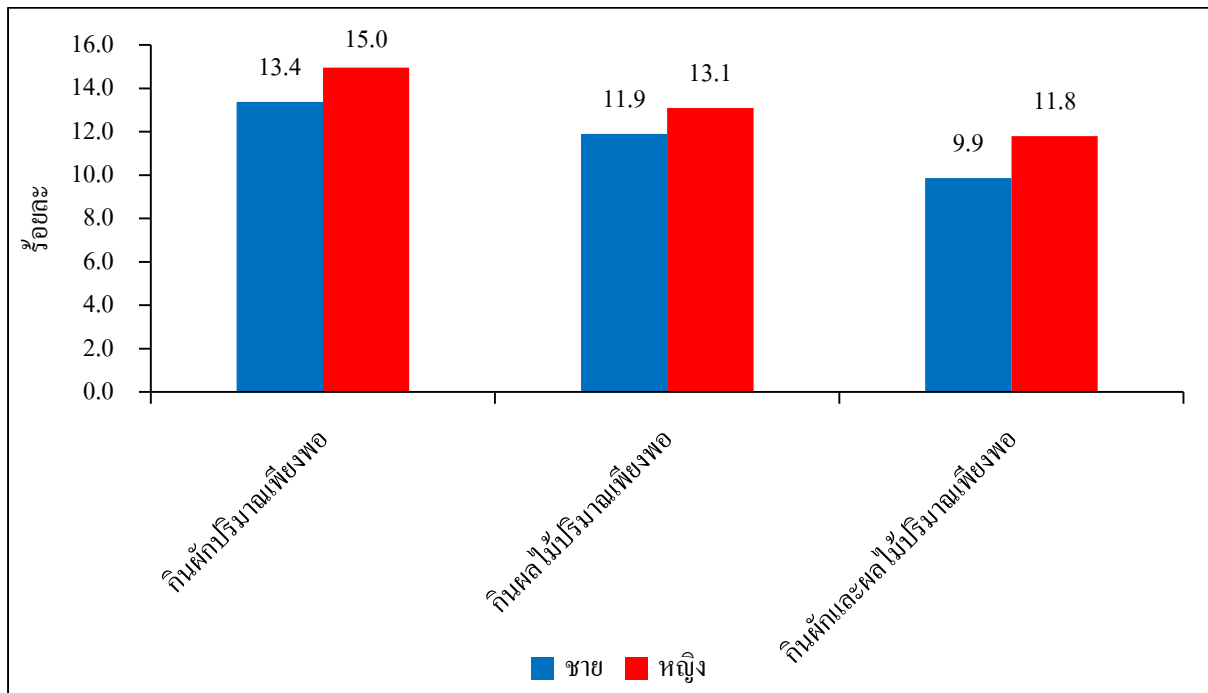
รูปที่ 5.2 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)



รูปที่ 5.3 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)



รูปที่ 5.4 ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินผักและผลไม้ปริมาณเพียงพอ* ตามข้อเสนอแนะ จำแนกตามอายุ และเพศ



*กินผักปริมาณเพียงพอ หมายถึง กินผัก ≥ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 240 กรัม); กินผลไม้ปริมาณเพียงพอ หมายถึง กินผลไม้ ≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 160 กรัม); กินผักและผลไม้ปริมาณเพียงพอ หมายถึง กินผักและผลไม้ ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน (≥ 400 กรัม)

เอกสารอ้างอิง

1. Indrio F, Mestrovic J, Carrasco-Sanz A, Vural M, Namazova-Baranova L, Giardino I, et al. Overview on child health, nutrition and food hazards during the first thousand days of life. *Global Pediatrics* 2022; 2: 100018. <https://doi.org/10.1016/j.gped.2022.100018>.
2. Desai M, Jellyman JK, Ross MG. Epigenomics, gestational programming and risk of metabolic syndrome. *Int J Obes (Lond)* 2015; 39(4): 633-41. doi: 10.1038/ijo.2015.13.
3. Barker DJ, Martyn CN, Osmond C, Hales CN, Fall CH. Growth in utero and serum cholesterol concentrations in adult life. *BMJ* 1993; 307(6918): 1524-7. doi: 10.1136/bmj.307.6918.1524.
4. Kaikkonen JE, Mikkilä V, Magnussen CG, Juonala M, Viikari JSA, Raitakari OT. Does childhood nutrition influence adult cardiovascular disease risk?—Insights from the Young Finns Study. *Ann Med* 2013; 45(2): 120-8.
5. Zhou L-Y, Deng M-Q, Zhang Q, Xin-Hua Xiao X-H. Early-life nutrition and metabolic disorders in later life: A new perspective on energy metabolism. *Chin Med J (Engl)* 2020; 133(16): 1961–70.
6. World Health Organization. Breastfeeding recommendations [Internet]. Available from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2. Access 13 April 2023.
7. World Health Organization. Breastfeeding WHO response [Internet]. Available from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3. Access 13 April 2023.
8. Liu RH. Dietary bioactive compounds and their health implications. *J Food Sci* 2013;78 Suppl 1: A18-25.
9. Rodriquez-Casado A. The health potential of fruits and vegetables phytochemicals: Notable examples. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2016; 56(7): 1097-107.
10. McCarthy R, Kehoe L, Flynn A, Walton J. The role of fruit and vegetables in the diets of children in Europe: current state of knowledge on dietary recommendations, intakes and contribution to energy and nutrient intakes. *Proc Nutr Soc* 2020; 1-8. doi: 10.1017/S0029665120007090
11. World Health Organization. Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January-1 February 2002. Geneva: World Health Organization, 2003.
12. Lee SH, Moore LV, Park S, Harris DM, Blanck HM. Adults meeting fruit and vegetable intake recommendations — United States, 2019 [Internet]. *MMWR* 2022; 71(1): 1-9. Available from <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/pdfs/mm7101a1-H.pdf>. Access April 17, 2023.

13. Australian Bureau of Statistics. Dietary behaviour [Internet]. Canberra: ABS; 2020-21. Available from: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/dietary-behaviour/latest-release>. . Access April 17, 2023.
14. eurostat. How much fruit and vegetables do you eat daily? [Internet]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220104-1>. Access April 17, 2023.
15. Chong LY, Bo J, Mei Z, Zheng Jing H, Qian D, Mai Geng Z, et al. Vegetable and fruit consumption among Chinese adults and associated factors: A nationally representative study of 170,847 adults. *Biomed Environ Sci* 2017; 30(12): 863-74.
16. Jayawardena R, Jeyakumar DT, Gamage M, Sooriyaarachchi P, Hills AP. Fruit and vegetable consumption among South Asians: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(6): 1791-800.
17. Rosi A, Paolella G, Biasini B, Scazzina F, the SINU Working Group on Nutritional Surveillance in Adolescents. Dietary habits of adolescents living in North America, Europe or Oceania: A review on fruit, vegetable and legume consumption, sodium intake, and adherence to the Mediterranean Diet. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2019; 29(6): 544-60.
18. Lock K, Pomerleau I, Causer L, McKee M. Chapter 9 Low fruit and vegetable consumption. In: Ezzati M, editors. *Comparative quantification of health risks, global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: WHO; 2004.
19. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. A basic direction for comprehensive implementation of national health promotion [Internet]. 2012. Available from <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047330.pdf>. Access April 17, 2023.
20. National Coordinating Committee on Food and Nutrition, Ministry of Health Malaysia. Malaysian dietary guidelines for children and adolescents [Internet]. 2013. Available from <https://www.moh.gov.my/moh/resources/auto%20download%20images/589d765c1b95f.pdf>. Access April 17, 2023.
21. Health Hub, Ministry of Health Singapore. Healthy food for kids and teens [Internet]. Available from <https://www.healthhub.sg/live-healthy/578/A%20Healthy%20Food%20Foundation%20-%20for%20Kids%20and%20Teens>. Access April 17, 2023.
22. Health Hub, Ministry of Health Singapore. Nutrition for pre-schoolers (months 61-72) [Internet]. Available from <https://www.healthhub.sg/live-healthy/2040/nutrition-for-preschoolers-61-72-months>. Access April 17, 2023.

23. คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สู้ภัย
ทั่วไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2552.

บทที่ 6

สถานะสุขภาพทั่วไป

ศ. นพ.วิชัย เอกพลากร

6.1 สุขภาพทั่วไป

ภาวะสุขภาพของเด็ก หมายถึง ภาวะสุขภาพของเด็กในความเห็นของผู้ปกครองใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นภาวะสุขภาพดีมาก หมายถึง ไม่ค่อยป่วยหรือป่วย 1 ครั้งต่อปี ภาวะสุขภาพดี หมายถึง ป่วยบ้าง 2-4 ครั้งต่อปี และภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี หมายถึง ป่วยบ่อยหรือเท่ากับหรือมากกว่า 5 ครั้งต่อปี

ความชุกของภาวะสุขภาพดี/ไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 1-5 ปี

ผลการศึกษาศึกษาเด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 34.6 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 49.3 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี มีร้อยละ 16.1 (ชายร้อยละ 15.9 และหญิงร้อยละ 16.2) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบร้อยละ 19.9 ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 16.2 และ 16.0 ตามลำดับ) ภาคกลางมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีต่ำที่สุด

ความชุกของภาวะสุขภาพดี/ไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 6-9 ปี

ผลการศึกษาศึกษาเด็กอายุ 6-9 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 39.5 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 49.2 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 6-9 ปี มีความชุกน้อยกว่ากลุ่มอายุ 1-5 ปี โดยพบว่า มีร้อยละ 11.3 (ชายร้อยละ 11.2 และหญิงร้อยละ 11.4) ซึ่งความชุกนี้มากกว่าผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 11.1 ใกล้เคียงกัน

ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 11.2 และ 11.4 ตามลำดับ) ภาคกลางมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีต่ำที่สุด

ความชุกของภาวะสุขภาพดี/ไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 10-14 ปี

ผลการศึกษาศึกษาเด็กอายุ 10-14 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 46.0 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 44.2 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 10-14 ปี มีความชุกน้อยกว่าของกลุ่มอายุ 6-9 ปี พบมีร้อยละ 9.8 (ชายร้อยละ 10.6 และหญิงร้อยละ 8.9) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 10.5)

ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 10.0 และ 9.7 ตามลำดับ เด็กในกรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีสูงสุด รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีต่ำที่สุด (ตารางที่ 6.1)

ตารางที่ 6.1 ภาวะสุขภาพเด็กใน 12 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มอายุ	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	
1-5 ปี											
ดีมาก	831	34.5	34.8	33.1	35.4	34.8	34.5	40.1	23.8	40.3	34.6
ดี	1,226	49.6	49	50.6	48.6	50	45.1	44.8	63.3	44.3	49.3
ไม่ค่อยดี	418	15.9	16.2	16.2	16	15.2	20.4	15.1	12.9	15.4	16.1
6-9 ปี											
ดีมาก	831	40.7	38.3	35.8	41.7	44.2	38	44.8	28.8	37	39.5
ดี	982	48.1	50.3	53	46.9	41.2	46.5	44.7	66.4	52.9	49.2
ไม่ค่อยดี	207	11.2	11.4	11.2	11.4	14.6	15.5	10.5	4.8	10.1	11.3
10-14 ปี											
ดีมาก	1,228	46.5	45.5	45.5	46.3	42.3	48.6	49.7	38.6	43.3	46
ดี	1,180	42.9	45.5	44.5	44	47.6	40.2	39.5	57.3	45.5	44.2
ไม่ค่อยดี	249	10.6	8.9	10	9.7	10.1	11.2	10.8	4.2	11.2	9.8

การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เด็กเคยมีการป่วยจนต้องเข้านอนในโรงพยาบาล ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 14.1 เด็กอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปี ที่ป่วยจนเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลมีร้อยละ 18.7, 11.5 และ 11.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ปี 2557 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ 18.6 แต่ในกลุ่มอายุ 6-9, 10-14 ปี การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 มีน้อยกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 10.2 และ 11.0 ตามลำดับ)

ความชุกจำแนกตามเขตการปกครองพบว่า ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 13.4 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคพบว่า ภาคเหนือสูงสุด รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ (ตารางที่ 6.2)

ตารางที่ 6.2 ความชุกของการป่วยของเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
1-5 ปี	292	20.0	242	17.3	534	18.7
6-9 ปี	143	12.2	116	10.8	259	11.5
10-14 ปี	145	13.4	140	9.8	285	11.6
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	280	14.2	250	12.5	530	13.4
นอกเขตเทศบาล	300	16.0	248	12.7	548	14.4
ภาค						
เหนือ	164	21.1	133	15.2	297	18.2
กลาง	141	15.8	131	13.9	272	14.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	113	11.7	98	11.4	211	11.6
ใต้	130	17.8	110	12.2	240	15.1
กรุงเทพฯ	32	11.8	26	8.5	58	10.2
รวม	580	15.4	498	12.7	1,078	14.1

หน้าหนาว

ภาวะหน้าหนาวมีโอกาพบได้บ่อยในเด็กอายุ 1-9 ปี การสัมผัสประวัตินี้เคยเป็นหน้าหนาวใน 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า เด็กอายุ 1-5 ปี และ 6-9 ปี ร้อยละ 3.2 และ 1.5 ตามลำดับ

เด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะหน้าหนาวสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.8 และ 1.8 ตามลำดับ) ความชุกของภาวะหน้าหนาวจำแนกตามภาคพบว่า ในภาคใต้มีความชุกต่ำที่สุดร้อยละ 1.4 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครร้อยละ 1.7 ส่วนภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุดคือ 5.6 (ตารางที่ 6.3)

ตารางที่ 6.3 ความชุกของภาวะหน้าหนาวของเด็กใน 3 เดือนที่ผ่านมา

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
1-5 ปี	40	2.8	38	3.7	78	3.2
6-9 ปี	21	1.7	12	1.2	33	1.5
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	28	1.7	27	1.9	55	1.8
นอกเขตเทศบาล	33	2.7	23	2.9	56	2.8
ภาค						
เหนือ	20	3.6	20	7.7	40	5.6
กลาง	13	2.5	10	1.0	23	1.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	16	2.2	11	1.8	27	2.0
ใต้	10	1.8	4	0.9	14	1.4
กรุงเทพฯ	2	1.0	5	2.5	7	1.7
รวม	61	2.3	50	2.5	111	2.4

การบาดเจ็บ

การสัมผัสเกี่ยวกับการบาดเจ็บต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า เด็กร้อยละ 8.9 เคยบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยความชุกในกลุ่มอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปีใกล้เคียงกัน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความชุกใกล้เคียงกัน และการจำแนกตามภาคพบว่า ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุดคือ ร้อยละ 10.2 รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง ตามลำดับ (ตารางที่ 6.4)

จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ใน 12 เดือนที่ผ่านมาค่ามัธยฐานจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ 1 ครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างในและนอกเขตเทศบาล และไม่มีความแตกต่างระหว่างภูมิภาค

ตารางที่ 6.4 ความชุกของเด็กที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจนต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใน 12 เดือนที่ผ่านมา

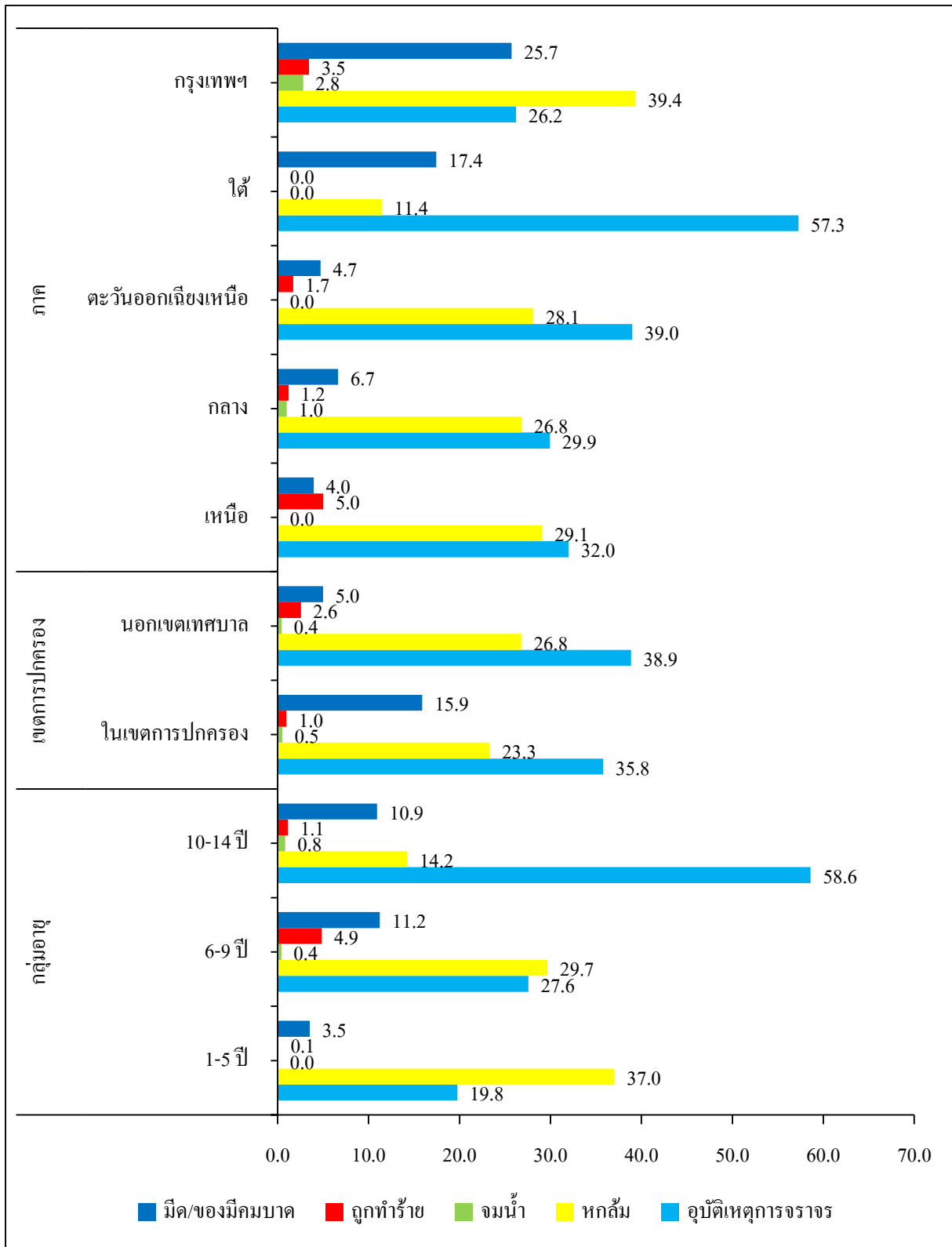
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ						
1-5 ปี	93	8.9	83	5.5	176	7.3
6-9 ปี	104	10.7	72	8.1	176	9.4
10-14 ปี	162	12.3	103	7.4	265	10.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	188	10.9	135	7.9	323	9.5
นอกเขตเทศบาล	171	10.5	123	6.5	294	8.6
ภาค						
เหนือ	92	12.9	63	7.4	155	10.2
กลาง	69	10.4	71	8.6	140	9.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	105	10.1	48	4.7	153	7.5
ใต้	72	11.0	57	8.5	129	9.8
กรุงเทพฯ	21	7.7	19	7.3	40	7.5
รวม	359	10.6	258	7.0	617	8.9

สาเหตุการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาล

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ทำให้เด็กต้องเข้านอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ จากการหกล้ม ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและ 6-9 ปี มีร้อยละ 37.0 และ 29.7 ตามลำดับ รองลงมาเป็นสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 19.8 และร้อยละ 27.6 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรสูงที่สุดร้อยละ 58.6 รองลง คือ การหกล้มร้อยละ 14.2 รองลงมาเป็นสาเหตุจากของมีคมบาด ในกลุ่มอายุ 6-9 ปีและ 10-14 ปีมีร้อยละ 11.2 และ 10.9 ตามลำดับ

ส่วนที่เกิดจากทำร้ายร่างกายมีในเด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีร้อยละ 4.9 และ 1.1 ตามลำดับ

รูปที่ 6.1 สาเหตุของอุบัติเหตุที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล (ข้อมูลแสดงเป็นร้อยละ)



ความสามารถในการว่ายน้ำได้

ภาวะจมน้ำเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยในเด็ก และการว่ายน้ำเป็นมิได้เป็นปัจจัยหลักของการป้องกันการจมน้ำของเด็ก แต่การว่ายน้ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการจมน้ำ จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสามารถในการว่ายน้ำของเด็กพบว่า เด็กอายุ 1-5 ปี สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเองมีเพียงร้อยละ 1.9 และเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 6-9 ปีและ 10-14 ปี มีร้อยละ 17.0 และ 43.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 6.5) ข้อมูลที่พบในการสำรวจครั้งนี้แสดงว่าสัดส่วนของเด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้เพิ่มขึ้นหรือต่างจากผลการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ที่พบเด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเองในกลุ่มอายุดังกล่าว มี ร้อยละ 0.9, 19.0 และ 43.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6.5 ร้อยละของเด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภูมิภาค

