



รายงาน
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สุขภาพเด็ก





รายงาน
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สุขภาพเด็ก





รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 สุขภาพเด็ก

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

คุณปวีณา ปันกระจำง

ผู้เขียน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร (บทที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช (บทที่ 4, 6)
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ (บทที่ 1, 4, 7)
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า (บทที่ 5)
คุณหทัยชนก พรรคเจริญ และ (บทที่ 2)
นักวิชาการกองนโยบายและวิชาการสถิติ

ผู้ประสานงาน

คุณจรรยาพร อิงคเสรีพิทักษ์

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การอ้างอิง

วิชัย เอกพลากร และเริงฤดี ปธานวนิช (บก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 สุขภาพเด็ก

บรรณานุกรม

วิชัย เอกพลากร และเริงฤดี ปธานวนิช (บก.) (2569) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 สุขภาพเด็ก. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ISBN : 978-616-622-121-3

จัดพิมพ์โดย : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2569

จำนวน : 500 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท สหมิตรพรินท์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด

เครือข่ายการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 สุขภาพเด็ก



ส่วนกลาง

1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร	ที่ปรึกษา
2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเรจกิติ ปธานวนิช	หัวหน้าโครงการและนักวิจัยหลัก
3. รองศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี จิตธรรมา	ผู้ร่วมวิจัย
4. นางสาวปวีณา ปั่นกระจำง	นักวิชาการสถิติ
5. นางสาวจรรยาพร อิงคเสรีพิทักษ์	ผู้ช่วยวิจัย
6. นางสาววิลาสินี คีตวัฒนานนท์	ผู้ช่วยวิจัย
7. นางสาวชนิตาภา อุทาหงษ์	ประสานงานโครงการ



เครือข่ายการสำรวจภาคกลาง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	ที่ปรึกษา
2. แพทย์หญิงนิพรรณพร วรมงคล	ที่ปรึกษา
3. แพทย์หญิงนภาพรธรณ วิริยะอุตสาหกุล	ที่ปรึกษา
4. ศาสตราจารย์ ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย	ที่ปรึกษา
5. ศาสตราจารย์ ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช	ที่ปรึกษา
6. รองศาสตราจารย์ ดร.মনทกานต์ เชื่อมชิต	หัวหน้าโครงการภาคกลาง
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐา ฐานีพานิชสกุล	ผู้ร่วมวิจัย
8. รองศาสตราจารย์ ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	ผู้ร่วมวิจัย
9. รองศาสตราจารย์ ดร.ประมณฑ์ วิวัฒนากุลวานิชย์	ผู้ร่วมวิจัย
10. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา รังสีทิรัญรัตน์	ผู้ร่วมวิจัย
11. รองศาสตราจารย์ ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์	ผู้ร่วมวิจัย
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปกเกษตร วงศาสุลักษณ์	ผู้ร่วมวิจัย
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เทพนาฏ พุ่มไพบูลย์	ผู้ร่วมวิจัย
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดี ศิริโชคชัชวาล	ผู้ร่วมวิจัย
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี ประसारสุขลาภ	ผู้ร่วมวิจัย
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุชิต ภาณุมาสวิวัฒน์	ผู้ร่วมวิจัย
17. อาจารย์ ดร.นฤมล ภูมมาพันธุ์	ผู้ร่วมวิจัย
18. ดร.อรอุมา ซองรัมย์	ผู้ร่วมวิจัย
19. ดร.นุชนาฏ หวนนากลาง	ผู้ร่วมวิจัย
20. นางสาวศุภกรินทร์ วิมุกตายน	ผู้ร่วมวิจัย



- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 21. นางสาวศุภฤทัย เชิญขวัญมา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 22. นางสาวกาญจรัตน์ อินทร์รัตน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 23. นางสาวกุลญาณินทร์ ศรีตาชาติ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 24. นายวรากร ปั่นฉันท | ผู้ร่วมวิจัย |



เครื่อง่ายการสำรวจภาคเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- | | |
|--|------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ | หัวหน้าโครงการภาคเหนือ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วังราชฤทธิ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ อินต๊ะวงศ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อักษรา ทองประชุม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สินีนานา ชาวตระการ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัลลภ เขียวชัยสกุล | ผู้ร่วมวิจัย |
| 9. อาจารย์ ดร.ณปภัช โพธิ์พรหม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 10. อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 11. นางสาวชญาดา ดอกจันทร์แย้ม | ผู้ร่วมวิจัย |
| 12. นางสาวณัฐธิดา คำอ้าย | ผู้ร่วมวิจัย |
| 13. นางสาวธนัชพร คำมูล | ผู้ร่วมวิจัย |



เครื่อง่ายการสำรวจภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- | | |
|--|----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พลเทพ วิจิตรคุณากร | หัวหน้าโครงการภาคใต้ |
| 2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชญานนท์ งามเฉลียว | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ภูมิใจ สรเสณี | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณภัทวรรต บัวทอง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. พว.วรวิช วนิชานนท์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 7. พว.ทัศนีย์ ชันทอง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 8. นางสาวสุพิชา รุ่งเรือง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 9. นางสาวนาเดียร์ มะณี | ผู้ร่วมวิจัย |
| 10. นายเลอเกียรติ ไชยพงษ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 11. นางสาวดุลฤทัย คงศรีทอง | ผู้ร่วมวิจัย |
| 12. นายธานีพ มุดอ | ผู้ร่วมวิจัย |



เครือข่ายการสำรวจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงเสาวนันทน์ บำเรอราช | หัวหน้าโครงการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. อาจารย์ ดร. บังอรศรี จินดาวงศ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. อาจารย์ ดร.นิพัทธ์พนธ์ สีอุปถัด | ผู้ร่วมวิจัย |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอิสราภรณ์ เทพวงษา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 7. นายแพทย์คามิน สีหะมงคล | ผู้ร่วมวิจัย |



เครือข่ายการสำรวจกรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร | หัวหน้าโครงการกรุงเทพมหานคร |
| 2. อาจารย์ ดร.ปิยรัตน์ ชักนำ | หัวหน้าโครงการกรุงเทพมหานคร |
| 3. อาจารย์ ดร.ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒนาวงศ์ | ผู้ร่วมวิจัย |
| 4. พว.เฉลียว คงคา | ผู้ร่วมวิจัย |
| 5. พว.อนงค์ ดิษฐสังข์ | ผู้ร่วมวิจัย |



นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น

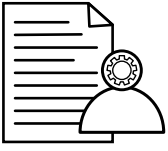
- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิพรรณ บุตรยี่ | สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ กันตชูเวชศิริ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิรินภา ศิวารมณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. นายรัชชัย สุขบำเพ็ญ | สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง |
| 7. นายชัชพงษ์ คำชื่น | สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง |
| 8. ผู้อำนวยการและนักวิชาการกองนโยบายและวิชาการสถิติ | สำนักงานสถิติแห่งชาติ |