	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ		
1-5 ปี												
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	41	1.1	2.8	2.0	1.9	5.5	0.7	0.2	2.5	2.3	1.9	
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	112	4.8	4.5	4.8	4.6	10.5	6.5	0.4	3.3	4.8	4.7	
ว่ายน้ำไม่เป็น	2,320	94.1	92.6	93.2	93.5	84.0	92.8	99.4	94.1	93.0	93.4	
6-9 ปี												
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	349	17.6	16.4	19.9	15.3	19.3	14.1	10.1	27.7	27.3	17.0	
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	309	13.6	13.5	16.6	11.7	14.5	14.0	11.9	11.8	21.4	13.5	
ว่ายน้ำไม่เป็น	1,360	68.9	70.1	63.5	73.0	66.2	71.9	78.0	60.6	51.4	69.5	
10-14 ปี												
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	1,133	52.1	33.2	46.7	41.3	45.2	42.3	35.0	51.0	61.5	43.1	
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	455	17.0	18.3	18.6	17.2	20.3	16.8	17.8	11.1	27.5	17.6	
ว่ายน้ำไม่เป็น	1,064	30.9	48.5	34.8	41.5	34.5	40.9	47.2	37.9	11.0	39.3	

ความพิการ

จากการสัมภาษณ์และสังเกตพบ ลักษณะร่างกายทั่วไปที่มีความพิการ ของเด็กอายุ 1-14 ปี ตามลำดับความบ่อย ดังนี้ ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 0.8 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 0.8 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 0.5 ความพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 0.4 และความพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 0.1 โดยความชุกในเด็กชายและหญิง ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 6.6)

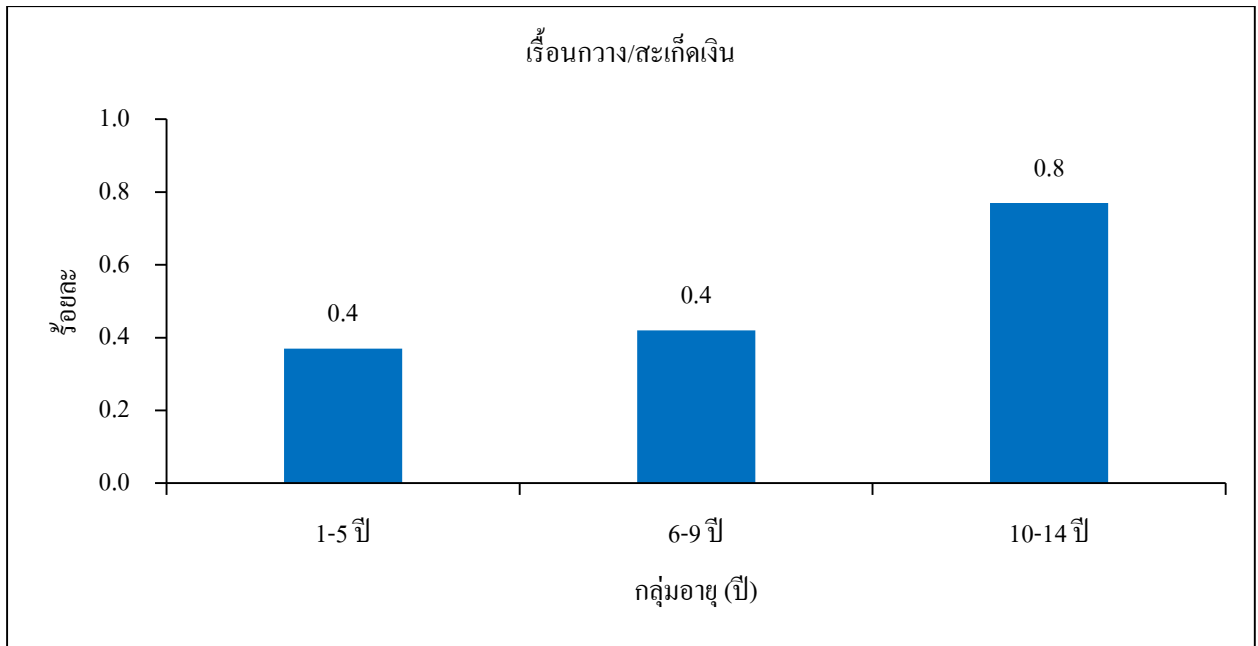
ตารางที่ 6.6 ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะความพิการจากการสัมภาษณ์และสังเกต ตามประเภทความพิการ จำแนกตามเพศ

ความพิการ	เพศ	
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
พิการทางการมองเห็น	0.6	0.2
พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	0.5	0.5
พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	0.7	0.9
พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	0.6	0.9
พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้	1	1

โรคเรื้อนกวาง หรือสะเก็ดเงิน

จากการสัมภาษณ์ประวัติว่าเคยได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อนกวางหรือโรคสะเก็ดเงิน พบความชุกตามอายุ 1-5 ปี และ 6-9 ปี ร้อยละ 0.4 เท่ากัน และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.8 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (รูปที่ 6.2)

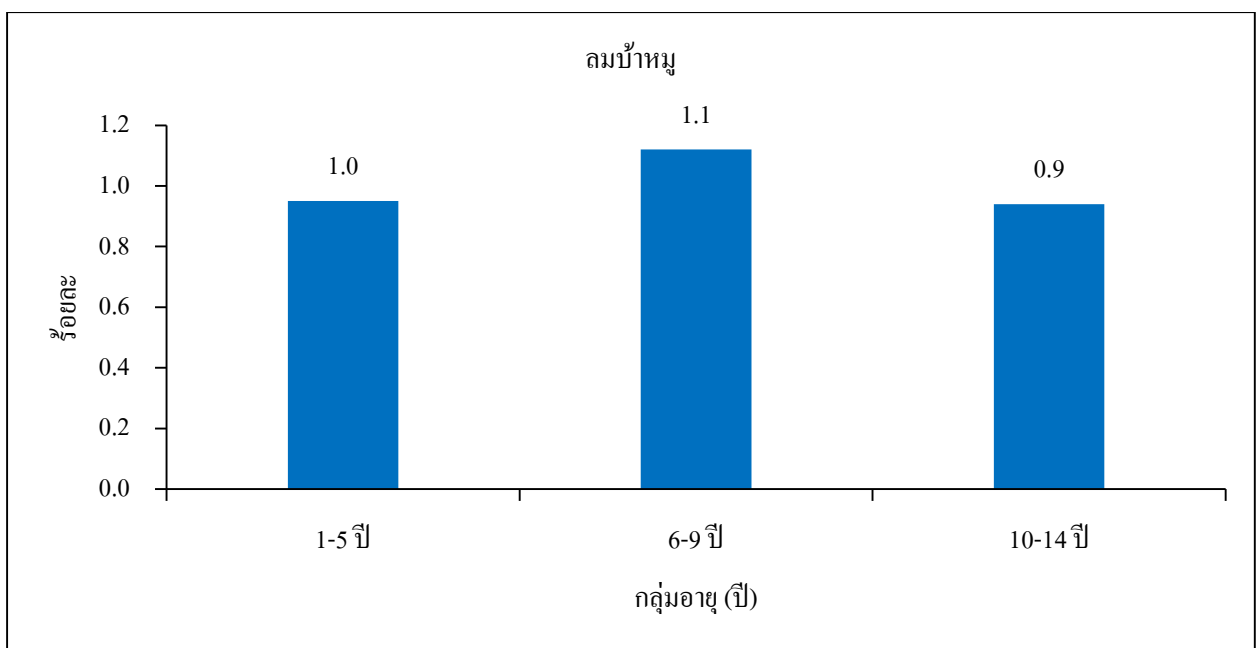
รูปที่ 6.2 ความชุก (ร้อยละ) ของประวัติโรคเรื้อนทวารหรือสะเก็ดเงิน จำแนกตามอายุ



โรคลมชัก/ลมบ้าหมู

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/และเด็ก เกี่ยวกับ เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก/ลมบ้าหมูพบว่า มีความชุก ในเด็กอายุ 1-14 ปี มีร้อยละ 1.0 (รูปที่ 6.3)

รูปที่ 6.3 ความชุก (ร้อยละ) ของประวัติโรคลมชัก จำแนกตามอายุ



บทที่ 7

โรคหืด

ศ. นพ.วิชัย เอกพลากร

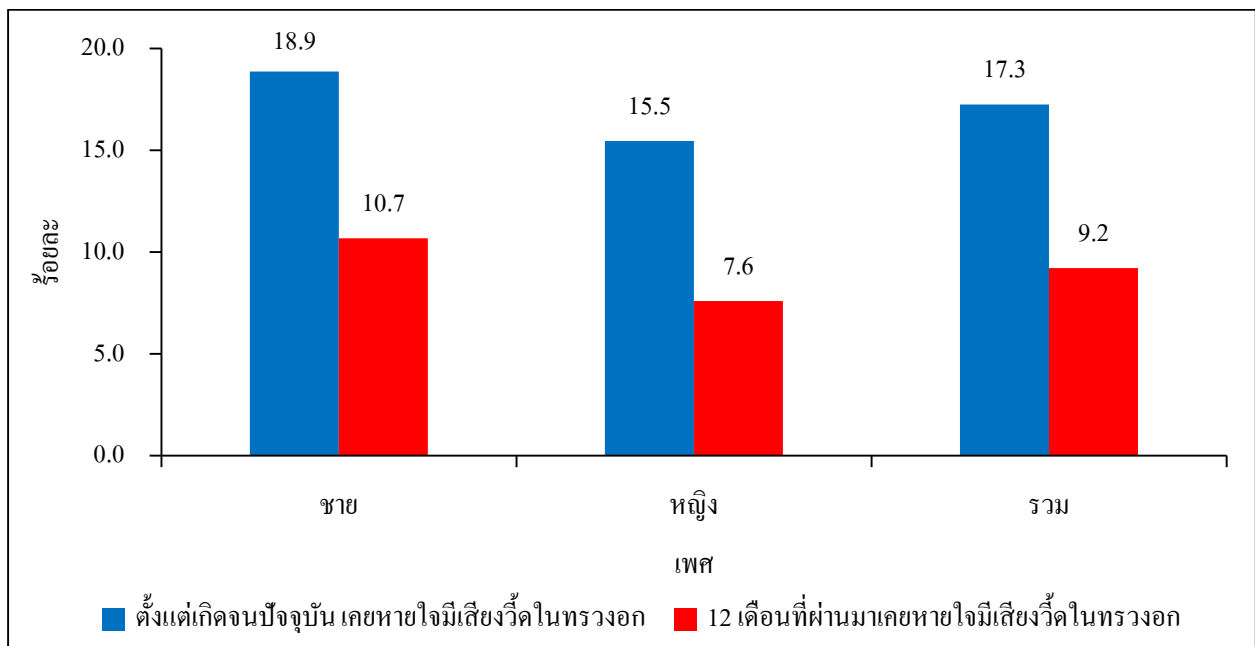
โรคหืดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในวัยเด็กและเป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยเรื้อรังในเด็ก การสำรวจสุขภาพ โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 นี้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการหอบหืดในเด็ก โดยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ISAAC (the International Study of Asthma and Allergies in Childhood)¹ ในการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง เด็กเกี่ยวกับอาการต่อไปนี้ คือ อาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกตั้งแต่แรกเกิด อาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกใน 12 เดือนที่ผ่านมา การเคยได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็น โรคหืด การหายใจมีเสียงวี๊ดระหว่างหรือหลังออกกำลังกาย อาการไอแห้ง ๆ ในเวลากลางคืน การใช้ยากินและยาพ่นรักษาอาการหอบหืดและความรุนแรงของหอบหืด ได้แก่ การเคยหอบหืดจนต้องเข้ารักษาในห้องฉุกเฉิน ความถี่ของการมีอาการหอบหืด การหอบหืดกลางคืนจนพูดไม่ได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติการได้รับควันบุหรี่ของเด็ก

ความชุกของอาการวี๊ดในทรวงอก

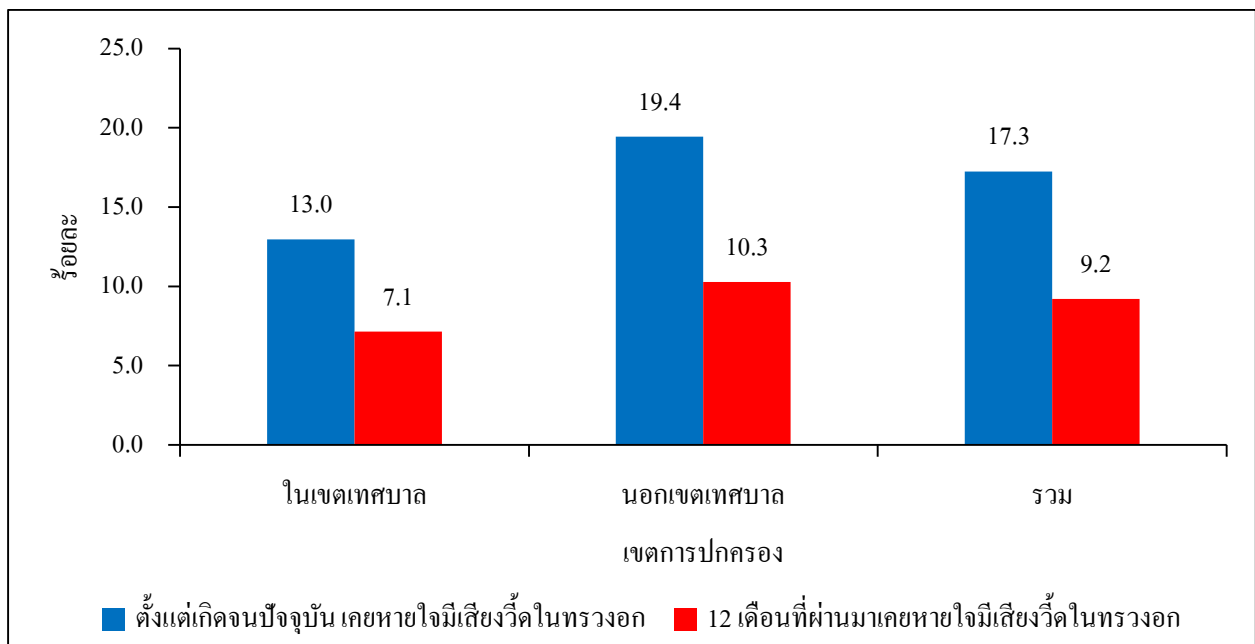
จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกของเด็กอายุ 1-5 ปีพบว่า เด็กร้อยละ 17.3 เคยมีเสียงวี๊ดในอกตั้งแต่เกิด และร้อยละ 9.2 เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกใน 12 เดือนที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศชายมีความชุกของอาการหายใจมีเสียงวี๊ดมากกว่าเพศหญิง (รูปที่ 7.1) และเมื่อพิจารณาเขตการปกครองพบว่า นอกเขตเทศบาลมีความชุกมากกว่าในเขตเทศบาล (รูปที่ 7.2) เด็กอายุ 1-5 ปีที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของอาการหายใจมีเสียงวี๊ดใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุดคือ ร้อยละ 9.7 (รูปที่ 7.3)

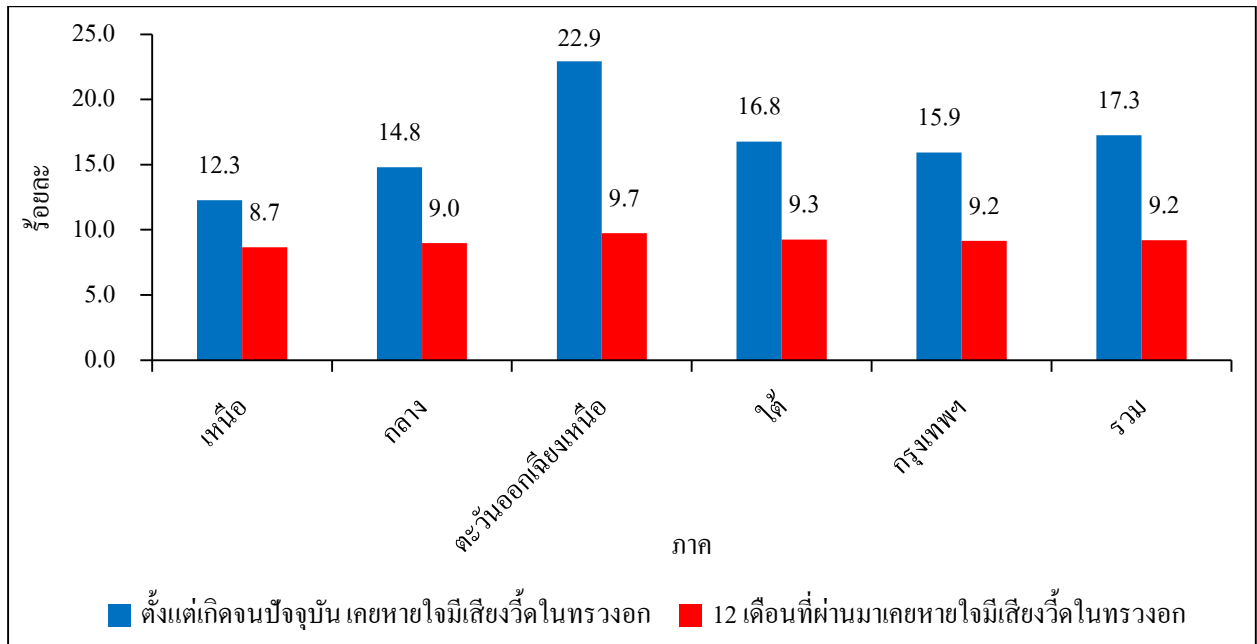
รูปที่ 7.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวีดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ



รูปที่ 7.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวีดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเขตการปกครอง



รูปที่ 7.3 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามภาค



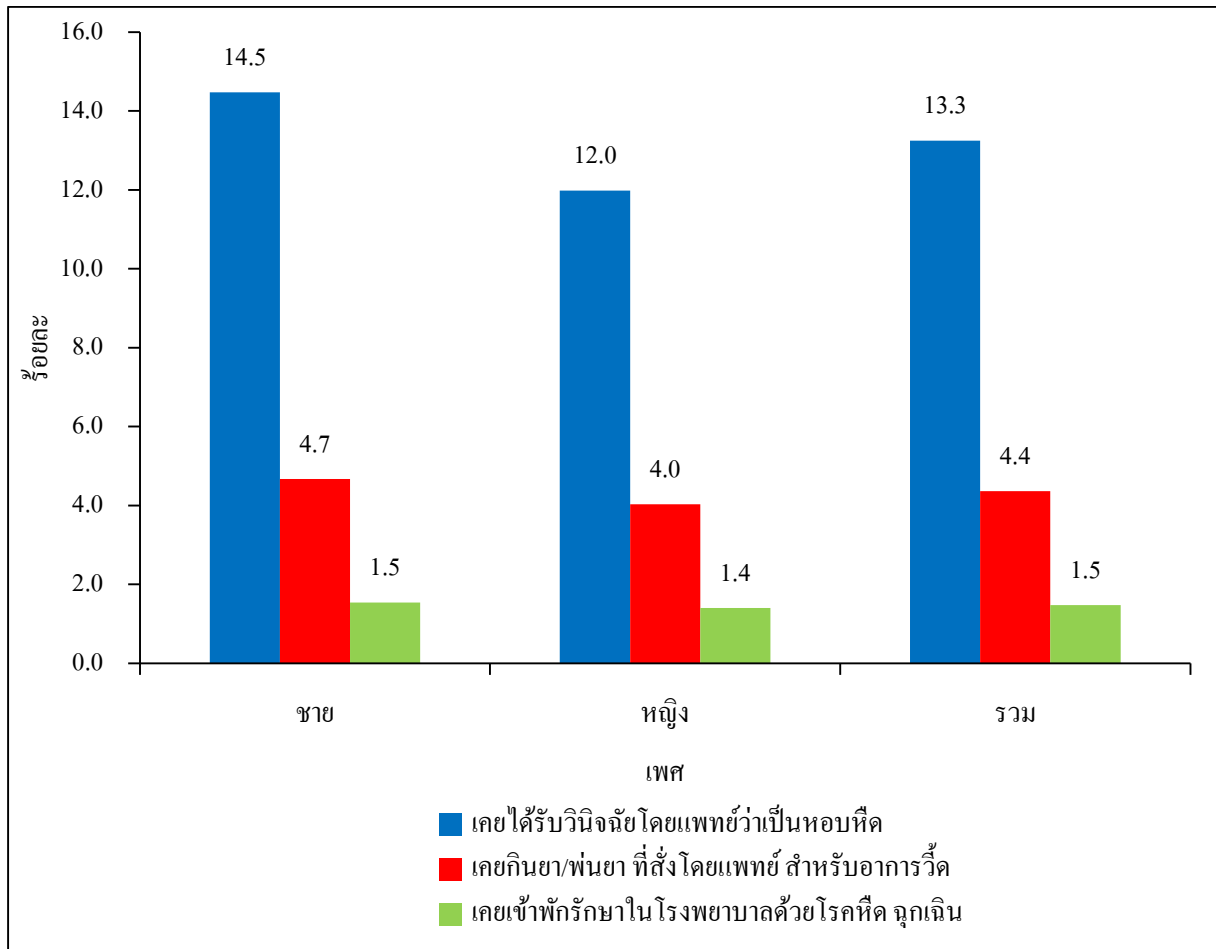
โรคหืดที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