ทีมสนับสนุนการจัดเก็บตัวอย่างชีวภาพ สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสินี ดิษฐบรรจง | 9. นางสาวนิสากร ทองมั่ง |
| 2. ดร.ธิดารัตน์ รุจิรวรรณ | 10. นางสาววิลาสินี คนเชื้อ |
| 3. นางสาวชาลิสา จตุรพักตรารักษ์ | 11. นายปวีศ อินนะไชย |
| 4. นายอรรถพล ศรีมงคล | 12. นางสาวเสริมศิริ จิตต์ผูก |
| 5. นางสาวดวงพร แสงวิมล | 13. นางสาวศุภานาถ ศรีศาลา |
| 6. นางสาวบุญญา จิตธรธรรม | 14. นางสาวณมน มนต์โน้ม |
| 7. นายกันต์ธนดณย์ ดิษฐโรจน์ | 15. นางสาววรรณวิสา ไวยพุด |
| 8. นางถนอม เพ็ชรทอง | 16. นายณรงค์ฤทธิ์ ศรีแก้ว |





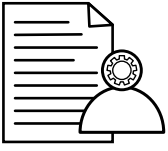
กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินการวิจัยโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 นี้ ขอขอบพระคุณบุคคลที่เป็นตัวอย่างของการสำรวจภาวะสุขภาพครั้งนี้ที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการกองนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง จัดทำกรอบตัวอย่าง ขอขอบคุณ คุณสัญญาชัย เตชนิรมิตวัช คุณธวัชชัย สุขบำรุง และคุณชัชพงษ์ คำชื่น สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ช่วยทำการสุ่มตัวอย่าง ขอขอบพระคุณบุคคลสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อาทิตย์ อังกานนท์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิณี ดิษฐบรรจง ขอขอบพระคุณเครือข่ายทีมภาคสนาม ขอขอบคุณนายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และนายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษา

นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังรายชื่อที่แนบมาในรายงาน รวมทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บุคลากรสาธารณสุขทุกท่านในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และขอขอบคุณนักวิชาการและผู้สนับสนุนอีกหลายท่านที่มีส่วนร่วมในการสำรวจครั้งนี้

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริ่งฤดี ปธานวนิช
บรรณาธิการ





คำนำ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เป็นการสำรวจระดับประเทศ ที่ครอบคลุมการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางชีวภาพ มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง และติดตามพฤติกรรม รวมถึงสถานะทางสุขภาพประชาชนไทยอย่างต่อเนื่อง การสำรวจฯ ครั้งที่ 7 นี้ ได้ดำเนินงานภาคสนามในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 โดยมุ่งเน้นประเด็นสำคัญทางสุขภาพ หลายมิติ ทั้งในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และภาวะโรคที่สามารถตรวจวัดพื้นฐาน ได้แก่ การวัดสัดส่วนร่างกาย ความดันโลหิต การตรวจวัดระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด เป็นต้น ในกลุ่มประชากรไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

สำหรับรายงานฉบับนี้ เป็นการรายงานผลการสำรวจสุขภาพเด็กอายุ 1-14 ปีที่ได้จากการสำรวจประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ประเด็นทางสุขภาพ ในรายงาน ครอบคลุม ลักษณะครอบครัว การเลี้ยงดูเด็ก พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร สถานะสุขภาพ และภาวะโภชนาการ เป็นต้น

ข้อมูลจากการสำรวจนี้มีความสำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการประเมินสถานการณ์ ปรับปรุงนโยบาย และกำหนดยุทธศาสตร์หรือมาตรการดำเนินงานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กไทย อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจนี้ยังเป็นฐานข้อมูลในการสนับสนุน การศึกษาวิจัยเฉพาะทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางแก้ไข ปัญหาเฉพาะประเด็นในอนาคต

ขอขอบคุณทีมนักวิจัยเครือข่ายมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดำเนินการสำรวจในครั้งนี้ รวมทั้งอาจารย์แพทย์และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และบุคคลผู้ร่วมกัน ดำเนินการในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และหวังว่าจะมีการสำรวจนี้อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่ง ที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนต่อไป



สารบัญ

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 สุขภาพเด็ก

๕๙	บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	1
๕๙	บทที่ 1 บทนำ	9
๕๙	บทที่ 2 ระเบียบวิธีการสำรวจ	13
	2.1 คุ่มรวม	14
	2.2 ระดับของการนำเสนอผล	15
	2.3 แผนแบบการเลือกตัวอย่าง	15
	2.4 การกำหนดขนาดตัวอย่าง	21
	2.5 การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก	21
๕๙	บทที่ 3 ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว	25
	3.1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก	26
	3.2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว	30
	3.3 สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย	37
๕๙	บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ	41
	4.1 การนอนหลับ	42
	4.2 กิจกรรมทางกาย	46
	4.3 พฤติกรรมเนือยนิ่ง	48
	4.4 การใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต	49
	4.5 ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในเด็กอายุ 6 – 14 ปี	54
	4.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่	59
	4.7 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	67
	4.8 การขับขี่จักรยานยนต์และรถยนต์	69
	4.9 พฤติกรรมการใช้กัญชาและกระท่อม	75



๕๕	บทที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	77
	5.1 พฤติกรรมการกินนมแม่ของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน	79
	5.2 พฤติกรรมการเตรียมอาหารสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน	87
	5.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหาร และแหล่งอาหาร สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน	91
	5.4 การบริโภคผักและผลไม้	108
๕๕	บทที่ 6 สถานะสุขภาพทั่วไป	117
	6.1 สุขภาพทั่วไป	118
	6.2 โรคหืด	121
	6.3 การบาดเจ็บ	125
	6.4 ความสามารถในการว่ายน้ำได้	127
	6.5 ความพิการ	128
	6.6 ภาวะซึมเศร้า	128
๕๕	บทที่ 7 ภาวะโภชนาการของเด็กไทย	131
	7.1 มาตรฐานและเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กและการประเมินภาวะโภชนาการ	133
	7.2 การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย	137
	7.3 การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2568	138
	7.4 การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กไทย	140
	7.5 ภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2568	146
	7.6 แนวโน้มภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 29 ปีที่ผ่านมา	162
	7.7 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็กไทย	165
	7.8 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเปรียบเทียบกับนานาชาติ	167
๕๕	บทที่ 8 อภิปรายและข้อเสนอแนะ	173



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การสู่มตัวอย่างของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของเด็กไทยระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2539-2568	12
ตารางที่ 2.3.1	จำนวนและรายชื่อจังหวัดตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม	16
ตารางที่ 2.3.2	จำนวนอำเภอตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	17
ตารางที่ 2.3.3	จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย	18
ตารางที่ 2.3.4	จำนวนประชาชนตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย	19
ตารางที่ 3.1	จำนวนและร้อยละของเด็กตัวอย่างอายุ 1-14 ปี จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค (unweighted)	27
ตารางที่ 3.2	ร้อยละของการนับถือศาสนา เด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามภาค	28
ตารางที่ 3.3	ร้อยละของสถานที่เด็กอยู่ในช่วงกลางวัน จำแนกตามอายุ และภาค	29
ตารางที่ 3.4	ร้อยละของผู้อุปการะดูแลเด็กส่วนใหญ่ (อายุ 1-14 ปี) จำแนกตามภาค	30
ตารางที่ 3.5	ร้อยละของสถานภาพสมรสของพ่อ-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค	31
ตารางที่ 3.6	ร้อยละของระดับการศึกษาของพ่อ-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ	32
ตารางที่ 3.7	ร้อยละของอาชีพพ่อ-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ	33
ตารางที่ 3.8	ผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค	34
ตารางที่ 3.9	ระดับการศึกษาของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค	35
ตารางที่ 3.10	ร้อยละของสถานภาพครอบครัวที่อยู่อาศัยของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค	36
ตารางที่ 3.11	ร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่ดี จำแนกตามเขตการปกครอง และภาค	37
ตารางที่ 3.12	ร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงอันตรายใกล้บ้าน จำแนกตามเขตการปกครอง และภาค	38
ตารางที่ 4.1	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาอนวันธรรมดาของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	43
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาอนวันหยุดของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	44
ตารางที่ 4.3	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อยวันละ 60 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์หรือมากกว่า จำแนกตามอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	47
ตารางที่ 4.4	ร้อยละของเด็กอายุ 10-14 ปีที่ขี่รถจักรยานยนต์หรือขับรถยนต์หลังดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบผลสำรวจจาก พ.ศ. 2544-2568	68
ตารางที่ 4.5	ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	70

ตารางที่ 4.6	ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยขณะซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	71
ตารางที่ 4.7	ร้อยละของการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี ใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	73
ตารางที่ 4.8	ร้อยละของการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะนั่งรถยนต์ด้านหน้าของเด็กอายุ 10-14 ปีใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	74
ตารางที่ 5.1	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่ได้ดูดหัวนมใน 2-3 วันแรกหลังคลอด จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	79
ตารางที่ 5.2	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	80
ตารางที่ 5.3	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ปัจจุบัน (24 ชั่วโมงที่ผ่านมา) จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	81
ตารางที่ 5.4	อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินน้ำ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	82
ตารางที่ 5.5	อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	83
ตารางที่ 5.6	อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินนมขวด/นมผง จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	84
ตารางที่ 5.7	อายุ (เดือน) ที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเลิกกินนมขวด จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	85
ตารางที่ 5.8	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	86
ตารางที่ 5.9	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	86
ตารางที่ 5.10	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหาร พิเศษสำหรับเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	88
ตารางที่ 5.11	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และวิธีการปรุงประกอบอาหาร มือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด	89
ตารางที่ 5.12	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และวิธีการปรุง ประกอบอาหารมือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด	90
ตารางที่ 5.13	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามภาค และวิธีการปรุงประกอบอาหาร มือหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด	90
ตารางที่ 5.14	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่โดยปกติทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	92
ตารางที่ 5.15	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และลักษณะอาหารมือเย็น ที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง	93



ตารางที่ 5.16	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และลักษณะอาหารมื้อเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง	94
ตารางที่ 5.17	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามภาค และลักษณะอาหารมื้อเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง	95
ตารางที่ 5.18	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อเย็น จำแนกตามเพศ อายุ และแหล่งอาหาร	96
ตารางที่ 5.19	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อเย็น จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และแหล่งอาหาร	97
ตารางที่ 5.20	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อเย็น จำแนกตามภาค และแหล่งอาหาร	97
ตารางที่ 5.21	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน	98
ตารางที่ 5.22	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน	99
ตารางที่ 5.23	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน	99
ตารางที่ 5.24	ร้อยละของเด็กที่กินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุด	101
ตารางที่ 5.25	ร้อยละของเด็กที่กินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุด	102
ตารางที่ 5.26	ร้อยละของเด็กที่กินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และลักษณะอาหารนอกบ้านที่กินบ่อยที่สุด	102
ตารางที่ 5.27	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และแหล่งอาหาร	103
ตารางที่ 5.28	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และแหล่งอาหาร	104
ตารางที่ 5.29	ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และแหล่งอาหาร	105
ตารางที่ 5.30	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวัน จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	106
ตารางที่ 5.31	ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค และมีอาหารที่งด	107
ตารางที่ 5.32	ปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	110
ตารางที่ 5.33	ปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	111
ตารางที่ 5.34	ปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	112

ตารางที่ 6.1	ภาวะสุขภาพเด็กใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	119
ตารางที่ 6.2	ความชุกของการป่วยของเด็กที่ต้องเข้าอนรรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	120
ตารางที่ 6.3	ความชุกของเด็กที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจนต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	125
ตารางที่ 6.4	ร้อยละของเด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	127
ตารางที่ 6.5	ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะความพิการจากการสัมผัสยาพิษและสิ่งกัด ตามประเภทความพิการ จำแนกตามเพศ	128
ตารางที่ 6.6	ความชุก (ร้อยละ) ของเด็กอายุ 10-14 ปี ตามระดับภาวะซีมเศร้า จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	129
ตารางที่ 7.1	ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโต ตามดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Length- or Height-for-age)	134
ตารางที่ 7.2	ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโต ตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight-for-age)	135
ตารางที่ 7.3	ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโต ตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-height)	136
ตารางที่ 7.4	การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2539-2568	139
ตารางที่ 7.5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568	141
ตารางที่ 7.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568	142
ตารางที่ 7.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568	143
ตารางที่ 7.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568	144
ตารางที่ 7.9	การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม และเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539-2568 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542	164
ตารางที่ 7.10	ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กประเทศต่าง ๆ ที่สำรวจระดับประเทศ ระหว่าง ปี ค.ศ. 2019-2025 โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก 2007	167
ตารางที่ 8.1	สรุปแนวโน้มตัวชี้วัดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ 4, 5, 6 และ 7	178