ความชุกของโรคหืดที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์พบว่า ร้อยละ 13.3 ของเด็กอายุ 6-14 ปี เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ความชุกในเด็กชายสูงกว่าในเด็กหญิง เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (รูปที่ 7.4 และ 7.5)

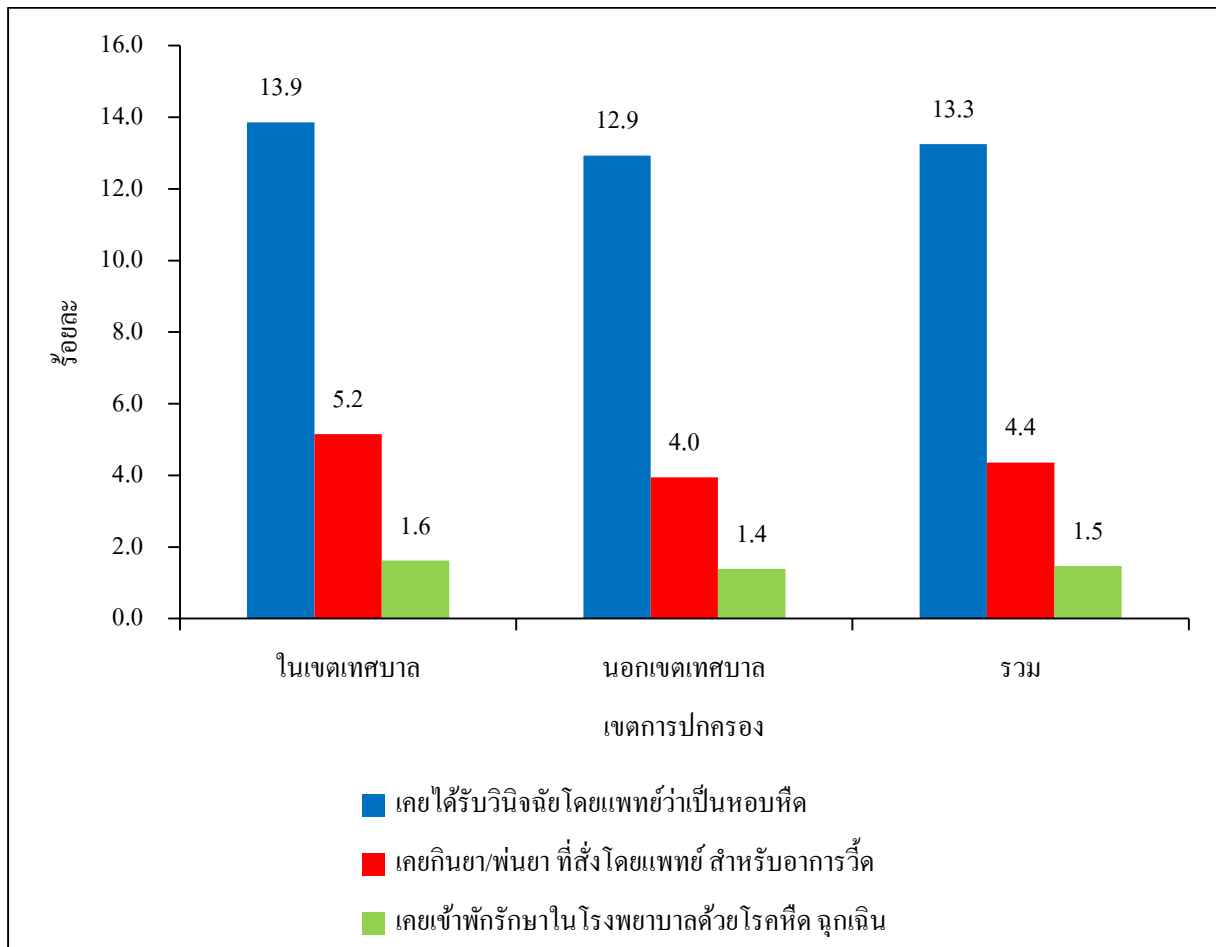
ร้อยละ 4.4 ของเด็กอายุ 6-14 ปี เคยใช้ยากินและยาพ่นที่สั่งโดยแพทย์ในการรักษาอาการหอบหืด และร้อยละ 1.5 เคยมีอาการหอบหืดรุนแรงจนต้องเข้าห้องฉุกเฉิน (รูปที่ 7.4)

เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า ความชุกของโรคหืดที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์สูงที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ ผู้ที่เคยมีประวัติการเคยกินยาหรือพ่นยาแก้หอบหืดพบว่า เด็กในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงที่สุด (รูปที่ 7.6)

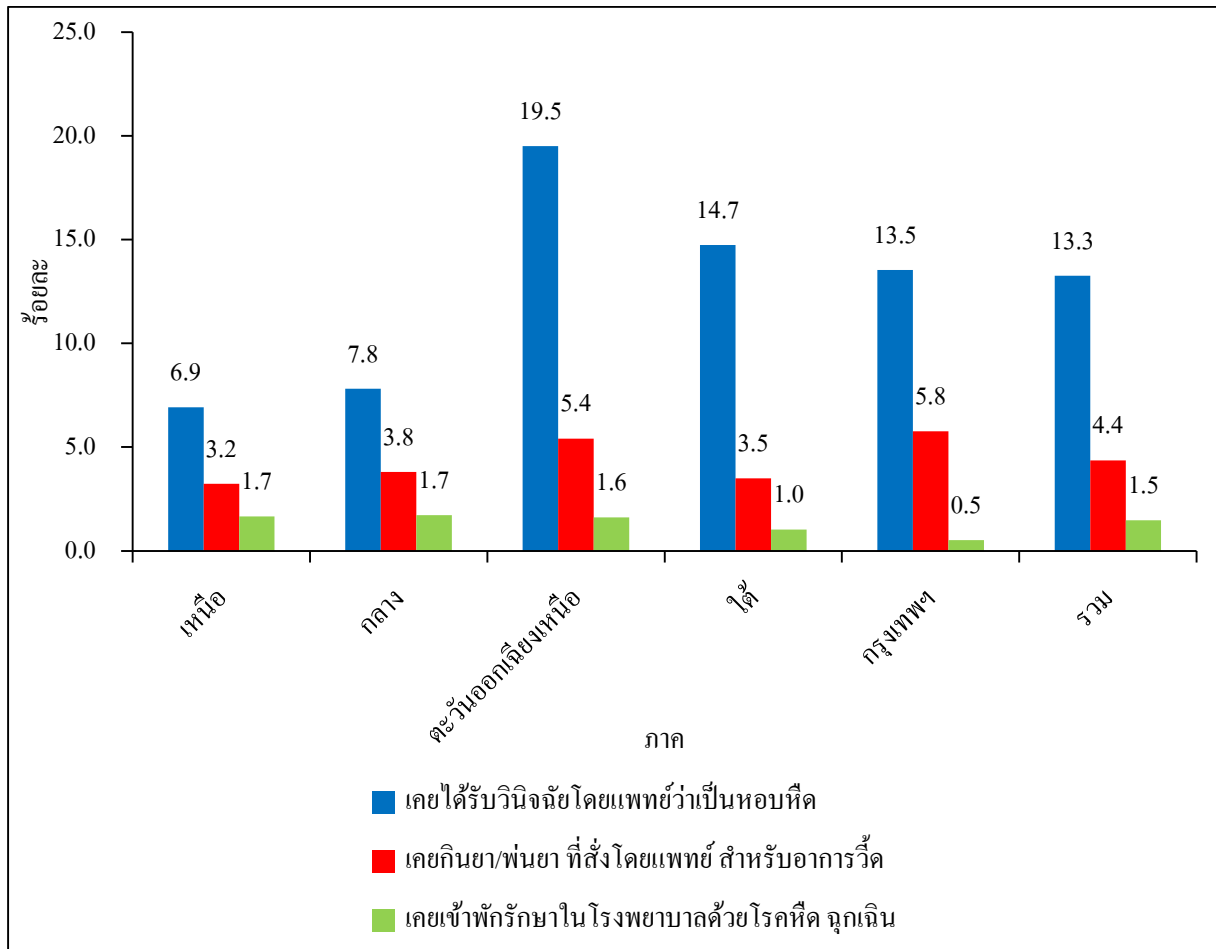
รูปที่ 7.4 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามเพศ



รูปที่ 7.5 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดและการรักษาหอบหืด จำแนกตามเขตการปกครอง



รูปที่ 7.6 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษา จำแนกตามภาค



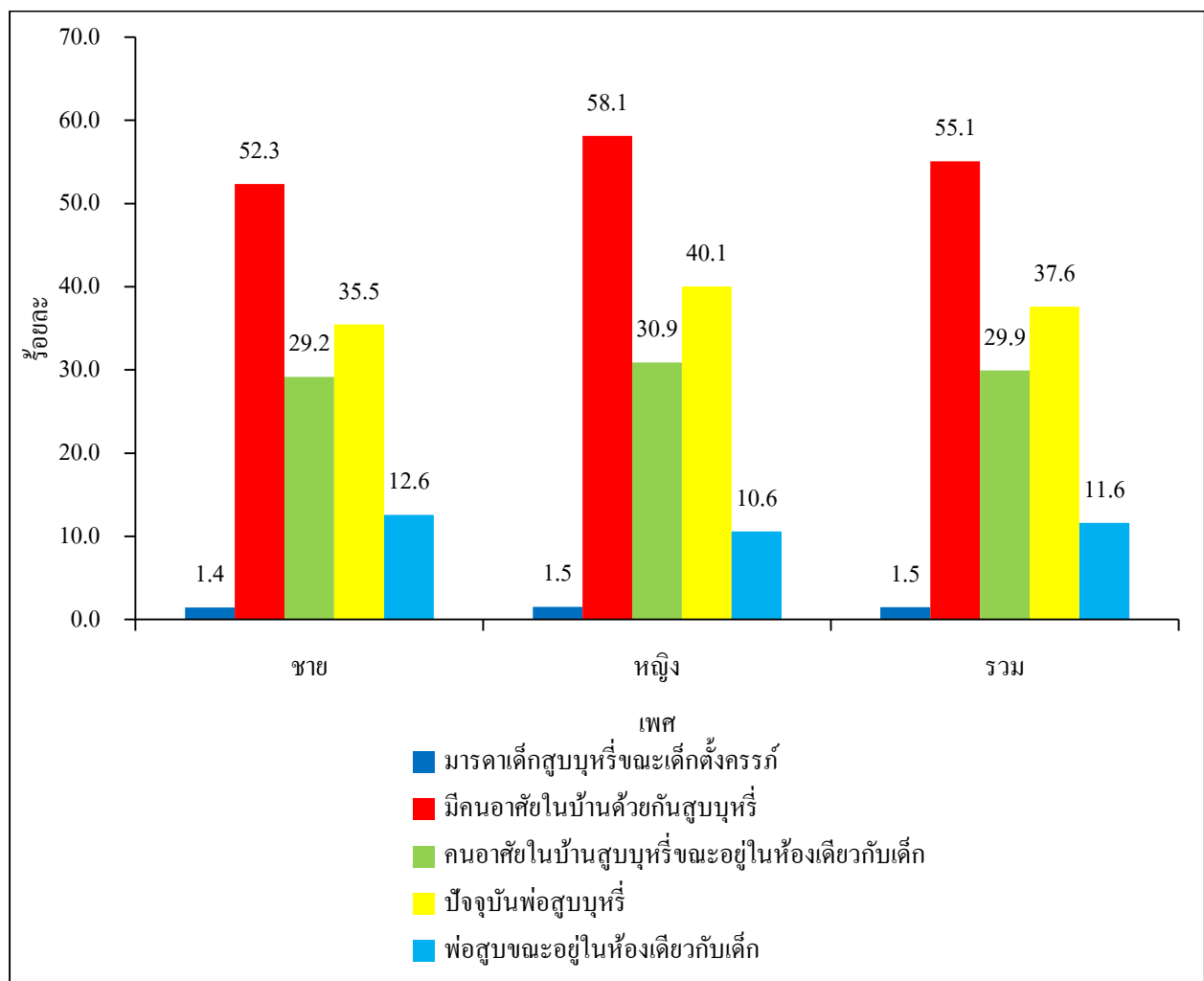
การได้รับควันบุหรี่ในเด็ก

ร้อยละ 1.5 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 2.5 ของเด็กอายุ 6-14 ปี มีประวัติว่าแม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ความชุกของการสูบบุหรี่ในแม่ขณะตั้งครรภ์ของในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล แม่เด็กในกรุงเทพมหานครมีการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์สูงที่สุด (รูปที่ 7.7-7.12)

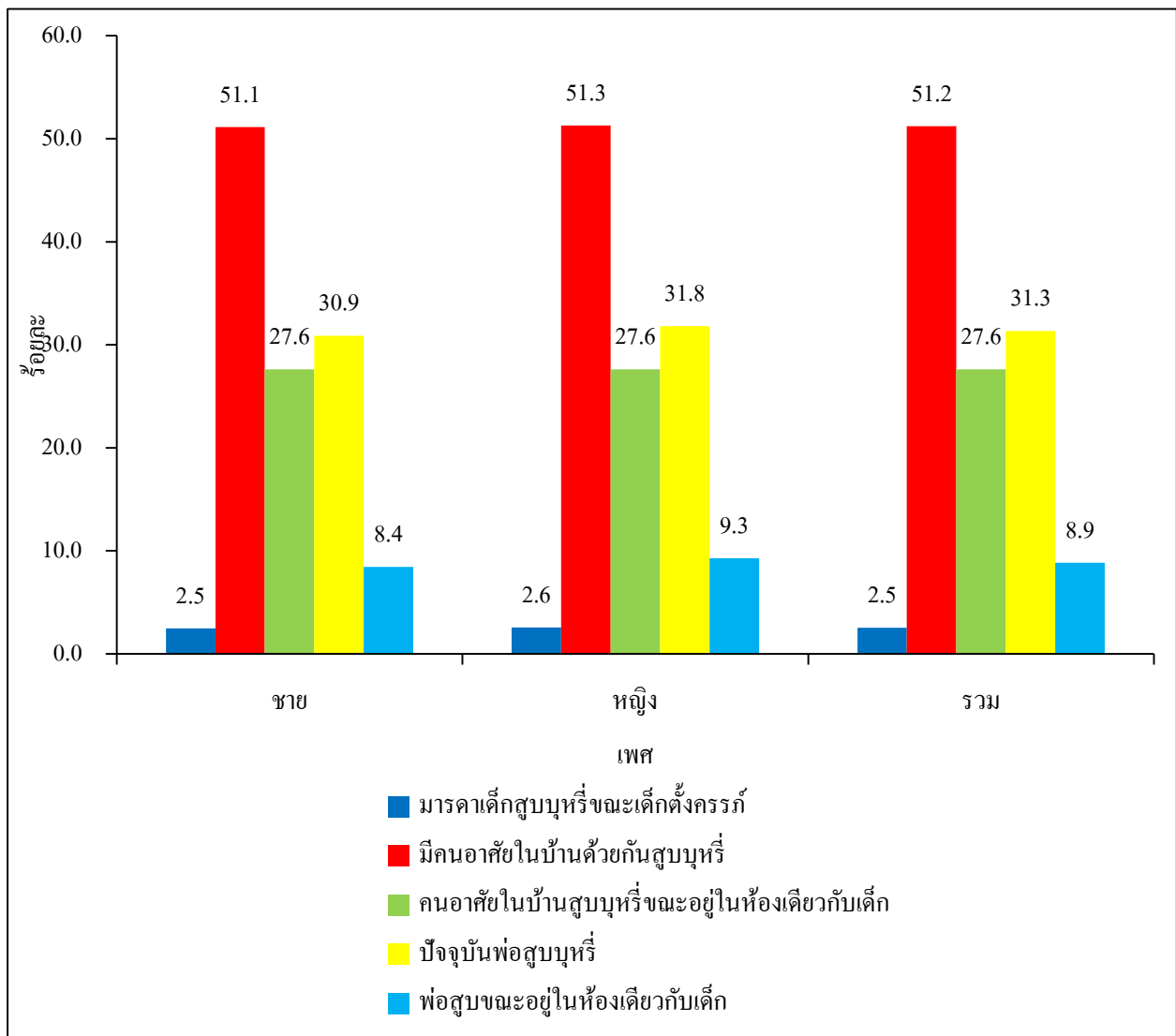
การได้รับควันบุหรี่ในบ้านพบว่า ร้อยละ 55.1 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 51.2 ของเด็กอายุ 6-14 ปี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ สัดส่วนของการอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ของเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่า อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย แต่เด็กอายุ 6-9 ปีพบว่า อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า โดยรวมร้อยละ 29.9 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 27.6 ของเด็กอายุ 6-14 ปี มีคนสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ในห้องเดียวกัน (รูปที่ 7.7-7.12)

สัดส่วนของพ่อเด็กที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ ในเด็กอายุ 1-5 ปี มีร้อยละ 37.6 และในเด็กอายุ 6-14 ปี มีร้อยละ 31.3 นอกจากนี้สัดส่วนของเด็กที่พ่อสูบบุหรี่เมื่อเด็กอยู่ในห้องเดียวกัน มีร้อยละ 11.6 ในเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 8.9 ในเด็กอายุ 6-14 ปี เมื่อพิจารณาจำแนกตามภาคพบว่า ความชุกของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านสูงสุดในประเทศไทยส่วนความชุกของเด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านสูงสุดคือภาคใต้ (รูปที่ 7.7-7.12)

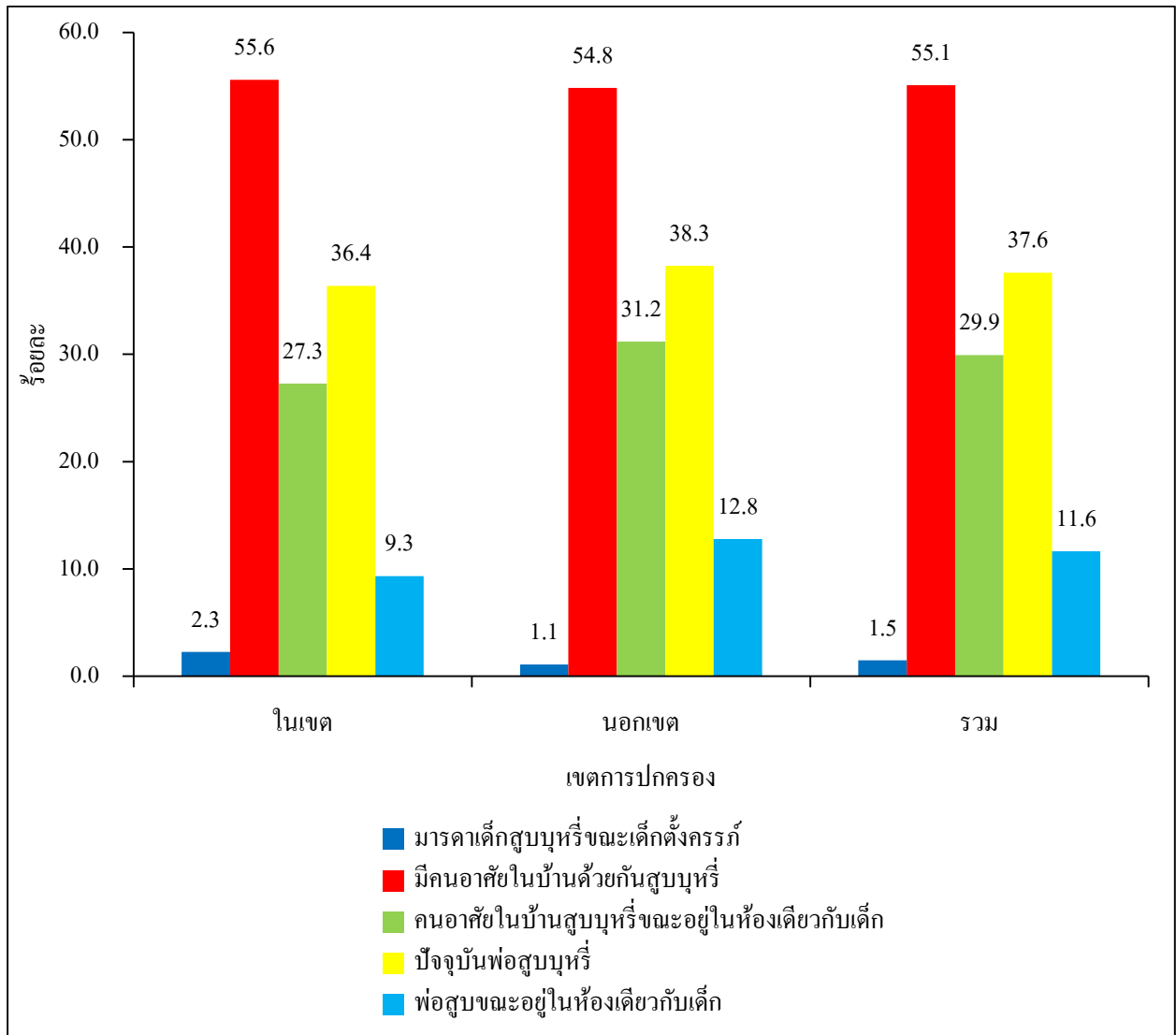
รูปที่ 7.7 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ



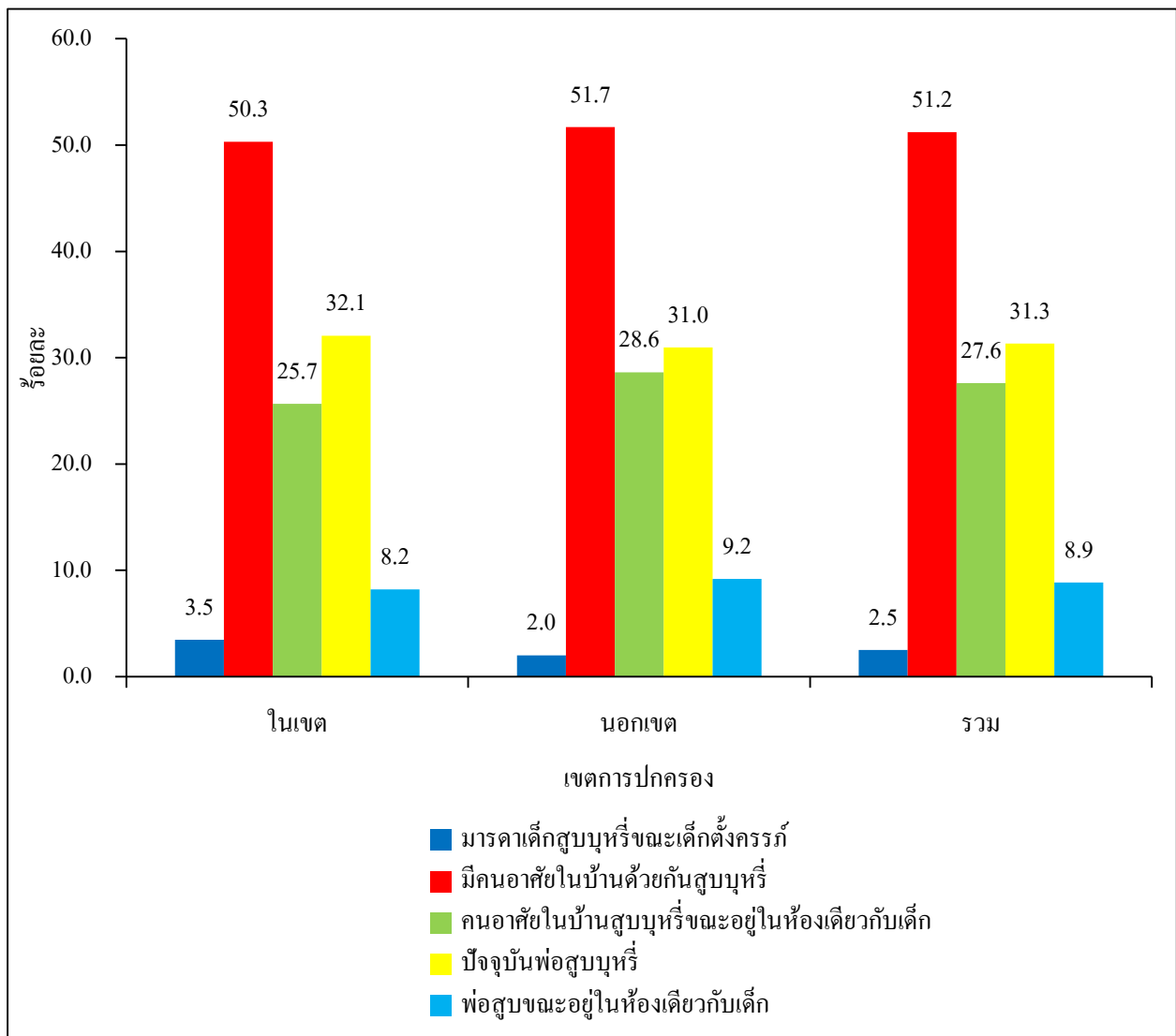
รูปที่ 7.8 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ



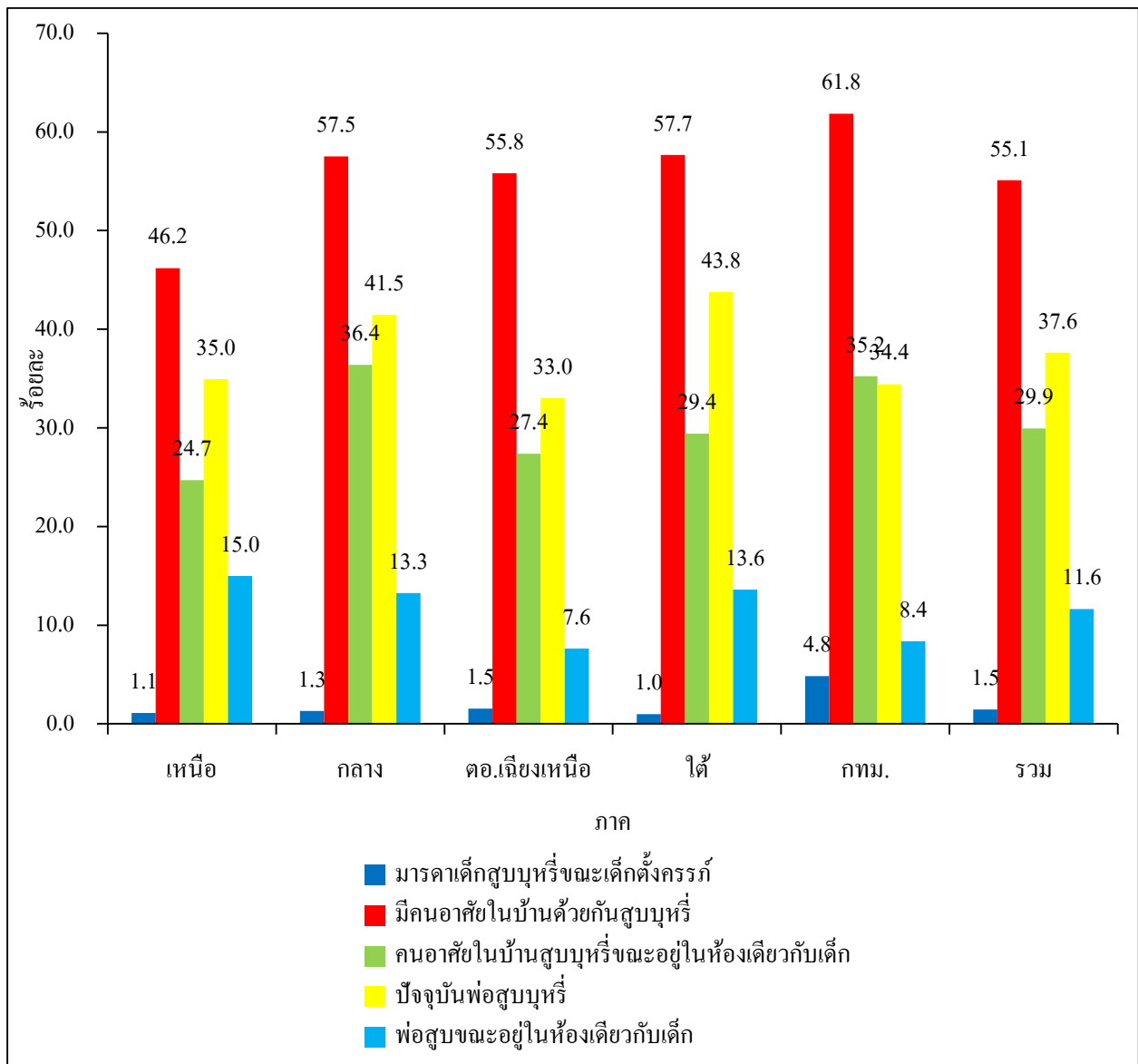
รูปที่ 7.9 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง



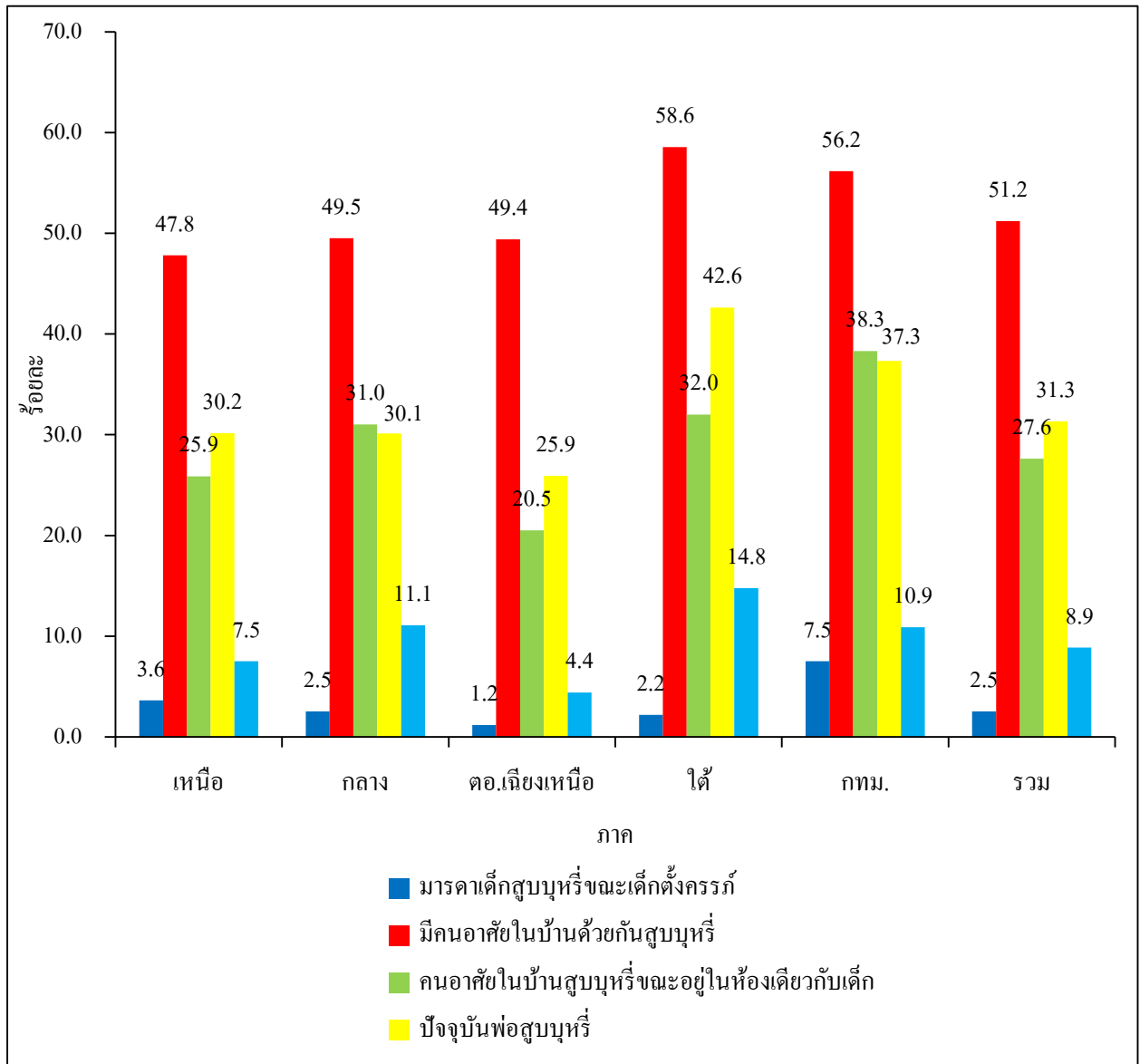
รูปที่ 7.10 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง



รูปที่ 7.11 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค



รูปที่ 7.12 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค



เอกสารอ้างอิง

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet 1998; 351: 1225-32.

บทที่ 8

ภาวะโภชนาการของเด็กไทย

ศ. พญ. ลัดดา เหมาะสุวรรณ

ศ. นพ. วิชัย เอกพลากร

บทนำ

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Final adult height) มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กน่าจะมีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว^{1,2} ต่างจากเด็กในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังเติบโตไม่ได้เต็มตามศักยภาพ ผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจึงยังพบว่าเด็กไทยมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขจัดปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง อย่างไรก็ตามยังพบเด็กน้ำหนักน้อยและเตี้ยได้ในเด็กยากจนด้อยโอกาส ในขณะที่พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคต

หลักฐานจากการวิจัยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในสองปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาต่ำ ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนานและรุนแรง⁴ และยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่⁵

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ได้เก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยกลุ่มตัวอย่างอายุ 1 ปี – 14 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน สำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสติปัญญาและสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในระยะยาว

วิธีเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลน้ำหนักคือ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลยี่ห้อ Tanita® ซึ่งชั่งได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม เครื่องมือวัดส่วนสูงเป็นท้าวส่วนสูงภาคสนามที่สร้างขึ้นเองโดยใช้สายวัดโลหะมาตรฐานวัดค่าเป็นเซนติเมตร ได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้รับการอบรมวิธีการวัดมาตรฐานก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนามและควบคุมคุณภาพด้วยการนิเทศและตรวจเช็ค โดยผู้จัดการภาค

มาตรฐานและเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กและการประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กเป็นค่าที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลน้ำหนักและความยาวหรือส่วนสูงจากเด็กที่ได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยบ่อยและสามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพตามพันธุกรรม (Full growth potential) ด้วยเครื่องมือวัดและวิธีการวัดมาตรฐาน โดยจำนวนของเด็กแต่ละกลุ่มอายุและเพศมีจำนวนคนที่มากพอภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความเป็นอยู่และการเจริญเติบโตของเด็ก เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่น ๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี พ.ศ. 2542⁶ ที่เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งผ่านมา 20 ปีแล้วจึงไม่เหมาะสมกับภาวะปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้จัดทำมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็ก ค.ศ. 2006⁷ สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี (0 เดือน) ซึ่งเป็นมาตรฐานการเจริญเติบโตชุดแรกและชุดเดียวของโลก กรมอนามัยได้นำมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 นี้มาจัดทำกราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็กไทยและประกาศใช้กับเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ส่วนของเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2563 ที่ได้เชื่อมข้อมูลเด็กอายุ 5 ปี 1 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือนกับมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก และได้ประกาศใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564⁸ เป็นต้นมา รายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 6 นี้วิเคราะห์ภาวะโภชนาการโดยใช้ 1) เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่น ๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน - 19 ปี พ.ศ. 2542 เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการกับการสำรวจครั้งก่อน ๆ 2) มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 สำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2563 เพื่อประเมินการเจริญเติบโตกับเกณฑ์อ้างอิงที่เป็นปัจจุบันและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งต่อไป

ดัชนีภาวะโภชนาการและจุดตัด (Cut-off point) รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 นี้ใช้จุดตัดและการแบ่งระดับภาวะโภชนาการของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Length- or height-for-age) สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในอดีต ดัชนีนี้จึงบ่งชี้ภาวะการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง (Chronic malnutrition) โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

ช่วงที่	ค่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	เหนือเส้น +2 SD	สูง	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ๆ
2	เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ค่อนข้างสูง	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
3	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สูงตามเกณฑ์	ส่วนสูงเหมาะสมกับอายุ
4	อยู่ต่ำกว่าเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ค่อนข้างเตี้ย	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารเรื้อรัง
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	เตี้ย	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหารเรื้อรัง

2. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for age) เป็นผลรวมของการเติบโตด้านส่วนสูงและภาวะโภชนาการปัจจุบัน แยกการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลันและเรื้อรังไม่ได้ เด็กอายุเดียวกันที่มีน้ำหนักเท่ากันแต่มีส่วนสูงต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเด็กสมส่วน ผอม หรืออ้วน จะถูกประเมินด้วยดัชนีตัวนี้ว่ามีภาวะโภชนาการระดับเดียวกันหมด ดัชนีนี้กำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	เหนือเส้น +2 SD	น้ำหนักมาก	ยังบอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ ต้องตรวจสอบภาวะโภชนาการเกินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
2	เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	น้ำหนักค่อนข้างมาก	น้ำหนักอาจอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อน้ำหนักมาก ต้องตรวจสอบโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
3	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	น้ำหนักตามเกณฑ์	น้ำหนักเหมาะสมกับอายุ
4	อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึงเส้น -2 SD	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักอาจอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	น้ำหนักน้อย	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหาร

3. น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงหรือความยาว (Weight for height or length) สามารถแยกแยะภาวะโภชนาการของเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันได้และบ่งชี้ภาวะการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลัน โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 8.3

ตารางที่ 8.3 ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	อยู่เหนือเส้น +3 SD	อ้วน	ภาวะอ้วนชัดเจน
2	อยู่เหนือเส้น +2 SD ถึงเส้น +3 SD	เริ่มอ้วน	น้ำหนักมากก่อนเกิด ภาวะอ้วนชัดเจน
3	อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ท้วม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อ ภาวะเริ่มอ้วน
4	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สมส่วน	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม กับส่วนสูง
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึงเส้น -2 SD	ค่อนข้างผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อ ภาวะผอม
6	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	ผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาด สารอาหารแบบฉับพลัน

การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย

รายงานความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กของนานาชาติปัจจุบันประเมินโดยใช้ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) เนื่องจากเป็นดัชนีที่ใช้วินิจฉัยภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับการวัดไขมันโดยตรงและเชื่อมโยงกับ Obesity-related co-morbidities เพื่อให้การวัดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต จึงมีข้อเสนอแนะให้ใช้ BMI วินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วย แต่ BMI แปรตามอายุ เพศ เชื้อชาติและ Pubertal stage จึงไม่สามารถใช้ค่าเดียวในการวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กได้ เกณฑ์อ้างอิงสากลสำหรับ BMI ในเด็กมี 3 ชุด ได้แก่

1. กราฟดัชนีมวลกายของมาตรฐานการเติบโตขององค์การอนามัยโลก (WHO Growth Standard 2006)⁷ สำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี
2. เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของ International Obesity Task Force (IOTF)⁹ สำหรับเด็กอายุ 2-19 ปี โดยค่าดัชนีมวลกายที่อายุ 19 ปีเท่ากับ 25 และ 30 สำหรับ Overweight และ Obesity ตามลำดับ
3. เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายสำหรับเด็กอายุ 5-19 ปีขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007¹⁰ โดยค่าดัชนีมวลกายที่อายุ 19 ปีใกล้เคียงกับ 25 และ 30 สำหรับ Overweight และ Obesity ตามลำดับ

ในรายงานนี้แสดงความชุกที่ใช้ดัชนีมวลกายที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติ

การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2563

ระหว่าง พ.ศ. 2539-2563 มีการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ 5 ครั้ง ได้แก่ การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544¹¹ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างและจำนวนเด็กตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 8.4

ตารางที่ 8.4 การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2539-2563

	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
วิธีการสุ่ม	Stratified three-stage sampling โดยใช้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง	Stratified three-stage sampling	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากทะเบียนราษฎร์ และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากรายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่าง และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากรายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่าง และสุ่มรายบุคคล

ตารางที่ 8.4 การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2539-2563 (ต่อ)

	การสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
จำนวนจังหวัด	ภาคละ 8 จังหวัด และกรุงเทพฯ รวม 33 จังหวัด	ภาคละ 4 จังหวัด และกรุงเทพฯ รวม 17 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกรุงเทพฯ รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกรุงเทพฯ รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกรุงเทพฯ รวม 21 จังหวัด
จำนวนเด็ก	<6 ปี 3,306 คน 6-12 ปี 4,238 คน	1-5 ปี 3,156 คน 6-12 ปี 3,178 คน 13-18 ปี 3,154 คน	1-5 ปี 2,298 คน 6-14 ปี 3,923 คน	1-5 ปี 2,294 คน 6-14 ปี 3,923 คน	1-5 ปี 2,468 คน 6-14 ปี 4,654 คน

การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กไทย

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ส่วนสูงของเด็กจะยังเพิ่มขึ้นได้อีกมาก หากเด็กได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เจ็บป่วยบ่อย ส่วนสูงของเด็กจึงเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้ชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศได้