สารบัญสรุปภาพ

รูปที่ 4.1	ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่มีระยะเวลาการนอนในวันธรรมดา 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตาม อายุ และเขตการปกครอง	45
รูปที่ 4.2	ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ระยะเวลาการนอน 10 ชั่วโมงหรือมากกว่า ในวันธรรมดา จำแนกตาม อายุ และเขตการปกครอง	46
รูปที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยของเวลาที่เด็กดูโทรทัศน์ในวันธรรมดาและวันหยุด (ชั่วโมงต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	48
รูปที่ 4.4	ร้อยละของเด็กที่ใช้เวลาเล่นคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	50
รูปที่ 4.5	ร้อยละของเด็กที่ใช้สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต จำแนกตามเพศ และอายุ	51
รูปที่ 4.6	ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่ใช้สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	51
รูปที่ 4.7	ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่เด็กใช้ในการเล่นสมาร์ทโฟน จำแนกตามเพศ อายุ วันธรรมดาและวันหยุด	52
รูปที่ 4.8	จำนวนชั่วโมงรวมโดยเฉลี่ย (mean) การดูหน้าจอ ต่อวัน ของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค	53
รูปที่ 4.9	ร้อยละของเด็กอายุ <2 ปีที่ไม่ใช้เวลาหน้าจอเลย และเด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ในวันธรรมดา วันหยุด และไม่เกิน 3 ชั่วโมงในวันหยุด	53
รูปที่ 4.10	ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 1 เดือน จำแนกตามอายุ	55
รูปที่ 4.11	ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบผลสำรวจ พ.ศ. 2552, 2557, 2563 และ 2568 จำแนกตามอายุ	56
รูปที่ 4.12	ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในช่วง 12 เดือน จำแนกตามอายุ	57
รูปที่ 4.13	ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่เคยถูกกลั่นแกล้งหรือกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ อินเทอร์เน็ต ในช่วง 12 เดือน จำแนกตามเพศ และอายุ	58
รูปที่ 4.14	ร้อยละของการเคยใช้ ปัจจุบันใช้ยาสูบ ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	59
รูปที่ 4.15	ร้อยละการเคยใช้ ปัจจุบันใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	60
รูปที่ 4.16	ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ในเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	61
รูปที่ 4.17	สถานที่ที่เด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี ได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามอายุ	62
รูปที่ 4.18	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ	64
รูปที่ 4.19	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ	64
รูปที่ 4.20	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง	65
รูปที่ 4.21	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง	65
รูปที่ 4.22	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค	66
รูปที่ 4.23	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค	66
รูปที่ 4.24	ร้อยละการดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา 30 วันที่ผ่านมา และเคยดื่ม ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	67
รูปที่ 4.25	ร้อยละการขี่รถจักรยานยนต์และขับรถยนต์ ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	69

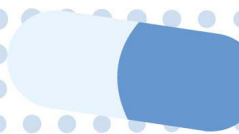


รูปที่ 4.26	ร้อยละการใช้กัญชา และกระท่อม ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	75
รูปที่ 5.1	ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)	113
รูปที่ 5.2	ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)	113
รูปที่ 5.3	ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)	114
รูปที่ 5.4	ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินผักและผลไม้ปริมาณเพียงพอ* ตามข้อเสนอแนะจำแนกตามเพศ	114
รูปที่ 6.1	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ	121
รูปที่ 6.2	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเขตการปกครอง	122
รูปที่ 6.3	ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามภาค	122
รูปที่ 6.4	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามเพศ	123
รูปที่ 6.5	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามเขตการปกครอง	124
รูปที่ 6.6	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามภาค	124
รูปที่ 6.7	สาเหตุของอุบัติเหตุที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล (ข้อมูลแสดงเป็นร้อยละ) จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค	126
รูปที่ 7.1	เปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักระหว่างชายและหญิง ในการสำรวจครั้งนี้	145
รูปที่ 7.2	เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542	146
รูปที่ 7.3	เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2563	147
รูปที่ 7.4	เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007	147
รูปที่ 7.5	เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542	148
รูปที่ 7.6	เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563	149
รูปที่ 7.7	เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542	150
รูปที่ 7.8	เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563	151





บทคัดย่อ สำหรับ ผู้บริหาร





บทคัดย่อ สำหรับ ผู้บริหาร

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1-14 ปี จำนวน 7,235 คน ชาย 3,664 คน หญิง 3,571 คน เป็นตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรเด็กที่อาศัยใน 21 จังหวัดทั่วประเทศ โดยการสอบถามประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบด้วยแบบทดสอบเฉพาะประเด็น พบข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องที่สำคัญดังนี้

1 เด็กที่อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่มีแนวโน้มลด

ในขณะที่การหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ของพ่อแม่เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24.8 ผู้เลี้ยงดูหลักคือแม่ (ร้อยละ 50.8) แต่ **ปู่ย่าตายาย (ร้อยละ 38.7)** เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจในอดีต

2 สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก

สภาพแวดล้อมในชุมชนมีทั้งปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โดยเด็กส่วนใหญ่เข้าถึงโรงเรียนและสนามกีฬาในระยะเดินถึง อย่างไรก็ตาม **ปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเข้าใกล้ตัวเด็กมากขึ้น** โดยพบร้านขายบุหรี่ยุติกรรมสูงถึงร้อยละ 62.6 และร้านขายสุราร้อยละ 56.5 นอกจากนี้ยังเริ่มพบการกระจายตัวของร้านขายบุหรี่ยุติกรรม (ร้อยละ 4.2) และร้านขายกัญชา (ร้อยละ 4.5) ในพื้นที่ที่เด็กเข้าถึงได้ง่าย



3

พฤติกรรมสุขภาพและเทคโนโลยี

- **การนอนและการออกกำลังกาย:** เด็กไทยมีแนวโน้ม นอนหลับน้อยลง โดยสัดส่วนของเด็กที่นอนมากกว่า 10 ชั่วโมงลดลงในทุกช่วงวัย ขณะที่กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (อย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์) ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กอายุ 10-14 ปี ทำได้เพียงร้อยละ 33.5 เท่านั้น

- **พฤติกรรมหน้าจอ (โทรทัศน์ มือถือ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์):**

- เด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรใช้หน้าจอ แต่จากการสำรวจพบเพียง ร้อยละ 34.7 ที่ไม่ใช้หน้าจอ
- เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมีร้อยละ 38.8 ในวันธรรมดา และร้อยละ 52.3 ช่วงวันหยุด
- เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอน้อยกว่า 3 ชั่วโมงมีร้อยละ 76.4 ในวันหยุด
- เด็กอายุ 10-14 ปี **เข้าถึงสมาร์ตโฟนสูงถึงร้อยละ 96.8** และใช้เวลาหน้าจอรวมเฉลี่ยถึง 4.4 ชั่วโมงในวันธรรมดา โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้เพื่อเล่นเกมมากกว่าการศึกษา

4

พฤติกรรมเสี่ยง: บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และแอลกอฮอล์

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 10-14 ปี ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน โดย **ความชุกของการเคยสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.5** (เพิ่มจากร้อยละ 2.9 ในปี 2563) และมีเด็กที่ **เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 7.1** และร้อยละ 1.6 สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน นอกจากนี้ เด็กกว่าร้อยละ 57.6 ยังได้รับควันบุหรี่มือสองในรอบเดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับภายในบ้านของตนเอง สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กอายุ 10-14 ปี อยู่ที่ร้อยละ 5.7 ในรอบ 12 เดือน

5

พฤติกรรมโภชนาการและโภชนาการ

- **นมแม่:** ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการ กินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.6
- **พฤติกรรมการกิน:** เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 87.6 กินอาหารมือหลักครบ 3 มื้อ โดย**ดื่มเข้าสู่ถึงร้อยละ 58.8** ของมื้อที่งด และมีเพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้นที่บริโภคผักและผลไม้เพียงพอตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก
- **ภาวะโภชนาการ:** ปัญหาด้านโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบันมีลักษณะเป็น ทูพโภชนาการเกินและโภชนาการขาด (Double burden of malnutrition) คือยังคงพบทั้งปัญหาการขาดสารอาหารและภาวะอ้วน
 - ในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา จนถึงปี 2568 เด็กไทยอายุ 2-14 ปี มีแนวโน้มมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 5.2 ซม. เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 6.5 ซม.
 - แนวโน้มของภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 1-14 ปี มีสัดส่วนภาวะเตี้ยลดลง น้ำหนักน้อยลดลง แต่มีภาวะผอมและภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากขึ้น *ตามการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์อ้างอิงของประเทศไทย ปี 2563*
 - เด็กอายุ 1-5 ปี พบร้อยละ 6.3 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 6.5 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.5 มีภาวะผอม ร้อยละ 8.1 มีภาวะเริ่มอ้วน และร้อยละ 7.2 อ้วน
 - เด็กอายุ 6-11 ปี พบร้อยละ 3.6 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 4.5 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.4 มีภาวะผอม ร้อยละ 5.7 มีภาวะเริ่มอ้วน และร้อยละ 5.5 อ้วน



- เด็กอายุ 12-14 ปี พบร้อยละ 4.3 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 3.9 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 4.4 มีภาวะผอม ร้อยละ 8.7 มีภาวะเริ่มอ้วน และร้อยละ 7.5 อ้วน ซึ่งโดยรวมเด็กยังคงมีภาวะเตี้ย ผอม แต่มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนเพิ่มขึ้น
- เมื่อประเมินด้วยดัชนีมวลกายโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกาย ปี 2563 พบความชุกในเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11.6 และอ้วนร้อยละ 15.8

6

สถานะสุขภาพ ความปลอดภัย และความรุนแรง

- **การบาดเจ็บ:** อุบัติเหตุจากรถ เป็นสาเหตุหลักของการเข้าโรงพยาบาลในทุกช่วงวัย โดยความตระหนักเรื่องความปลอดภัยลดลง เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับ ชีรธจักรยานยนต์ (ร้อยละ 55.3) และซ้อนท้าย (ร้อยละ 63.6)
- **ความรุนแรง:** พบว่าเด็กอายุ 10-14 ปี เคยถูกข่มขู่ด้วยวาจา (ร้อยละ 8.4) และมีเรื่องชกต่อยในโรงเรียน (ร้อยละ 11.8) นอกจากนี้ยังเริ่มพบปัญหาการถูกลวนลามทางเพศและการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์

7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประเทศไทยต้องเร่งบูรณาการมาตรการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ (Obesogenic and Risk environment) โดยเฉพาะการควบคุมการเข้าถึงบุหรี่ยาสูบและสิ่งเสพติดรอบตัวเด็ก ควบคู่ไปกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การปรับพฤติกรรมการใช้หน้าจอ และการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวดเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บในเด็กอย่างยั่งยืน



Executive Summary

The 7th Thai National Health Examination Survey (NHES VII), 2024-2025, studied a sample of 7,235 children aged 1–14 years (3,664 boys and 3,571 girls). The sample was randomly selected from children residing in 21 provinces nationwide. Data collection included medical history interviews, physical examinations, and specialized testing. Key findings regarding health status and environmental factors are as follows:

1 Family Dynamics and Caregiving

The proportion of children living with both parents is declining, while rates of divorce or separation have risen to 24.8%. While mothers remain primary caregivers, the role of grandparents as primary caregivers has significantly increased (38.7%) compared to previous surveys.

2 Physical and Community Environment

Community environments present both opportunities and risks. Most children have walking-distance access to schools and sports fields. However, environmental risks are encroaching further into children’s lives: 62.6% of neighborhoods have cigarette retailers, and 56.5% have alcohol outlets. Furthermore, e-cigarette shops (4.2%) and cannabis dispensaries (4.5%) are emerging in areas easily accessible to children.



3

Health Behaviors and Technology

- **Sleep and Physical Activity:** Thai children are getting less sleep; the proportion of children sleeping more than 10 hours has decreased across all age groups. Adequate physical activity (at least 60 minutes/day, 5 days/week) remains low, with only 33.5% of children aged 10–14 reaching this threshold.

- **Screen Time:**

- o While screen use is discouraged for children under 2, only 34.7% abstain on screen use.

- o Among children aged 2–5, only 38.8% keep screen time under 1 hour on weekdays.

- o For the 10–14 age group, smartphone access has reached 96.8%, with average screen time totaling 4.4 hours on weekdays—primarily spent on gaming rather than education.

4

Risk Behaviors: Tobacco, E-cigarettes, and Alcohol

The smoking situation among children aged 10–14 has intensified. The prevalence of ever-smoking surged to 8.5% (up from 2.9% in 2020). Additionally, 7.1% have ever used e-cigarettes, with 1.6% being current users. Exposure to second-hand smoke is alarmingly high, with 57.6% exposed within the past month, mostly at home. Alcohol consumption in this age group stands at 5.7% over the past 12 months.

5

Dietary Habits and Nutrition

- **Breastfeeding:** Success was noted in exclusive breastfeeding for at least 6 months, which increased to 33.6%.

- **Eating Habits:** While 87.6% of children aged 6–9 eat three main meals, breakfast is the most frequently skipped meal. Only 6.3% consume sufficient fruits and vegetables according to WHO standards.

- **Nutritional Status:** Thailand faces a “Double Burden of Malnutrition”—simultaneous undernutrition and obesity.

- o Over the past 18 years, leading up to 2025, Thai children aged 2-14 have shown a trend of increased height, with an average increase of 5.2 cm in girls and 6.5 cm in boys.

- o Trends in nutritional status among children aged 1-14 indicate a decrease in the prevalence of stunting (short stature) and underweight, while thinness (wasting), overweight (pre-obesity), and obesity have increased.

- o Based on World Health Organization (WHO) growth standards and Thailand’s 2023 reference criteria:

- Among children aged 1-5 years: 6.3% are stunted, 6.5% are underweight, 6.5% are wasted (thin), 8.1 are overweight, and 7.2% are obese.



- Among children aged 6-11 years: 3.6% are stunted, 4.5% are underweight, 10.4% are wasted, 5.7% are overweight, and 5.5% are obese.
- Among children aged 12-14 years: 4.3% are stunted, 3.9% are underweight, 4.4% are wasted, 8.7% are overweight, and 7.5% are obese. Overall, children still experience stunting and wasting, but overweight and obesity are increasing.
- When assessed using Body Mass Index (BMI) based on the 2023 BMI reference criteria, the prevalence among children aged 6-14 shows that 11.6% are overweight and 15.8% are obese.

6

Health Status, Safety, and Violence

- **Injuries:** Road traffic accidents are the leading cause of hospitalization across all ages. Safety awareness is declining, as evidenced by high rates of not wearing helmets while driving (55.3%) or riding as a passenger (63.6%).
- **Violence:** Among children aged 10–14, 8.4% reported being verbally threatened and 11.8% had been in school fights. There are also emerging concerns regarding sexual harassment and cyberbullying.

7

Policy Recommendations

Thailand must urgently integrate measures to control “Obesogenic and Risk Environments.” Key priorities include restricting access to e-cigarettes and addictive substances near children, promoting physical activity, regulating screen time, and strictly enforcing traffic laws to sustainably reduce child injury rates.