แม้สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงผันผวนอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2563 เด็กไทยยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 4.5 เซนติเมตร (พิสัย 2.9 – 6.9 เซนติเมตร) เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 5.3 เซนติเมตร (พิสัย 3.1 – 8.5 เซนติเมตร) สำหรับในช่วงปี 2557 และปี 2562-2563 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นชัดเจน แต่เด็กชายอายุ 14 ปี ยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 8.5 และ 8.6)

ตารางที่ 8.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563

อายุ (ปี)	การสำรวจ สถานะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการแบบ องค์รวมของ เด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
2	84.0	83.0	88.3	89.4	87.8
3	92.0	91.6	96.2	98.5	96.7
4	100.0	99.7	103.1	103.4	103.3
5	106.0	106.3	109.4	109.3	109.8
6	113.0	111.8	115.8	115.3	115.8
7	118.0	117.6	122.0	122.5	121.6
8	124.0	123.4	126.8	127.9	126.9
9	129.0	129.7	133.2	133.3	134.4
10	134.0	134.8	138.5	140.8	140.3
11	142.0	141.0	145.6	146.9	146.9
12	147.0	147.0	151.1	151.1	151.4
13	-	151.8	153.1	155.3	154.8
14	-	154.3	155.8	157.2	157.7

ตารางที่ 8.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการเด็ก แบบองค์รวม ของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
2	85.5	84.5	89.9	90.9	89.7
3	94.0	92.5	98.6	98.1	98.5
4	101.0	100.8	104.5	104.1	104.4
5	107.0	107.1	110.4	110.9	110.7
6	115.0	113.4	116.0	116.5	116.7
7	118.0	118.9	122.3	123.8	121.8
8	124.0	123.1	126.4	127.8	128.6
9	130.0	128.7	131.1	132.4	133.5
10	133.0	133.3	137.2	138.9	139.1
11	138.0	138.5	142.7	144.2	144.1
12	144.0	143.4	148.2	151.9	151.2
13	-	151.4	156.6	159.4	158.8
14	-	157.6	161.8	163.8	165.8

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กไทยจาก พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2563 เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.9 กิโลกรัม เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.2 กิโลกรัม โดยที่อายุตั้งแต่ 9 ปีถึง 14 ปี เด็กชายและเด็กหญิงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.9 กิโลกรัม และ 4.5 กิโลกรัม (ตารางที่ 8.7 และ 8.8)

ตารางที่ 8.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563

อายุ (ปี)	การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
1	8.7	9.7	10.7	10.5	11.0
2	11.0	11.6	13.0	12.8	13.0
3	13.0	13.3	14.6	15.3	14.9
4	14.8	15.5	16.0	16.2	16.4
5	16.0	17.1	18.3	18.6	18.2
6	19.0	19.0	20.3	20.2	21.0
7	20.0	20.8	23.3	23.6	23.8
8	23.0	23.7	25.9	27.3	26.4
9	25.2	27.7	30.4	31.4	31.0
10	29.0	30.4	32.5	34.6	36.1
11	35.0	34.9	38.3	40.5	41.2
12	37.0	39.5	43.8	44.1	47.0

ตารางที่ 8.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563 (ต่อ)

อายุ (ปี)	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการแบบ องค์รวมของ เด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
13	-	44.3	45.7	47.0	47.5
14	-	46.8	50.2	53.1	51.9

ตารางที่ 8.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563

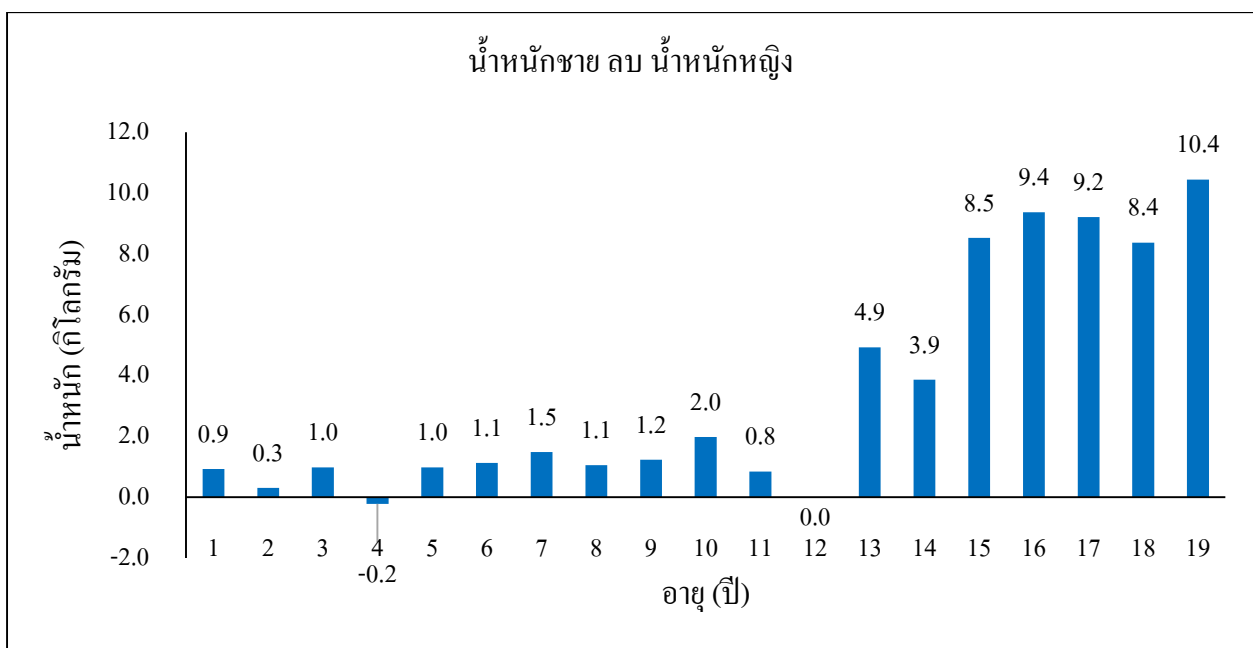
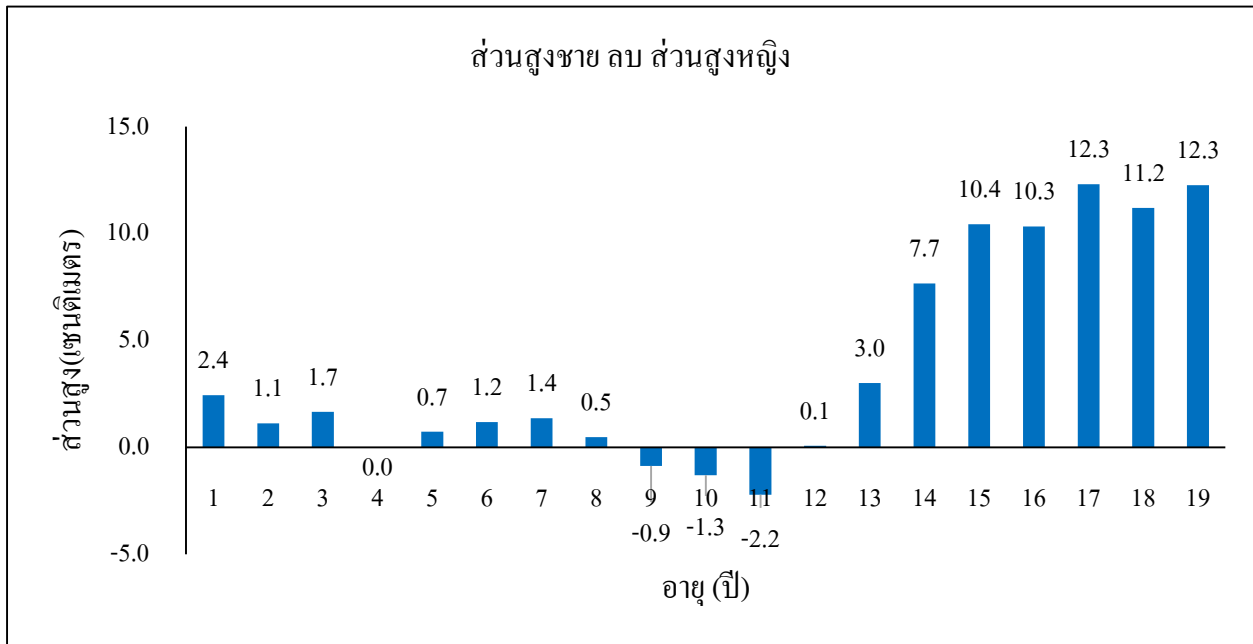
อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการเด็ก แบบองค์รวม ของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
1	10.0	10.2	11.8	11.6	11.7
2	12.0	12.1	13.4	13.6	13.3
3	14.0	14.1	15.8	15.4	16.5
4	15.0	16.0	17.2	16.9	16.7
5	16.5	17.9	19.0	19.6	19.5
6	19.0	19.8	20.7	22.1	22.1
7	21.0	22.4	24.4	26.2	24.0
8	23.0	23.9	25.9	28.1	27.9

ตารางที่ 8.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2563 (ต่อ)

อายุ (ปี)	การสำรวจสถานะ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการเด็ก แบบองค์รวม ของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563
9	25.0	26.7	28.7	30.5	31.7
10	27.5	30.3	33.1	37.5	38.7
11	30.0	33.4	37.2	39.5	41.7
12	35.0	37.1	40.5	46.5	46.4
13	-	43.0	46.6	51.9	52.1
14	-	46.6	51.6	52.5	57.7

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 นี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่า ช่วงอายุ 1- 7 ปี เด็กชายมีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิง ตั้งแต่อายุ 9 – 11 ปีเด็กหญิงมีการเติบโตเร็วกว่าเด็กชาย จนถึงอายุ 12 ปี เด็กชายกลับมามีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิงอย่างชัดเจน โดยที่อายุ 14 ปีวัยรุ่นชายมีส่วนสูงเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นหญิง 7.7 เซนติเมตร และสูงกว่ามากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สำหรับน้ำหนักเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงเกือบทุกช่วงปีโดยเฉพาะในช่วงอายุ 14 ปีขึ้นไปเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงมาก (รูปที่ 8.1)

รูปที่ 8.1 เปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักระหว่างชายและหญิงในการสำรวจครั้งนี้



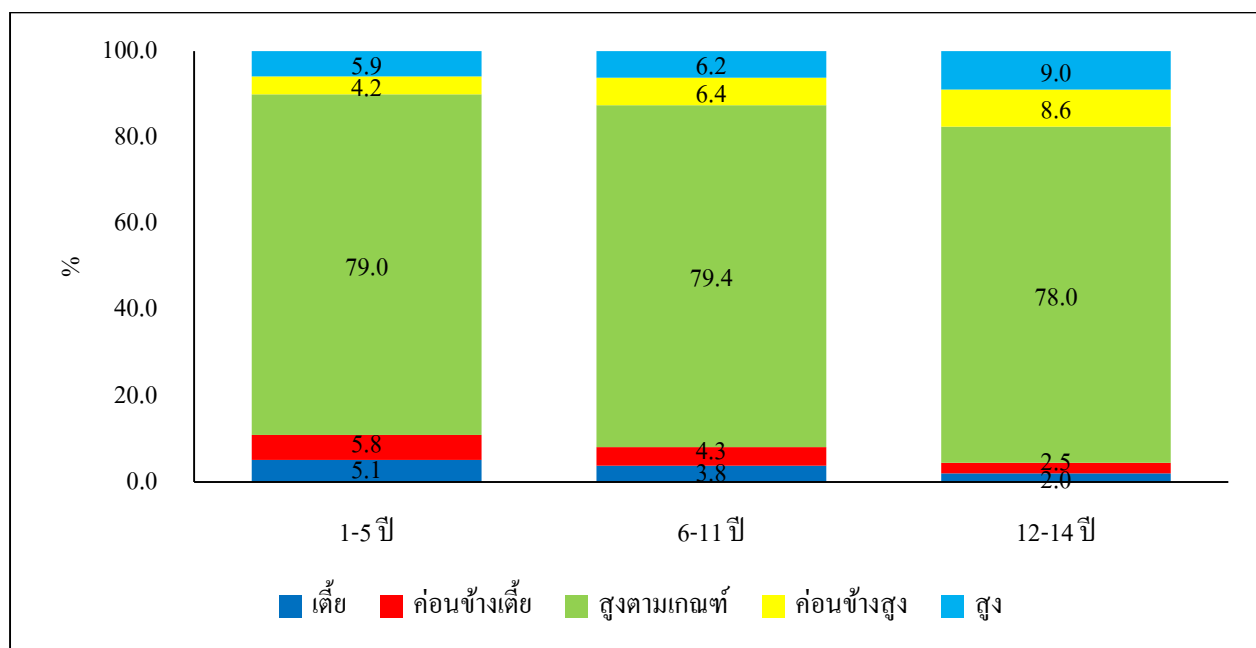
ภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2563

1. ภาวะส่วนสูง/ความยาวตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 ร้อยละ 5.1 มีส่วนสูงอยู่ในระดับ “เตี้ย” ในขณะที่ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ความชุกของเด็กอายุ 1-14 ปีที่มีภาวะเตี้ยเท่ากับร้อยละ 6.0

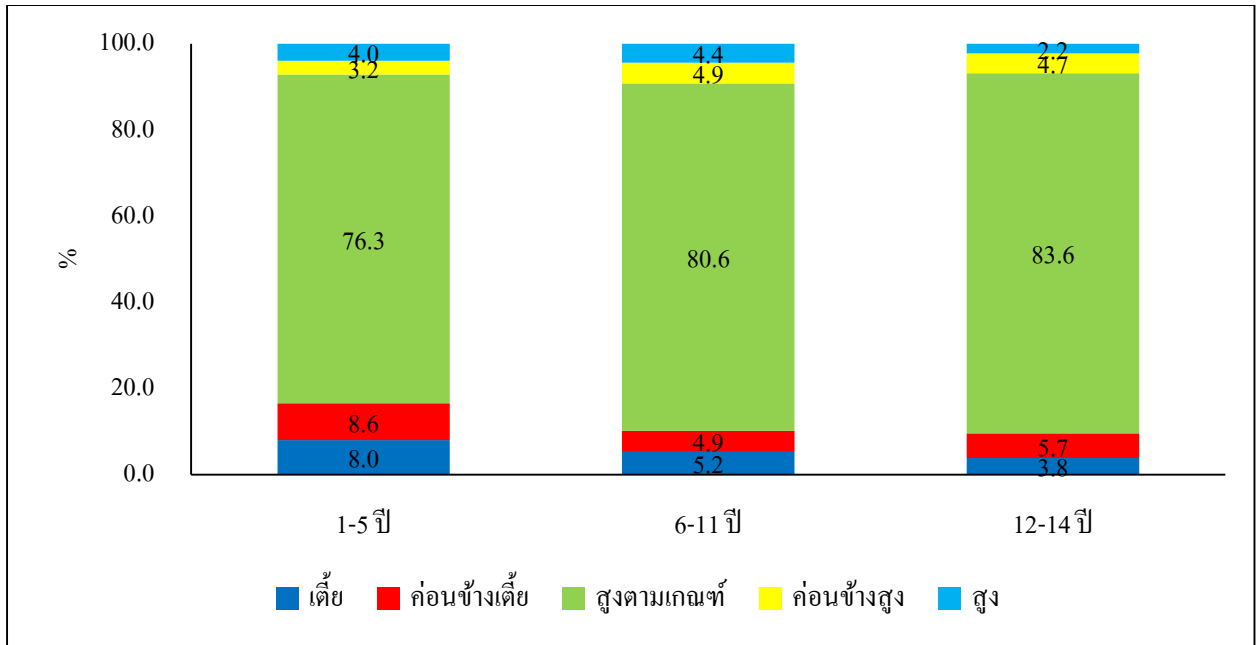
การสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กไทยอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 9.8 ตามเกณฑ์อ้างอิงของไทย พ.ศ. 2542 หรือ ร้อยละ 11.2 ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรง (ความยาวตามเกณฑ์อายุ <-3 SD) เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อการมีสติปัญญาต่ำ ส่งผลให้มีปัญหาการเรียนและการมีงานทำในวัยผู้ใหญ่^{12, 13}

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กไทย พ.ศ. 2542 เด็กอายุ 1-5 ปีมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงสุด (ร้อยละ 5.1) เด็กอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 3.8 และ เด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 2.0 ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกของเด็กสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี และ 1-5 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 8.2) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง ของเด็กไทย พ.ศ. 2563 และองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 ความชุกของภาวะเตี้ยสูงกว่า ในขณะที่ความชุกของภาวะสูงต่ำกว่าเมื่อใช้เกณฑ์ปี 2542 (รูปที่ 8.3) สำหรับ เด็กอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปี เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2007 ความชุกของภาวะเตี้ยเท่ากับร้อยละ 5.3 และ 4.2 ซึ่งสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงๆ ของเด็กไทย ปี 2542 และปี 2563 (รูปที่ 8.4)

รูปที่ 8.2 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

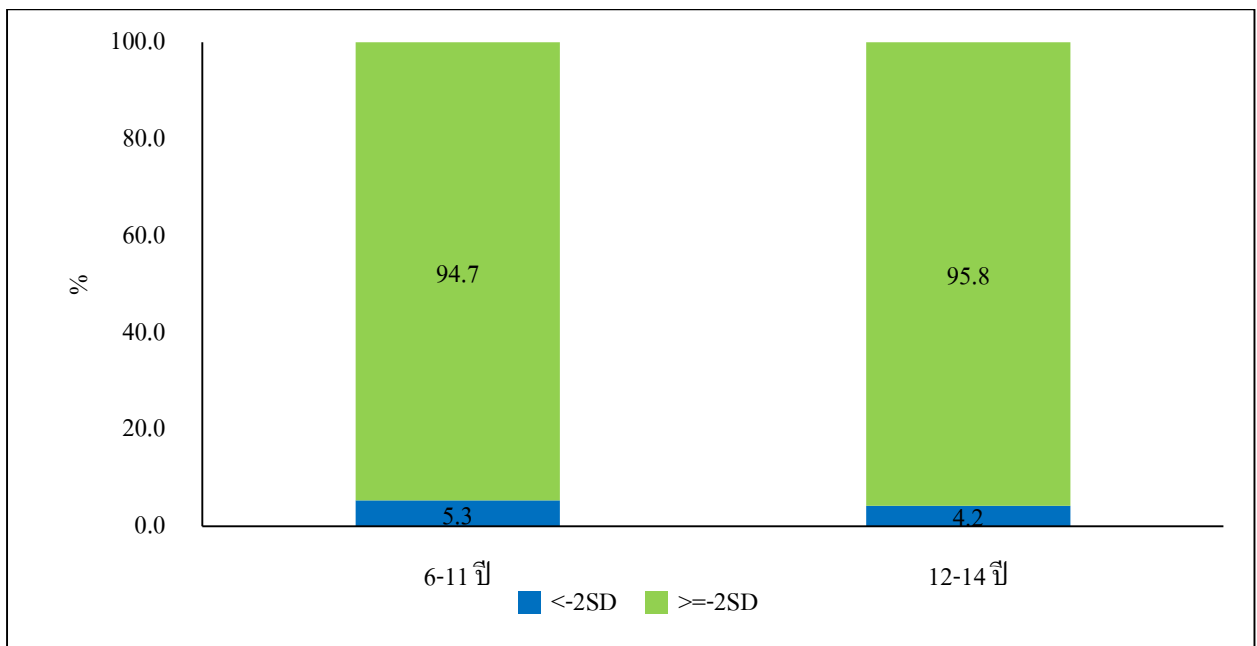


รูปที่ 8.3 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทยอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2563



*กลุ่มอายุ 1-5 ปี 0 เดือน ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

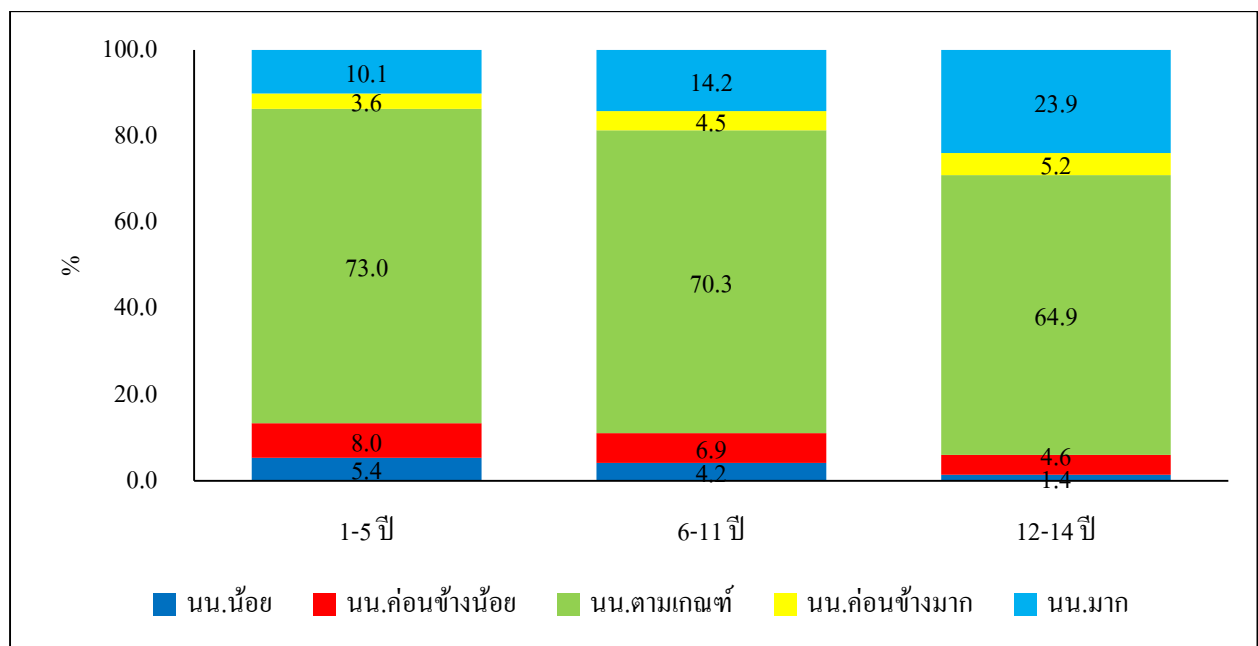
รูปที่ 8.4 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