บทนำ



บทที่ 1 บทนำ

พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อช่วงต้นของชีวิต ต่อพัฒนาการเด็กและสุขภาพในระยะยาวของประชาชน ข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ 7 เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ทุกภาคส่วนเห็นภาพสะท้อนของ “เด็กไทยวันนี้” ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเมื่อเทียบกับการสำรวจในอดีต เพื่อให้นโยบายด้านสาธารณสุขและการพัฒนาสังคมสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริง เช่น ปัญหาภาวะทุพโภชนาการเกินและโภชนาการขาด และภัยคุกคามใหม่ ๆ จากสภาพแวดล้อมและเทคโนโลยี

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 เป็นการดำเนินงานเพื่อติดตามสภาวะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชากรไทย โดยในรายงานฉบับนี้เน้นศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 1-14 ปี ซึ่งถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญต่ออนาคตของประเทศ การสำรวจครั้งนี้มุ่งเน้นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและพฤติกรรมภายใต้มาตรการต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหาและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทยอย่างยั่งยืน สำหรับการสำรวจสุขภาพเด็กในระดับประเทศเริ่มในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2539-2540 และดำเนินต่อมาในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2552), ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557), ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) และ ครั้งที่ 7 ในการสำรวจฯ ล่าสุดนี้

วัตถุประสงค์หลักของการสำรวจครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน, ข้อมูลที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญ (Evidence-based data) สำหรับการวางแผนนโยบาย การกำหนดมาตรการทางสาธารณสุข และการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาว



ขอบเขตและวิธีการดำเนินงาน การสำรวจครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1-14 ปี โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified multistage sampling) จาก **21 จังหวัด** ทั่วประเทศ กระบวนการเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ปกครองและเด็ก การตรวจร่างกาย และการวัดสัดส่วนร่างกาย เช่น น้ำหนักและส่วนสูงด้วยเครื่องมือและวิธีการที่เป็นมาตรฐานสากล

ประเด็นสำคัญที่ทำการศึกษา รายงานฉบับนี้รวบรวมข้อมูลเชิงลึกในหลายมิติที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วย:

- **ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ:** ศึกษาปัจจัยครอบครัว บริบทการเลี้ยงดู และสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพหรือเป็นปัจจัยเสี่ยง
- **พฤติกรรมสุขภาพ:** วิเคราะห์ระยะเวลานอน กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการใช้หน้าจอ (Screen time) ทั้งสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และการดื่มแอลกอฮอล์
- **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร:** ติดตามการกินนมแม่ในเด็กเล็ก การเตรียมอาหาร และการเลือกซื้ออาหารจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงการบริโภคผักและผลไม้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก
- **สถานะสุขภาพและภาวะโภชนาการ:** ประเมินการเจ็บป่วยทั่วไป โรคเรื้อรัง เช่น โรคหืด และความรุนแรงหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย รวมถึงการวิเคราะห์แนวโน้มภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว



การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2539-2568

ตารางที่ 1

	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
วิธีการสุ่ม	Stratified three-stage sampling โดยใช้ครัวเรือน ที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจาก ทะเบียนราษฎร์ และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจาก รายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่าง และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจาก ทะเบียนราษฎร์ รายชื่อของ enumeration area ที่เป็น ตัวอย่าง และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจาก ทะเบียนราษฎร์ รายชื่อของ enumeration area ที่เป็น ตัวอย่าง และสุ่มรายบุคคล
จำนวนจังหวัด	ภาคละ 8 จังหวัด และกทม. รวม 33 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกทม. . รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกทม. รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกทม. รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และกทม. รวม 21 จังหวัด
จำนวนเด็ก	<6 ปี 3,306 คน 6-12 ปี 4,238 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	1-5 ปี 2,330 คน 6-14 ปี 4,905 คน



ระเบียบวิธีการสำรวจ



บทที่ 2

ระเบียบ วิธีการสำรวจ

ในการดำเนินการสำรวจด้วยตัวอย่าง (sample survey) นั้น ระเบียบวิธีสถิติเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการสำรวจ การกำหนดแผนการเลือกตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล เป็นต้น โดยในบทนี้จะกล่าวถึง การกำหนดคั้บรวม (coverage) ของการสำรวจ แผนการเลือกตัวอย่าง (sampling design) หน่วยตัวอย่าง (sampling unit) และกรอบตัวอย่าง (sampling frame) ในแต่ละขั้นตอน ของการเลือกตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง วิธีการประมาณค่าสถิติ และการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก



2.1 คั้บรวม (coverage)

ตามกรอบการศึกษาที่กำหนดในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนนั้น คั้บรวมสำหรับการสำรวจตัวอย่างครั้งนี้คือ ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่อยู่ในประเทศไทย



2.2 ระดับของการนำเสนอผล

จากปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สภาวะแวดล้อม ตลอดจนวิถีชีวิตต่างๆ จะส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของประชากร สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อแสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งเพื่อสนองความต้องการใช้ข้อมูลในการกำหนดนโยบายสุขภาพและการบริหารจัดการโครงการทางการแพทย์และสาธารณสุข การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 จึงกำหนดให้มีการเสนอผลการสำรวจในระดับกรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยในแต่ละภาคนำเสนอผล แยกเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล นอกจากนี้โดยธรรมชาติประชากรในแต่ละวัยย่อมมีลักษณะพื้นฐานทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย สภาวะทุพพลภาพของร่างกาย ตลอดจนสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และสภาพร่างกายตามธรรมชาติของชาย และหญิงนั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งความแตกต่างทั้งทางด้านอายุ และเพศนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลไปยังสถานะสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนั้นเพื่อให้ผลการสำรวจที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับสภาวะที่กล่าวมาแล้ว การสำรวจในครั้งนี้ นอกจากแบ่งการนำเสนอผลตามลักษณะทางภูมิศาสตร์แล้ว ยังนำเสนอผลประชากรออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 1-14 ปี กลุ่มอายุ 15-59 ปี และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และในแต่ละกลุ่มอายุได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ เพศชาย และเพศหญิง เพื่อทำการเสนอผลในแต่ละกลุ่มย่อย โดยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ



2.3 แผนแบบการเลือกตัวอย่าง (sample design)

การสำรวจตัวอย่างขนาดใหญ่ (large scale sample survey) ในระดับประเทศนั้น มักจะกำหนดให้เป็น การเลือกตัวอย่างหลายขั้น (multi-stage sampling) เพื่อประหยัดทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ กำลังคน และเวลา สำหรับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 นี้ เป็นการสำรวจตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงได้มีการพัฒนาแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้น เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ คุ่มรวม และหน่วยตัวอย่าง (ประชากรที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป) ของโครงการ รวมทั้งข้อจำกัดในด้านของบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะทางด้านทางการแพทย์ นอกจากนี้ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ งบประมาณ และเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะงบประมาณในการตรวจร่างกายต่อหน่วยนั้นสูงมาก