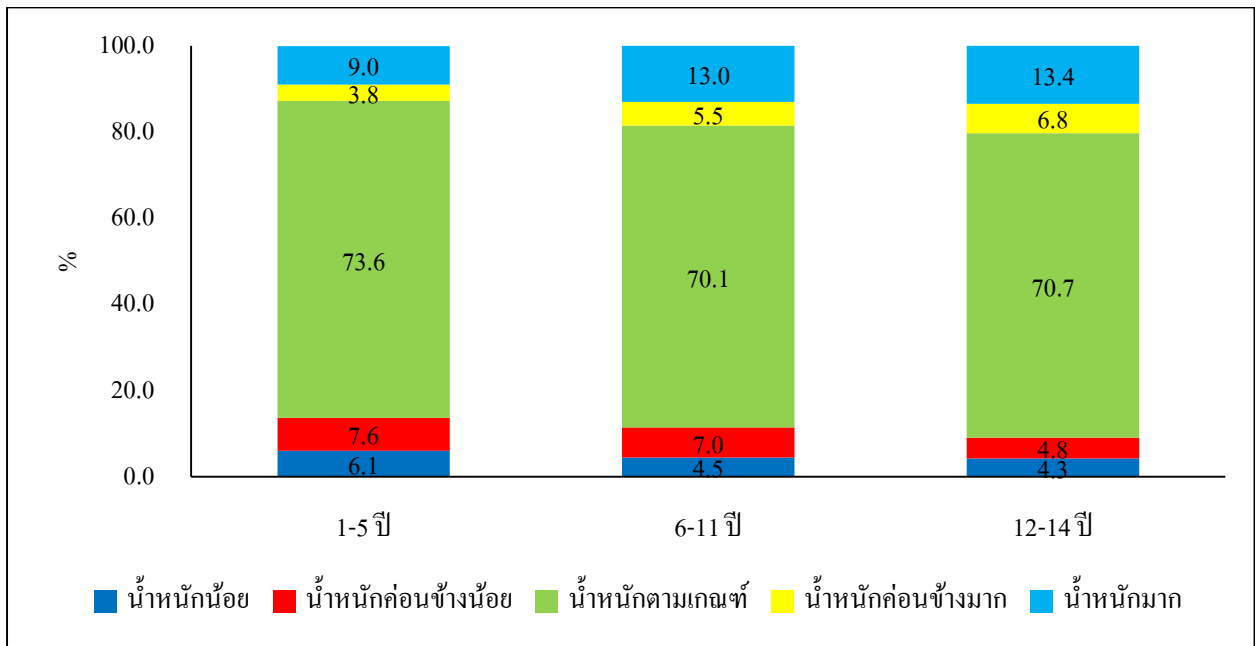
2. ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (Chronic malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลาง (Moderate stunting, ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-2SD ถึง -3SD) เท่ากับร้อยละ 6.9 และมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังรุนแรง (Severe stunting, ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-3SD) เท่ากับร้อยละ 1.1 ภาวะนั้นักตามเกณฑ์อายุในการสำรวจครั้งนี้เด็กอายุ 1-14 ปีตามเกณฑ์อ้างอิงไทย พ.ศ. 2542 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 4.0 เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ความชุกของเด็กอายุ 1-14 ปีที่มีน้ำหนักน้อย เท่ากับร้อยละ 7.6

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะนั้นักมากสูงกว่าภาวะนั้นักน้อย ความชุกของภาวะนั้นักมากเพิ่มขึ้นตามวัย ในทางกลับกันความชุกของน้ำหนักน้อยลดลงตามวัย เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทยฯ ปี 2563 ความชุกของภาวะนั้นักน้อยของทุกกลุ่มอายุสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทยฯ ปี 2542 (รูปที่ 8.5 – 8.6)

รูปที่ 8.5 เปรียบเทียบภาวะนั้นักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.6 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



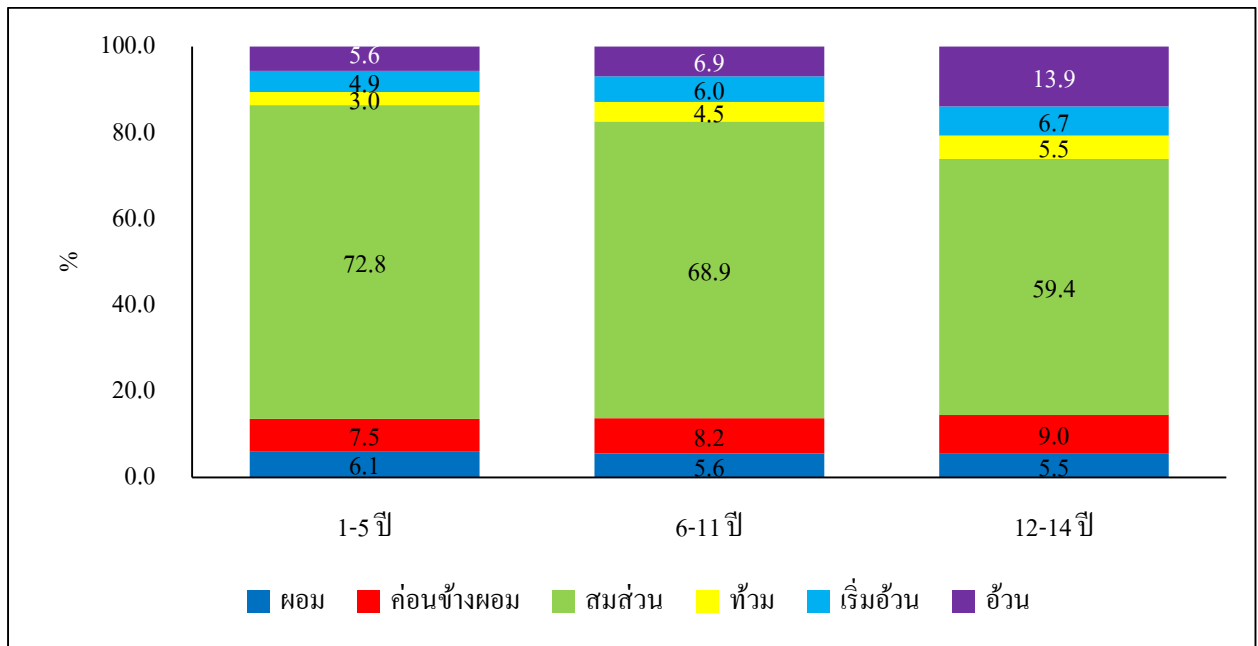
*เฉพาะกลุ่มอายุ 1-5 ปี ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

3. ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง/ความยาว ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 5.9 มีน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน และร้อยละ 7.0 มีภาวะอ้วนเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 และร้อยละ 8.0 และ 6.5 ตามลำดับเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงเด็กไทยปี 2563 เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบสูงขึ้นมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงอ้วนทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันเลือดสูง⁶

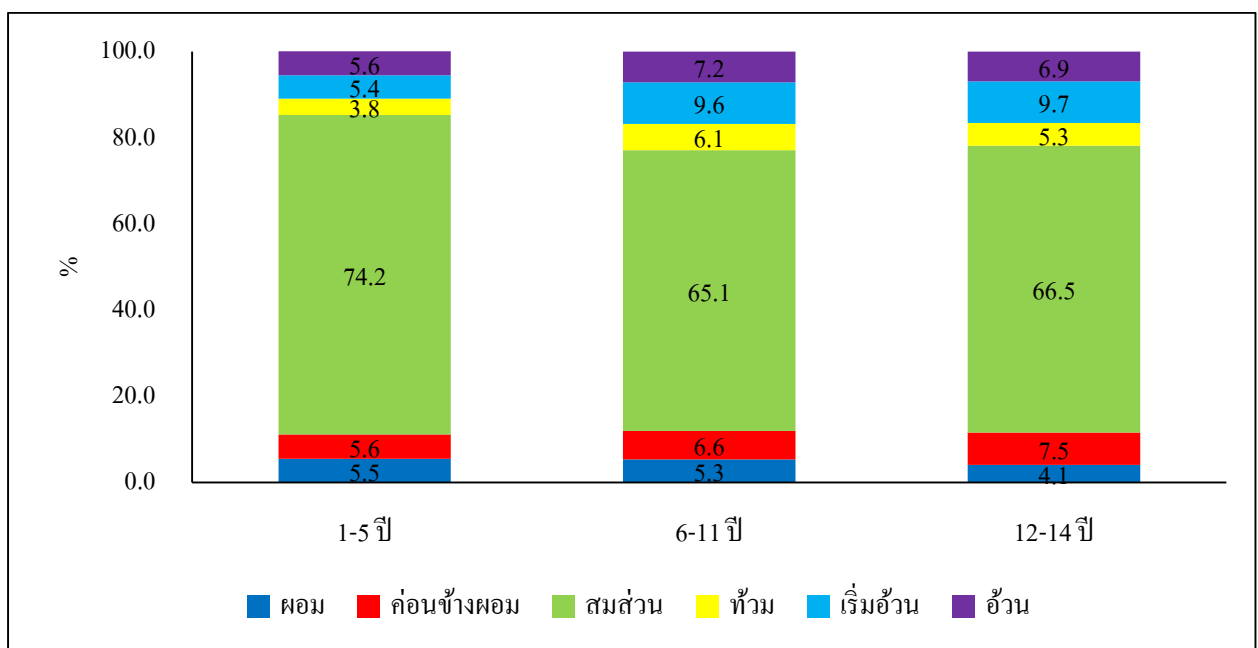
เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะ เริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าภาวะผอม เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนรวมกันสูงสุด (ร้อยละ 20.6) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 12.9) และเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 15.3, 13.2 และ 11.3 ตามลำดับ เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกสูงขึ้น แต่ความชุกลดลงในกลุ่มอายุ 6-11 ปีและ 1-5 ปี เด็กอายุ 6-11 ปีและเด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะผอมใกล้เคียงกันและต่ำกว่าเด็กอายุ 1-5 ปี (รูปที่ 8.7)

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2563 (รูปที่ 8.8) ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กทุกกลุ่มอายุต่ำกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง พ.ศ. 2542 ในขณะที่ความชุกของภาวะผอมสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและ 6-12 ปี แต่ต่ำลงในกลุ่มอายุ 12-14 ปี

รูปที่ 8.7 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.8 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2563



*สำหรับกลุ่มอายุ 1-5 ปี 0 เดือน ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

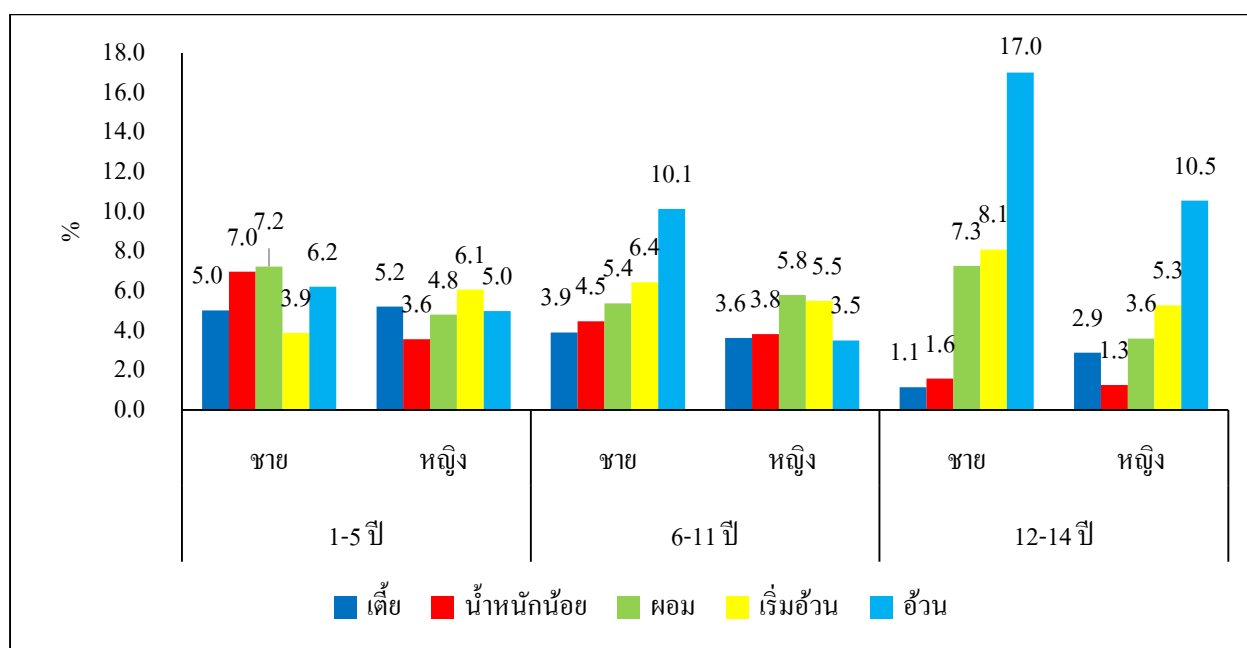
ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน (Acute malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย ปี 2563 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือภาวะผอมปานกลาง (Moderate wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <-2SD ถึง -3SD) ร้อยละ 4.2 และทุพโภชนาการฉับพลันรุนแรง (Severe acute malnutrition) หรือภาวะผอมรุนแรง (Severe wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <-3 SD) เท่ากับร้อยละ 1.3

4. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเพศ

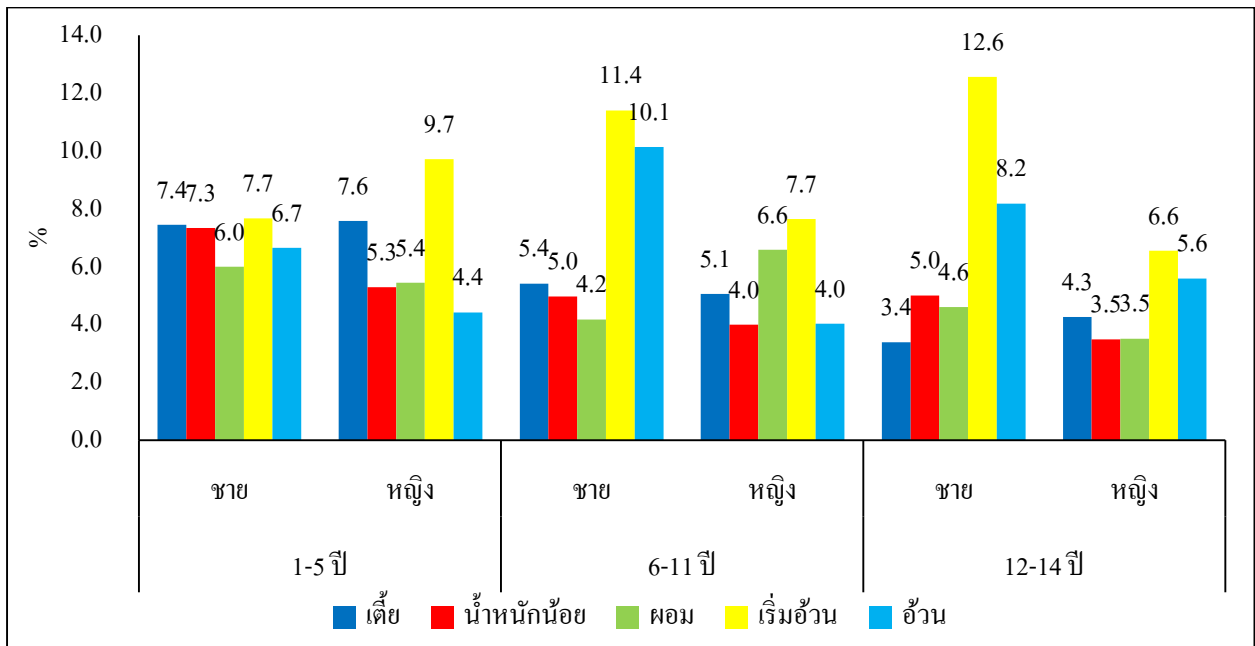
เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง^๑ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนในกลุ่มอายุ 1-5 ปีของชายต่ำกว่าหญิง แต่ของชายสูงกว่าหญิงในกลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปี

สำหรับปัญหาโภชนาการพร่อง เด็กชายอายุ 1-5 ปีและอายุ 12-14 ปีมีความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมสูงกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มอายุ 6-11 ปีเด็กหญิงมีความชุกของภาวะผอมสูงกว่าเด็กชายเล็กน้อย สำหรับปัญหาน้ำหนักน้อยเด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความชุกของน้ำหนักน้อยสูงกว่าเด็กหญิง สำหรับภาวะเตี้ย ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีเด็กชายมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิง ในกลุ่มอายุ 6-11 ปี เด็กชายมีความชุกมากกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย (รูปที่ 8.9) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย ^๑ ปี 2563 ความแตกต่างระหว่างเพศมีแบบแผนเช่นเดียวกัน (รูปที่ 8.10)

รูปที่ 8.9 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามวัยและเพศ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง^๑ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.10 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามวัยและเพศ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



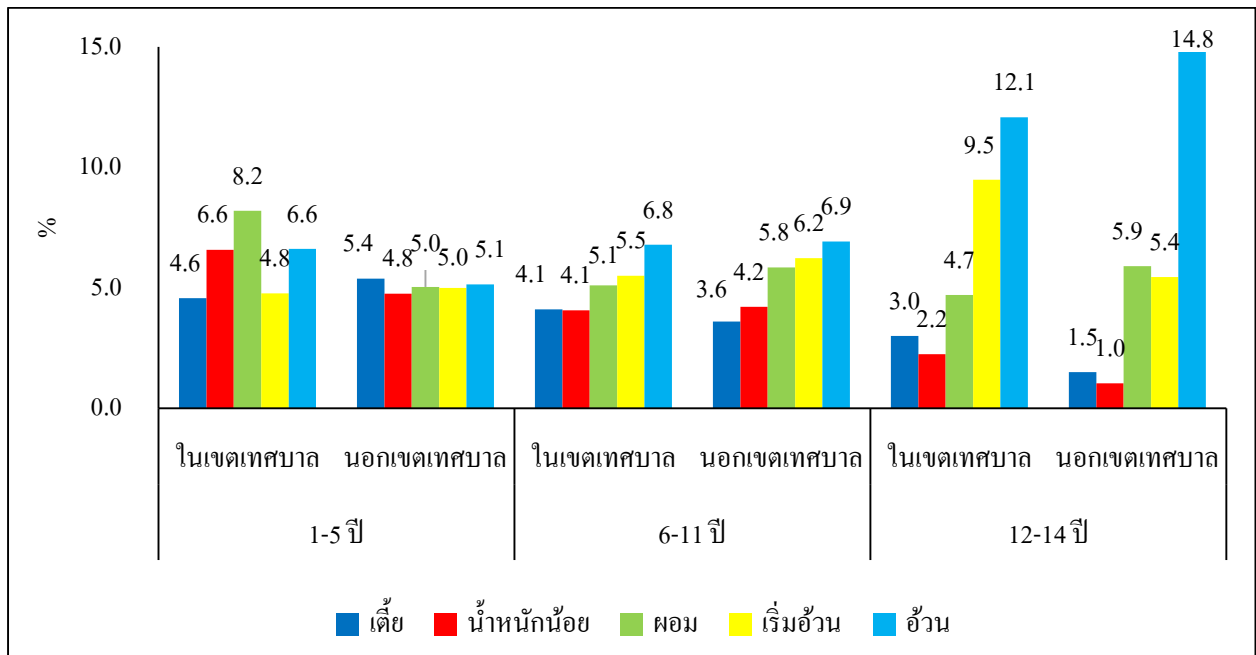
*สำหรับเฉพาะกลุ่มอายุ 1-5 ปี 0 เดือน ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

5. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง

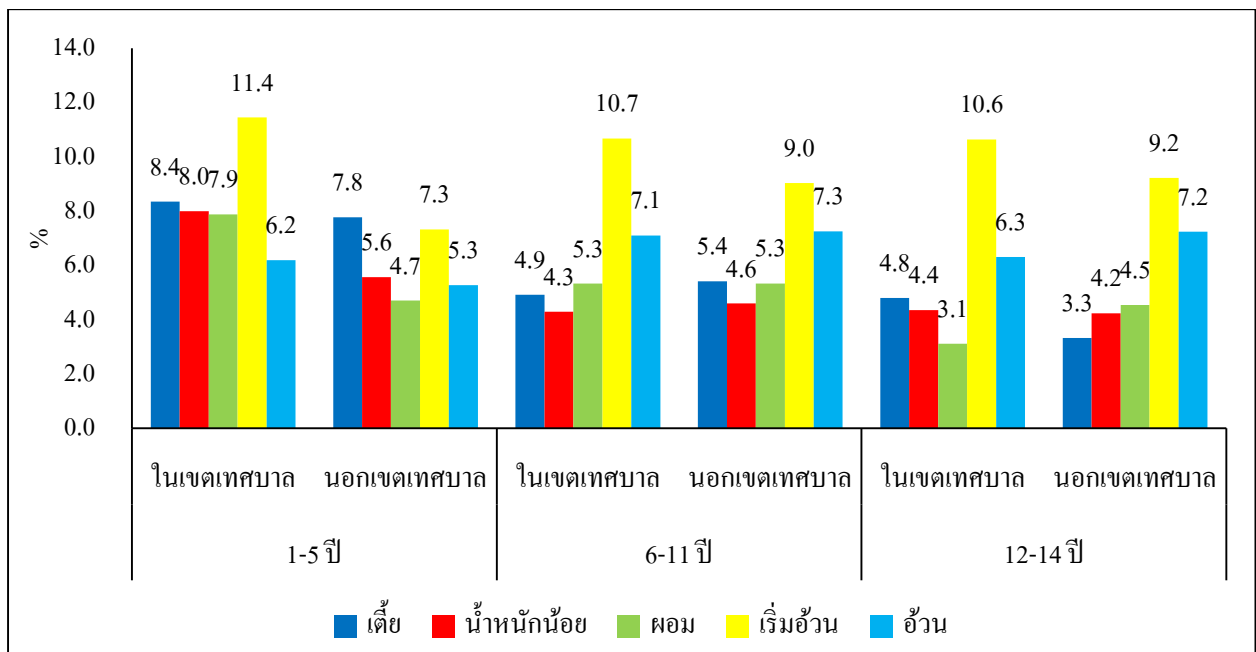
เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของปัญหาเตี้ยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีที่มีปัญหาเตี้ยสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับปัญหาน้ำหนักน้อย เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีในเขตเทศบาลมีปัญหาน้ำหนักน้อยสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่กลุ่มอายุ 6-11 ปีของทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีปัญหาน้ำหนักน้อยใกล้เคียงกัน ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีในเขตเทศบาลมีปัญหาผอมสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่กลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีในเขตเทศบาลมีปัญหาผอมต่ำกว่า สำหรับปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วน เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหาทั้งสองรวมกันสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (รูปที่ 8.11)

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย ๗ ปี 2563 เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของปัญหาโภชนาการทั้งขาดและเกิน (เตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน) สูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับกลุ่มอายุ 6-11 ปี เด็กในเขตเทศบาลมีปัญหาเตี้ยและน้ำหนักน้อยต่ำกว่า ปัญหาผอมเท่ากันและปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ส่วนกลุ่มอายุ 12-14 ปี เด็กในเขตเทศบาลมีปัญหาเตี้ย น้ำหนักน้อย และปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่มีความชุกของภาวะผอมสูงกว่า (รูปที่ 8.12)

รูปที่ 8.11 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามวัยและเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง^๗ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.12 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามวัยและเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



*สำหรับกลุ่มอายุ 1-5 ปี 0 เดือน ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

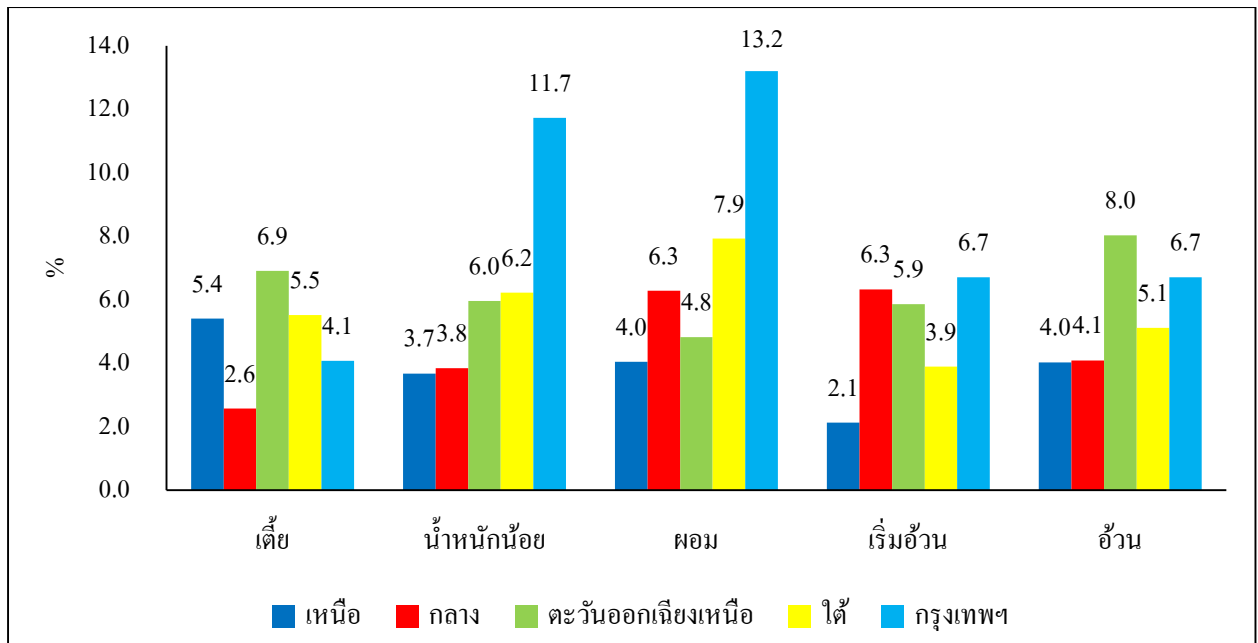
6. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างภาค

6.1 กลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี

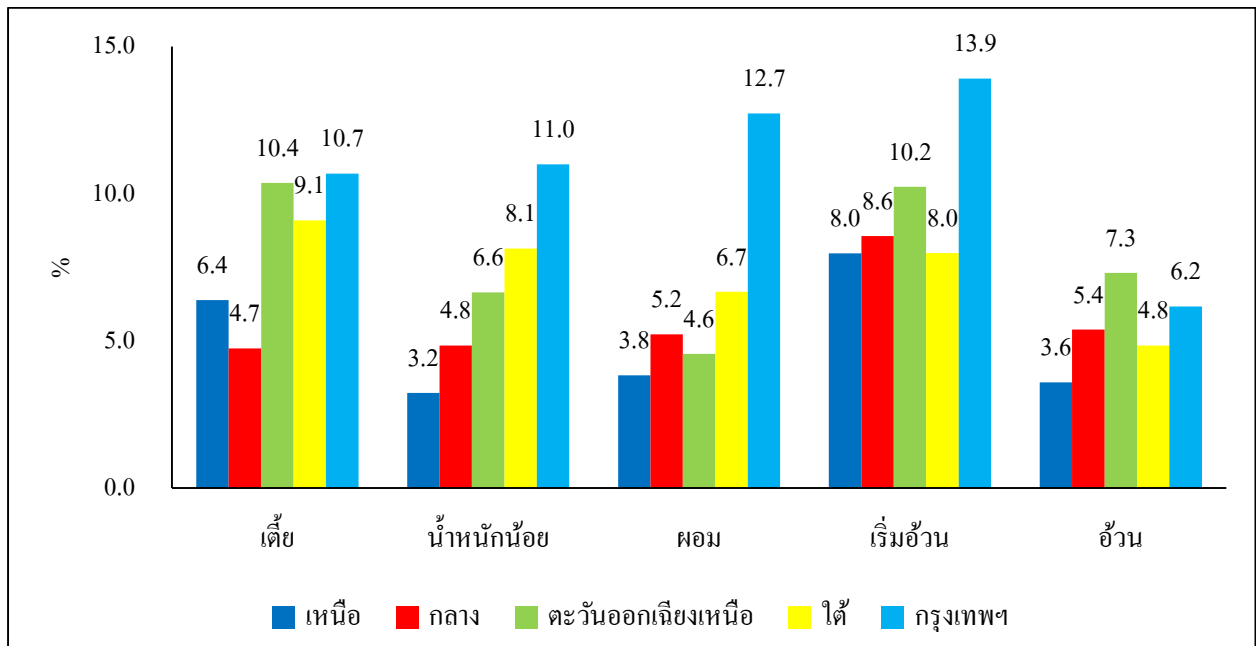
การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการแยกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยและอ้วนสูงสุด ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มีความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อย ผอมและเริ่มอ้วนสูงสุด ส่วนภาคเหนือมีความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนต่ำสุด แต่มีความชุกของปัญหาเตี้ยเป็นที่สองรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 8.13)

เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย พ.ศ. 2563 เด็กอายุ 1-5 ปีในกรุงเทพมหานครมีความชุกของปัญหาเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม และเริ่มอ้วนสูงสุดในขณะที่มีความชุกของปัญหาอ้วนเป็นที่สองรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความชุกของปัญหาเตี้ยและเริ่มอ้วนเป็นที่สองรองจากกรุงเทพมหานคร (รูปที่ 8.14)

รูปที่ 8.13 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



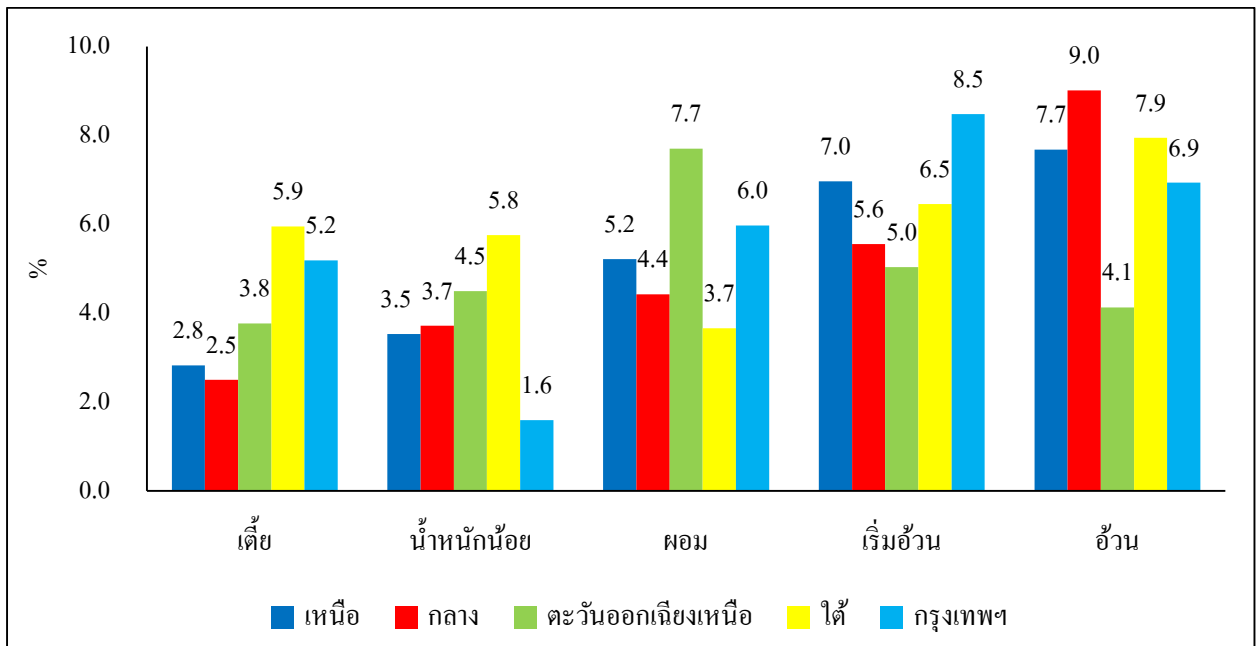
รูปที่ 8.14 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006



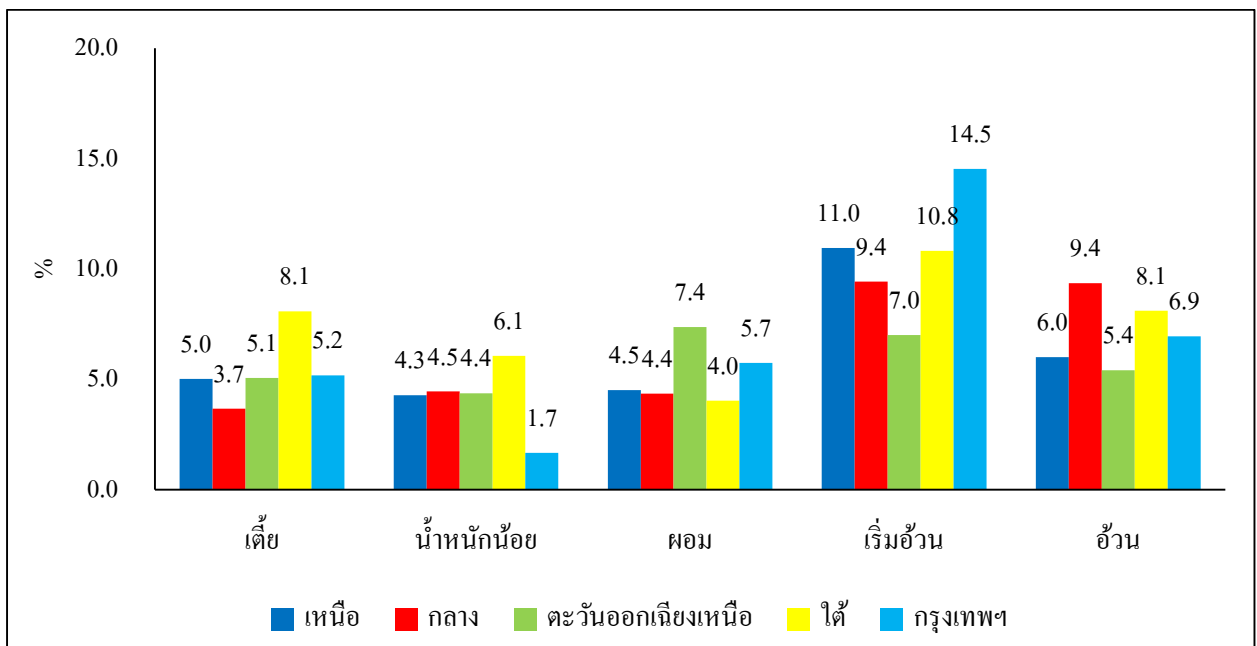
6.2 กลุ่มเด็กอายุ 6-11 ปี

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี ภาคใต้มีความชุกของปัญหาเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของภาวะผอมสูงสุด กรุงเทพมหานคร มีความชุกของปัญหาเริ่มอ้วนสูงสุด ส่วนภาคกลางมีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุด (รูปที่ 8.15) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย พ.ศ. 2563 ความแตกต่างระหว่างภาคมีแบบแผนเดียวกัน (รูปที่ 8.16) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ภาคใต้มีความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยในเด็กอายุ 6-11 ปีเช่นเดียวกับการใช้เกณฑ์อ้างอิงของไทย (รูปที่ 8.17)

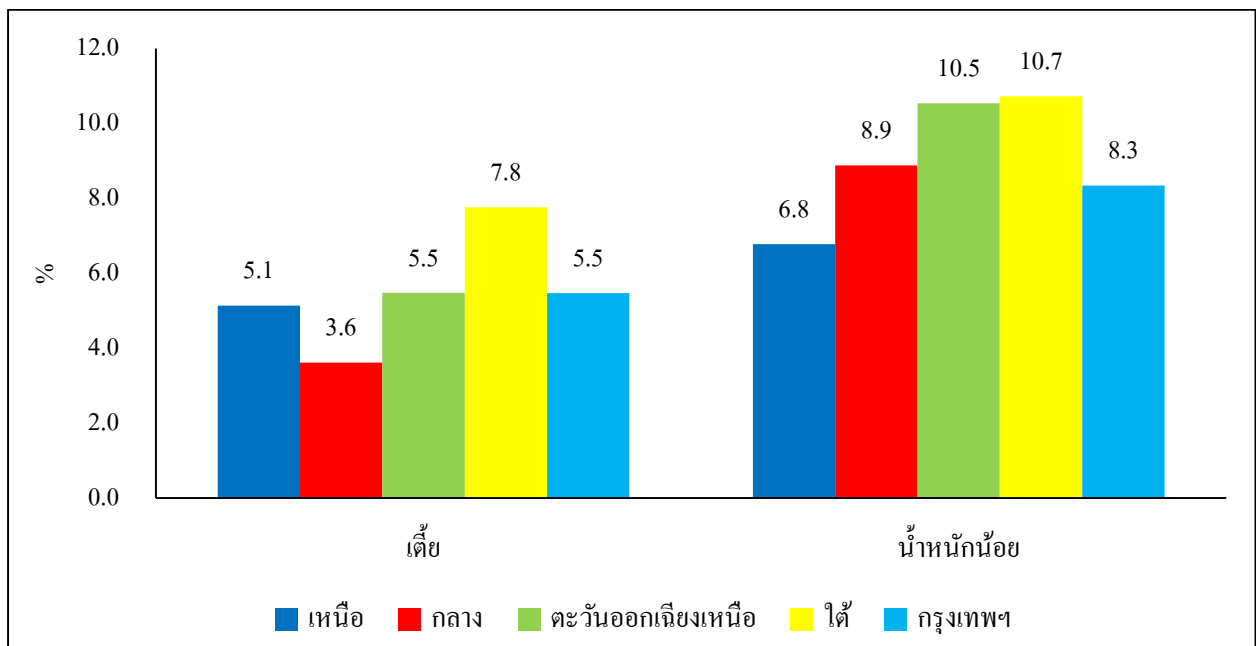
รูปที่ 8.15 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.16 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วน และอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



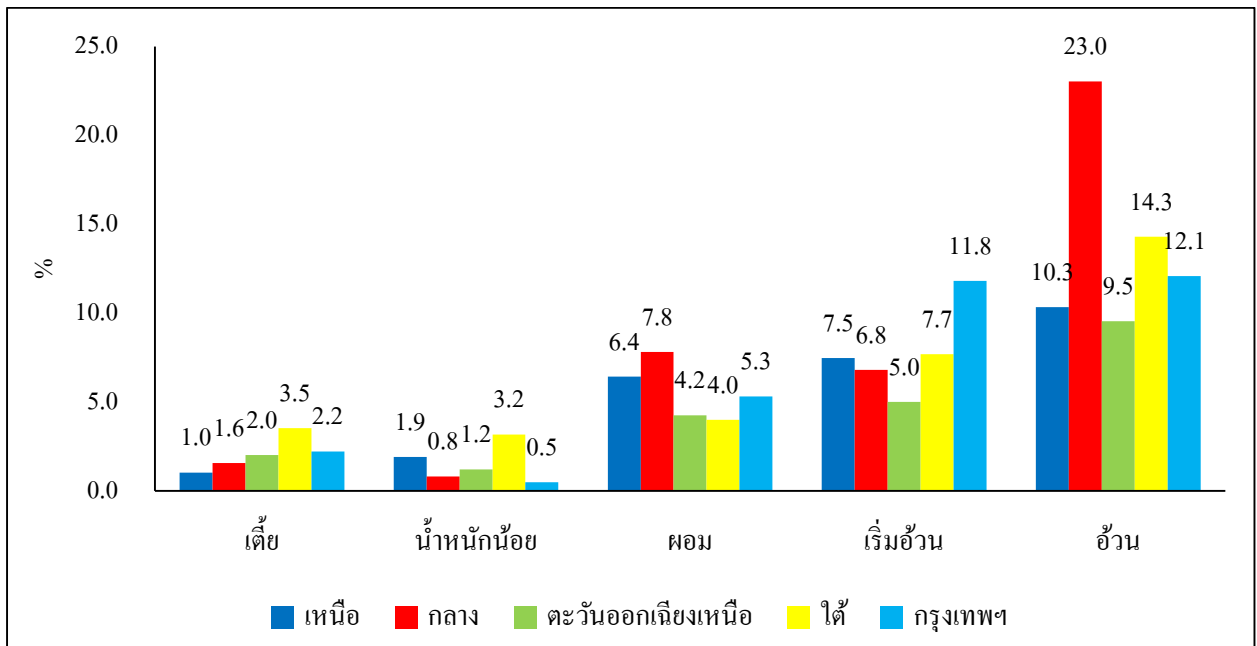
รูปที่ 8.17 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