การสำรวจตัวอย่างครั้งนี้จึงได้ใช้แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสี่ขั้น (stratified four-stage sampling) ซึ่งเป็นแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) โดยมีกรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม จังหวัดในแต่ละภาคเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง เขตแขวนับ (enumeration area : EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม และประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (eligible sampling unit) ยกเว้น กรุงเทพมหานครไม่มีการเลือกจังหวัดตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างจากข้อมูลสำนึกทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย



การจัดชั้นภูมิ หรือการจัดสตราตัม

แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้พัฒนามาสำหรับประชากรบางประเภทที่ประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน (heterogenous population) ซึ่งสามารถแยกออกได้หลายประเภท โดยความแปรปรวนของประชากรกลุ่มนี้จะมีค่าสูง แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบง่ายจะไม่เหมาะสมกับประชากรเหล่านี้ ดังนั้นก่อนที่จะมีการเลือกตัวอย่างจะต้องมีการแบ่งประชากรออกเป็นส่วนๆ โดยในแต่ละส่วนควรจะประกอบด้วยหน่วยตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถเลือกตัวอย่างได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพสูง โดยแผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบนี้เรียกว่า แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) นอกจากนี้แผนการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ยังสามารถวัดค่าที่แสดงลักษณะบางประการของประชากรในแต่ละชั้นภูมิให้มีความแม่นยำสูงได้ และยังสามารถใช้ในการบริการจัดการการสำรวจได้ เช่นการสำรวจตัวอย่างจากทุกภาคทั่วประเทศ การใช้แผนแบบการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิจะทำให้การบริหารจัดการ การแบ่งงาน และการควบคุมงานนั้นมีความสะดวกมากขึ้น

โดยในการสำรวจครั้งนี้ ได้กำหนดให้ กรุงเทพมหานคร และภาคจำนวน 4 ภาคเป็นสตราตัม รวมทั้งสิ้น 5 สตราตัม และในแต่ละสตราตัม ได้ทำการแบ่งออกเป็น 12 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง (คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล) กลุ่มอายุ (คือ 1-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) และเพศ ยกเว้น กรุงเทพมหานครสุ่มเลือก 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 ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematics sampling) ได้จำนวนจังหวัดตัวอย่างทั้งสิ้น 20 จังหวัด ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัม ดังนี้

ตารางที่ 2.3.1 จำนวนและรายชื่อจังหวัดตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม

สตราตัม	จำนวนจังหวัดตัวอย่าง	รายชื่อจังหวัดตัวอย่าง
กรุงเทพมหานคร	-	ไม่มีการเลือกจังหวัดตัวอย่าง
กลาง (ยกเว้น กทม.)	5	นนทบุรี ปราชินบุรี สระบุรี สุพรรณบุรี ตราด
เหนือ	5	เชียงราย ลำพูน พะเยา พิชณุโลก ตาก
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	มหาสารคาม บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด มุกดาหาร หนองคาย
ใต้	5	พังงา พัทลุง กระบี่ ปัตตานี สงขลา
รวมทั้งประเทศ	20	



2.3.2 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง : อำเภอ

กรอบตัวอย่างขั้นที่สอง : บัญชีรายชื่ออำเภอในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง โดยเรียงตามลักษณะภูมิศาสตร์

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

ตารางที่ 2.3.2

จำนวนอำเภอตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

ภาค	จังหวัด ตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง
กรุงเทพมหานคร	-	12 เขต
กลาง	สระบุรี	4
	สุพรรณบุรี	4
	นนทบุรี	3
	ตราด	3
	ปราจีนบุรี	3
เหนือ	เชียงราย	5
	ตาก	4
	พะเยา	4
	พิษณุโลก	4
	ลำพูน	3

ภาค	จังหวัด ตัวอย่าง	จำนวน อำเภอ ตัวอย่าง	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ร้อยเอ็ด	5	
	บุรีรัมย์	5	
	มหาสารคาม	4	
	หนองคาย	4	
	มุกดาหาร	3	
	ใต้	ปัตตานี	4
		สงขลา	4
		พัทลุง	4
		พังงา	3
		กระบี่	3
รวมทั่วประเทศ		88	



2.3.3 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (Tertiary sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : หน่วยเลือกตั้ง (กรณีในเขตเทศบาล)/หมู่บ้าน(กรณีนอกเขตเทศบาล)

กรอบตัวอย่างขั้นที่สาม : บัญชีรายชื่อหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านในแต่ละเขต/อำเภอตัวอย่าง

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม : ในแต่ละเขต/อำเภอตัวอย่าง ทำการเลือกหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size systematic sampling) ได้จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างทั้งสิ้น 540 sites ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัมและสตราตัมย่อยดังนี้

ตารางที่ 2.3.3

จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง จำแนกตามสตราตัม และสตราตัมย่อย

สตราตัม	จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้าน		
	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	60	60	-
กลาง (ยกเว้น กทม.)	120	60	60
เหนือ	120	60	60
ตะวันออกเฉียงเหนือ	120	60	60
ใต้	120	60	60
รวมทั่วประเทศ	540	300	240

2.3.4 การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย (eligible sampling selection)

หน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

กรอบตัวอย่างขั้นสุดท้าย : บัญชีรายชื่อครัวเรือน และสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในแต่ละหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างตัวอย่าง

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้าย : ในแต่ละหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างตัวอย่าง ทำการเลือกคนตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ อย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้จำนวนประชาชนตัวอย่างทั้งสิ้น 32,400 คน ซึ่งกระจายไปในแต่ละสตราตัม ดังนี้