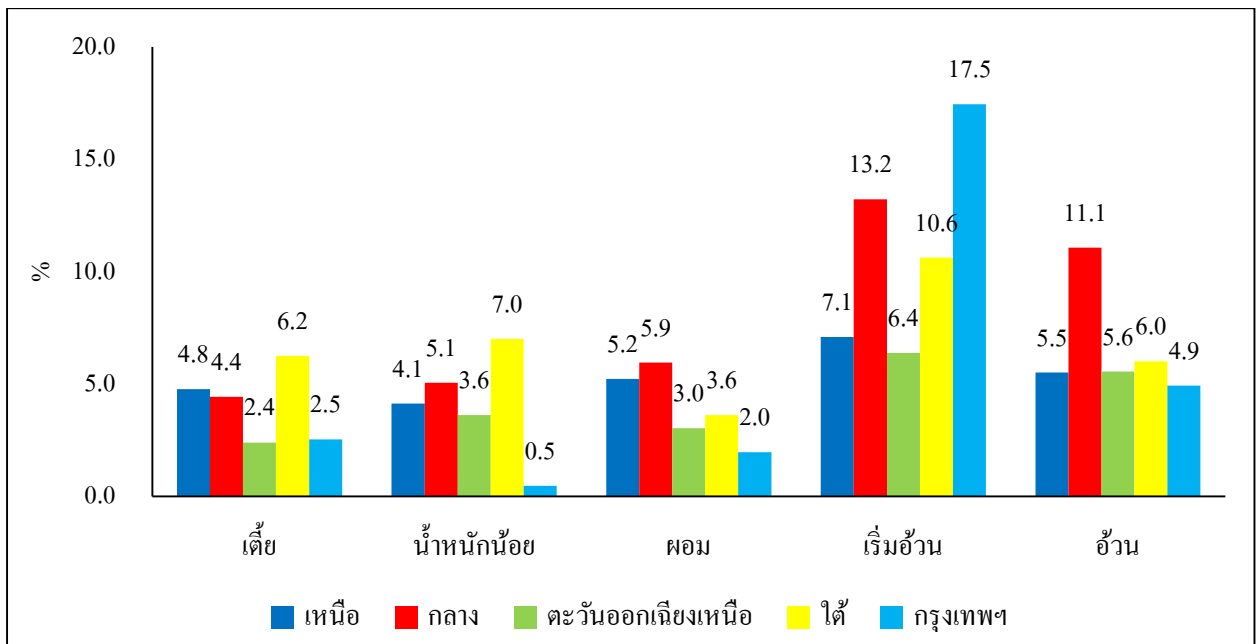
6.3 กลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปี

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 กลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปีมีปัญหาเตี้ยและน้ำหนักน้อยต่ำ ภาคกลางมีความชุกของเด็กที่มีภาวะอ้วนสูงสุดสูงมากถึงร้อยละ 23 และมีปัญหาผอมสูงสุดเช่นกัน กรุงเทพมหานคร มีปัญหาเริ่มอ้วนสูงสุด (รูปที่ 8.18) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทย พ.ศ. 2563 ความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง พ.ศ. 2542 ภาคใต้มีความชุกของปัญหาเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุด ส่วนปัญหาผอม เริ่มอ้วนและอ้วน ความแตกต่างระหว่างภาคมีแบบแผนเดียวกันกับเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิง พ.ศ. 2542 (รูปที่ 8.19) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ภาคใต้มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยสูงสุดเช่นเดียวกัน (รูปที่ 8.20)

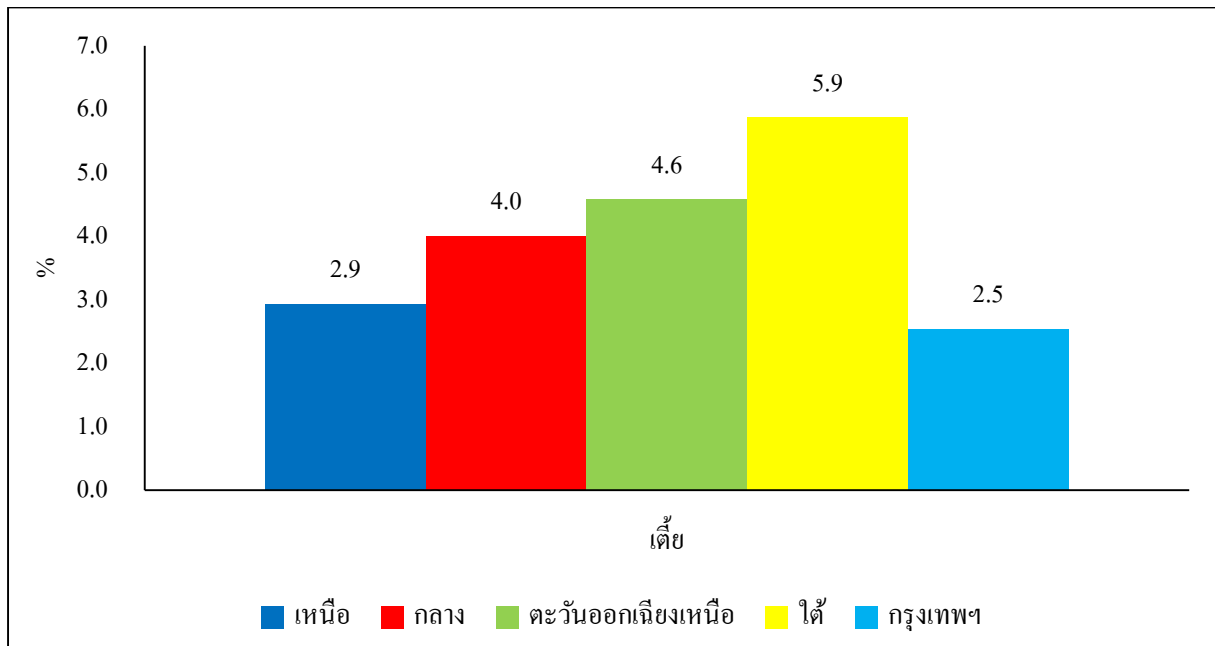
รูปที่ 8.18 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเริ่มอ้วน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.19 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเริ่มอ้วน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2563



รูปที่ 8.20 เปรียบเทียบความชุกของภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (เตี้ย) ของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



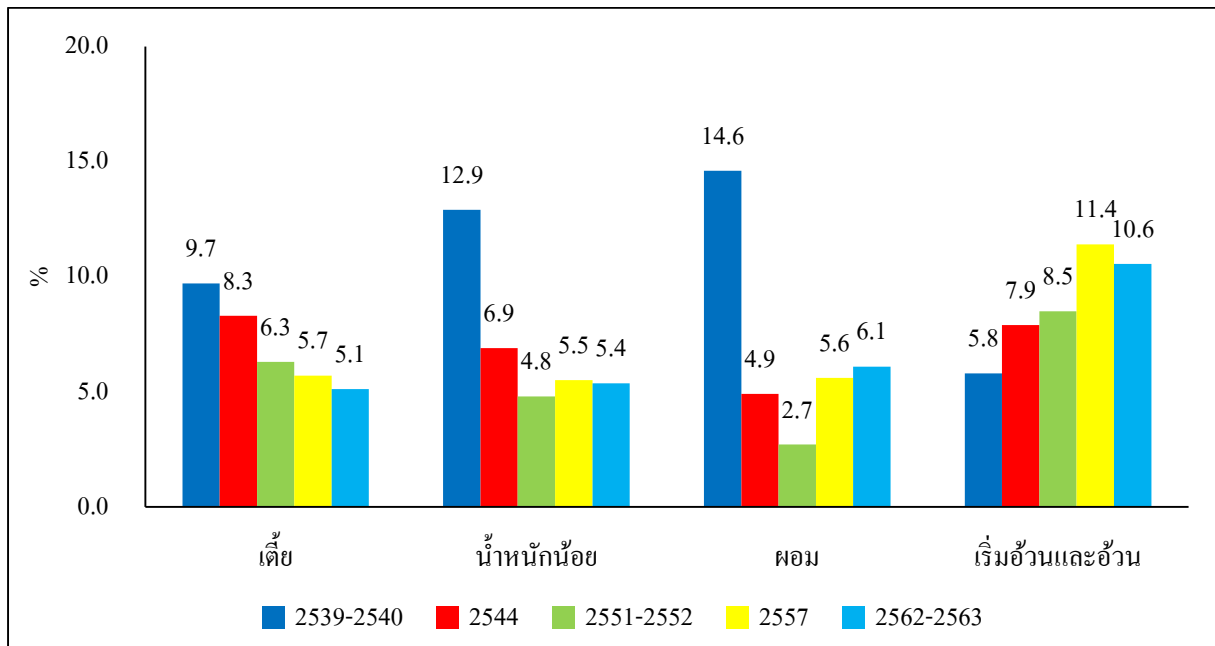
แนวโน้มภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 24 ปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในช่วง 24 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มพบเด็กภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ในขณะที่พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น

1. **เด็กอายุ 1-5 ปี** การสำรวจในเด็กอายุ 1-5 ปีที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 มีให้เปรียบเทียบย้อนหลังได้ 24 ปี แม้อาจมีข้อจำกัดที่รอบการสุ่มไม่เหมือนกันบ้าง แต่ก็พอเปรียบเทียบได้ว่า ประเทศไทยสามารถลดภาวะโภชนาการพร่องได้อย่างน่าพอใจ ความชุกของภาวะเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 5.1 ในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับลดลงได้ร้อยละ 47.4 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยจากปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552 ลดลงได้ 2.7 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2557 และ 2563 เท่ากับลดได้ร้อยละ 58 ใน 24 ปี เช่นเดียวกับปัญหาเด็กที่มีภาวะผอมที่ลดลงอย่างมากจากปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2552 ลดลง 5.4 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2557-2563 ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป (รูปที่ 8.21)

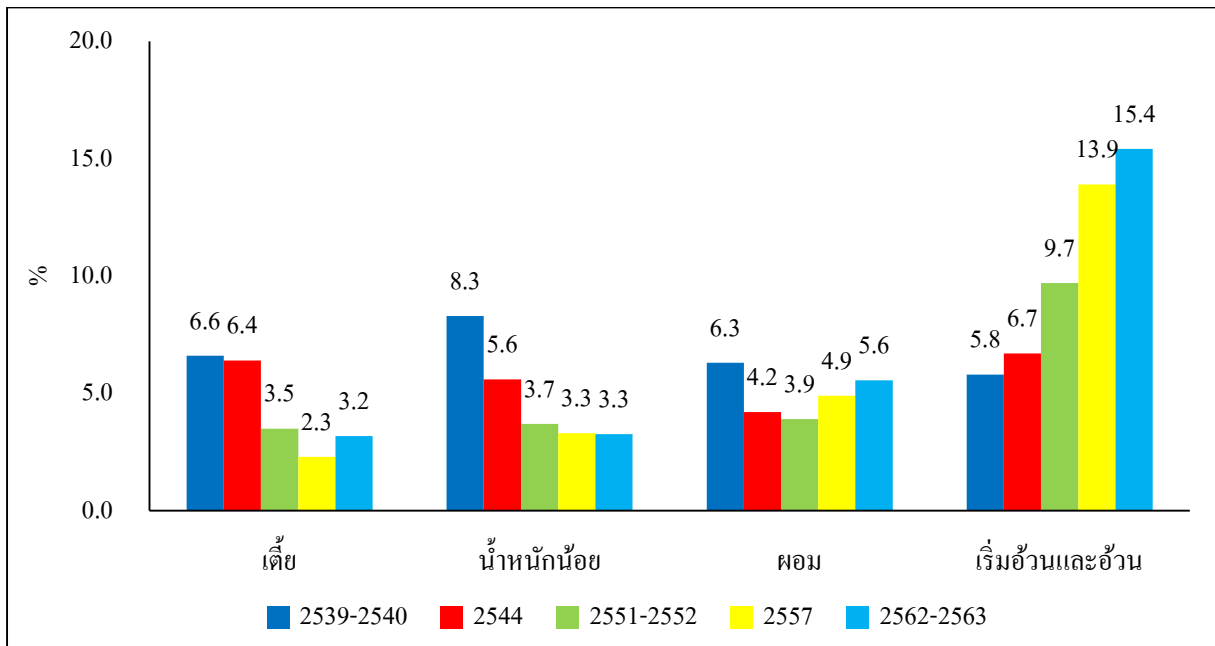
ในขณะที่ปัญหาขาดสารอาหารมีแนวโน้มลดลง ปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วนกลับพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในช่วง 19 ปี แต่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2563 (รูปที่ 8.21)

รูปที่ 8.21 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กอายุ 1-5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2539 – 2563 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



2. **เด็กอายุ 6-14 ปี** การสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในเด็กอายุ 6-14 ปีในช่วงปี พ.ศ. 2539-2557 ซึ่งมีกรอบอายุของเด็กที่ต่างกันบ้าง ความชุกของปัญหาเด็กมีภาวะเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือประมาณหนึ่งในสามและมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย ความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อยลดลงได้ 2.5 เท่า โดยนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล 1.2 เท่า ส่วนความชุกของเด็กผอมลดลง 1.7 เท่าในช่วง 13 ปีจากปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าใน 11 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ. 2552 ถึง 2563 การที่พบความชุกของเด็กที่มีปัญหาเตี้ย ผอม และเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563 ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการปิดโรงเรียนและเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิดที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กในชนบทและในเมืองแตกต่างกัน โดยรวมในรอบ 24 ปีปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า มีข้อสังเกตว่า ความชุกของเริ่มอ้วนและอ้วนนอกเขตเทศบาลเริ่มสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย ปัญหาเตี้ยพบในเขตเทศบาลมากกว่า ส่วนปัญหาผอมพบในเด็กนอกเขตเทศบาลมากกว่า (รูปที่ 8.22 และตารางที่ 8.9)

รูปที่ 8.22 ภาพโฆษณาการของเด็กวัยเรียนไทย พ.ศ. 2539-2563 จากการสำรวจต่าง ๆ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิง
 น้าหนัก ส่วนสูง ฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2539-2540) โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) และครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) ตามลำดับ

ตารางที่ 8.9 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย และเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2563 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

ภาวะโภชนาการ	พ.ศ. 2539- 2540	พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2551-2552			พ.ศ. 2557			พ.ศ. 2562-2563			
	6-12 ปี	6-12 ปี		6-14 ปี			6-14 ปี			6-14 ปี			
	รวม	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล
เริ่มอ้วนและอ้วน	5.8	6.7	10.1	5.3	9.7	13.1	8.2	13.9	16.6	12.1	15.4	15.2	15.6
ผอม	6.3	4.2	4.0	5.1	3.9	3.2	4.3	4.9	5.9	4.3	5.6	5.0	5.9
น้ำหนักน้อย	8.7	5.6	4.4	6.6	3.7	2.9	4.1	3.3	2.9	3.5	3.3	3.5	3.1
เตี้ย	6.6	6.4	4.1	7.9	3.5	3.1	3.7	2.3	2.0	2.5	3.2	3.8	2.9

รวม = ทั่วประเทศ

หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2539-2540) โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเปรียบเทียบกับนานาชาติ

World Obesity Federation ได้รวบรวมข้อมูลความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกไว้ใน Global Obesity Observatory¹⁴ ตารางที่ 8.10 ได้แสดงค่าความชุกที่วิเคราะห์ด้วยดัชนีมวลกายของประเทศต่าง ๆ ที่เป็นการสำรวจระดับประเทศในช่วงปี ค.ศ. 2017-2020 และใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ประเทศส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด (ยกเว้นประเทศบังคลาเทศและอินเดีย) มีค่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูง ร้อยละ 17.6-43.2 ในผู้ชายและร้อยละ 20.1-44.6 ในผู้หญิง ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กไทยอายุ 6-14 ปี ในการสำรวจครั้งนี้ (พ.ศ. 2562-2563) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ได้ค่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 13.3 (ชายร้อยละ 12.3 และหญิงร้อยละ 14.3) และอ้วนร้อยละ 15.2 (ชายร้อยละ 19.9 และหญิงร้อยละ 10.3) ซึ่งสูงกว่าความชุกที่ใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของไทย พ.ศ. 2563 ประมาณ 1.5-2 เท่า เนื่องจากมีผลการศึกษาที่เชื่อมโยงดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดัชนีมวลกายจึงเป็นตัวชี้วัดที่ควรนำมาใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อให้การดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ให้เหมาะสมต่อไป

ตารางที่ 8.10 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กประเทศต่าง ๆ ที่สำรวจระดับประเทศระหว่างปี ค.ศ. 2017-2020 โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก 2007

ประเทศ	ปี ค.ศ.	อายุ (ปี)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Argentina	2018	13-15	39.10	27.80	33.10
Bangladesh	2018-2019	10-19	6.04	8.03	7.02
Belgium	2018	2-17	17.30	20.20	18.80
Bulgaria	2015-2017	7	30.20	28.60	-
Canada	2017	5-17	27.70	30.10	28.90
Cyprus	2015-2017	9	43.00	43.10	-
Denmark	2015-2017	7	17.60	20.10	-
Egypt	2018-2020	6-11	18.10	25.80	21.80
Finland	2015-2017	8	31.30	29.80	-
Greece	2015-2017	7	42.00	37.80	-
India	2016-2018	10-19	5.00	4.90	5.00
Malaysia	2019	5-17	33.20	26.20	29.80

ตารางที่ 8.10 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กประเทศต่าง ๆ ที่สำรวจระดับประเทศระหว่างปี ค.ศ. 2017-2020 โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก 2007 (ต่อ)

ประเทศ	ปี ค.ศ.	อายุ (ปี)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Malta	2016-2017	4-17	43.20	38.70	41.00
Mexico	2020	12-19	43.10	44.60	43.80
Portugal	2019	6-8	29.60	29.50	29.60
Romania	2015-2017	8	30.60	25.80	-
Spain	2019	6-9	41.30	39.70	40.60
Thailand	2019-2020	6-14	32.2	24.6	28.5

บทสรุป

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 แสดงว่าเด็กไทยมีการเติบโตทางกายดีขึ้น จากปี 2544 จนถึงปี 2562 เด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 14 ปีมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กชายประมาณ 8.2 เซนติเมตร เด็กหญิง 3.4 เซนติเมตร ในขณะที่เด็กชายมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 11.1 กิโลกรัม และเด็กหญิงเพิ่มขึ้น 5.4 กิโลกรัม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญทั้งภาวะโภชนาการพร่องและภาวะโภชนาการเกิน แม้ว่าภาวะเตี้ย (ทุพโภชนาการเรื้อรัง) และภาวะน้ำหนักน้อยจะลดลงตามลำดับ แต่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเด็กอายุ 6-14 ปี และภาวะโภชนาการโดยเฉลี่ยของเด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตใกล้เคียงกัน แม้ว่าจะแตกต่างกันบ้างตามภูมิภาค สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี ความชุกของภาวะเตี้ยลดลงต่อเนื่องแต่ยังพบร้อยละ 5.1 บางภูมิภาคสูงร้อยละ 6.9 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.4 และภาวะพอม (ทุพโภชนาการฉับพลัน) ยังมีร้อยละ 6.1 ซึ่งเด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อสุขภาพไม่แข็งแรง และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรงเสี่ยงต่อระดับเซาว์นปัญญาต่ำ บั่นทอนคุณภาพประชากรในอนาคต

การสำรวจครั้งนี้พบว่า ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน เด็กในเขตชนบทพบปัญหานี้เพิ่มขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาอ้วนในเด็กนี้ส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่กระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทุกระดับด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษา ที่ครอบคลุมกลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรม การบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และร่วมกันลดสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน (Obeseogenic environment)

เอกสารอ้างอิง

1. Loesch DZ, Stokes K, Huggins RM. Secular trend in body height and weight of Australian children and adolescents. *Am J Phys Anthropol* 2000; 111: 545-56.
2. Bettina Gohlke, Joachim Woelfle. Growth and Puberty in German Children. Is There Still a Positive Secular Trend? *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 377-82.
3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ วิชัย เอกพลากร. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557: สุขภาพเด็ก.
4. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะขาดพลังงานและโปรตีน. ใน: ประยงค์ เวชวณิชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 275-88.
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. ใน: ประยงค์ เวชวณิชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 289-310.
6. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2542.
7. World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. [Internet]. 2006. [cited 2017 Apr 6]. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>.
8. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี. กรุงเทพมหานคร: บริษัททำด้วยใจจำกัด; 2564. Available from <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/201949>.
9. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240-5.
10. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85:660-7.
11. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองคารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่: ลิมบราเคอร์สการพิมพ์จำกัด; 2547.
12. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007; 369: 60-70.
13. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378: 1325-38.

14. Global Obesity Observatory. World Obesity Federation. Prevalence of child overweight, including obesity (%). Available from: <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-child-overweight-including-obesity-3/>.



รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 สุขภาพเด็ก