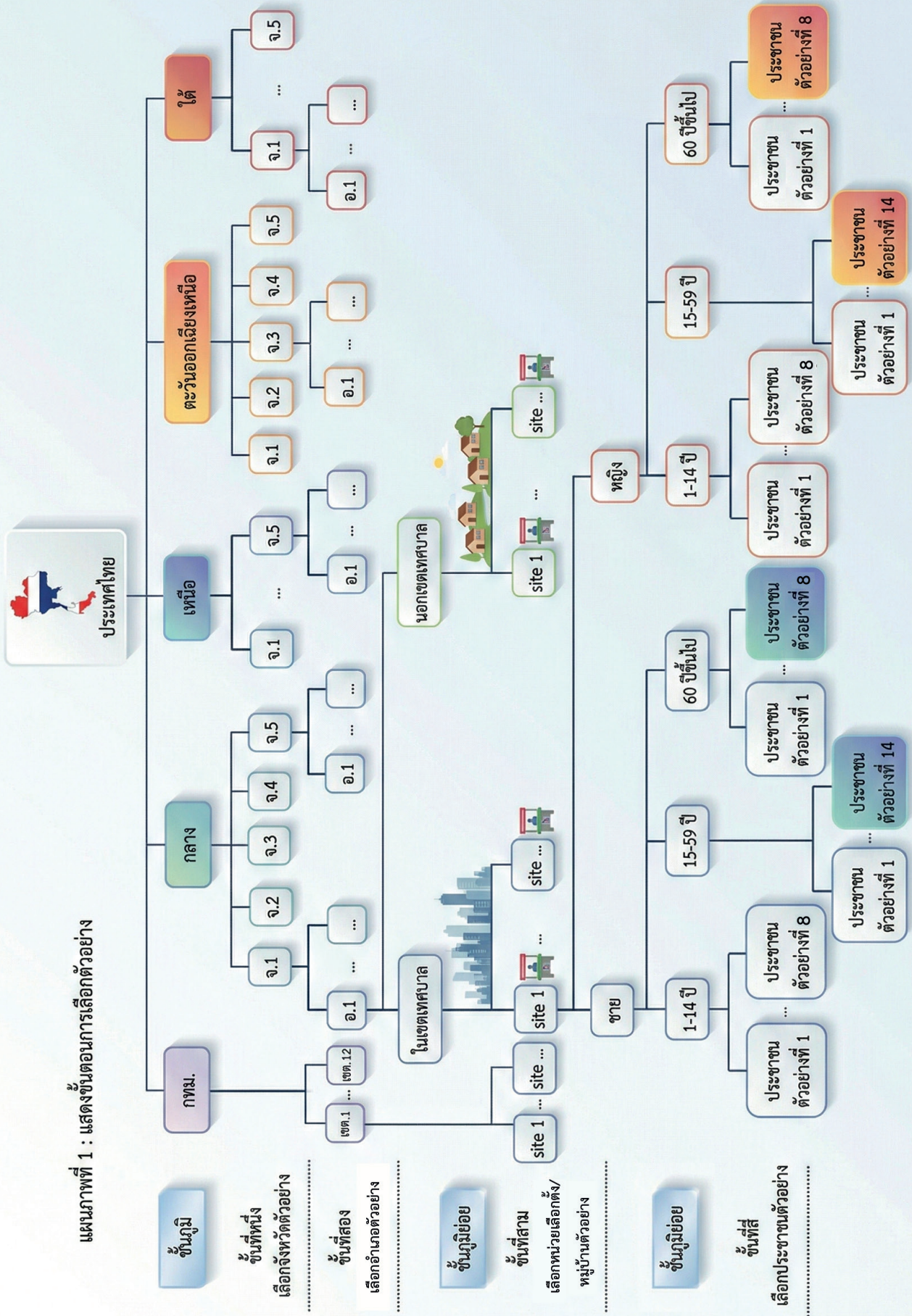
ตารางที่ 2.3.4

จำนวนประชาชนตัวอย่าง จำแนกตามสตรีชาติม และสตรีชาติมย่อย

สตรีชาติม	จำนวนประชาชนตัวอย่าง											
	รวม			ในเขตเทศบาล			นอกเขตเทศบาล					
	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวม	1-14 ปี	15-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
กรุงเทพมหานคร	3,600	960	1,680	960	3,600	960	1,680	960	-	-	-	-
กลาง (ยกเว้น กทม.)	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)
	<i>response rate</i>	=	อัตราการให้ความร่วมมือ
	f	=	ค่าคงที่สำหรับการปรับขนาดตัวอย่างกรณีใช้แผนแบบการเลือกตัวอย่างหลายชั้น (sample design effect)

หลังจากที่ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละสตราตัมแล้ว สิ่งที่ต้องนำมาใช้ประกอบการพิจารณาคือทรัพยากรที่มีอยู่ 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

- หน่วยตัวอย่างชั้นที่ 1 (จังหวัดตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างสุ่มแบบมีระบบ

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

a_h คือ จำนวนจังหวัดตัวอย่าง ในภาค h

A_h คือ จำนวนจังหวัดทั้งสิ้น ในภาค h

- หน่วยตัวอย่างชั้นที่ 2 (อำเภอตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ

โดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size systematic sampling)

ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{Z_{hc} B_{hcd}}{B_{hc}}$ โดยที่

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

B_{hc} คือ จำนวนประชากรทั้งสิ้น ในจังหวัด c ภาค h

Z_{hc} คือ จำนวนอำเภอตัวอย่าง ของจังหวัด c ภาค h

- หน่วยตัวอย่างชั้นที่ 3 (หน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือก

ตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size

systematic sampling) ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{m_{hcd} B_{hcdi}}{B_{hcd}}$ โดยที่

B_{hcdi} คือ จำนวนประชาชนทั้งสิ้น ของหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่างตัวอย่าง i อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

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

m_{hcd} คือ จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง ของอำเภอ d จังหวัด c ภาค h

• หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 4 (ประชาชนตัวอย่าง) ถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) ด้วยความน่าจะเป็น $\frac{n_{hcdeijk}}{N_{hcdeijk}}$ โดยที่

$n_{hcdeijk}$ คือ จำนวนประชาชนตัวอย่างตามที่กำหนดในกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง i เขตการปกครอง e อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

$N_{hcdeijk}$ คือ จำนวนประชาชนทั้งสิ้นตามที่กำหนดในกลุ่มอายุ k เพศ j หน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง i เขตการปกครอง e อำเภอ d จังหวัด c ภาค h

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

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

โดยที่ Z_{hc} = จำนวนอำเภอตัวอย่าง ของจังหวัด c ภาค h

m_{hcd} = จำนวนหน่วยเลือกตั้ง/หมู่บ้านตัวอย่าง 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 ธันวาคม 2567 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 ค่าประมาณจำนวนประชากรในกลุ่มอายุ k เพศ j เขตการปกครอง e ภาค h ที่คำนวณก่อนปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยค่าคาดประมาณประชากร

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักสุดท้าย (final weights) ที่กำหนดให้แต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นสุดท้ายนั้น ได้คำนวณจากผลคูณของค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) การปรับการไม่ตอบ (non-response adjustment) และการปรับด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ โดยค่าถ่วงน้ำหนักนี้จะใช้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมาณค่าประชากร



**ลักษณะประชากร
สังคมและเศรษฐกิจ
ของเด็กและครอบครัว**



บทที่ 3

ลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ของเด็กและครอบครัว

สภาพแวดล้อมของเด็กประกอบด้วย ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลสูงต่อเด็ก ครอบครัวที่สมบูรณ์ การศึกษาของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กรวมทั้งเศรษฐกิจของครอบครัวล้วนมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในชุมชนหรือละแวกบ้านที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเจริญวัยของเด็กยังเป็นที่ตั้งปัจจัยเกื้อหนุนหรือขัดขวางสุขภาพของเด็ก



3.1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก

ลักษณะประชากรของเด็กตัวอย่าง

เด็กกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจอายุ 1-14 ปี มีจำนวน 7,235 คน เป็นชาย 3,664 คน และหญิง 3,571 คน เป็นเด็กอายุ 1-5 ปี 2,330 คน (ร้อยละ 32.2) เด็กอายุ 6-11 ปี 3,293 คน (ร้อยละ 45.5) และเด็กอายุ 12-14 ปี 1,612 คน (ร้อยละ 22.3) โดยมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ เขตการปกครอง และภาค (ตารางที่ 3.1)

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-5	1,194	32.6	1,136	31.8	2,330	32.2
6-11	1,671	45.6	1,622	45.4	3,293	45.5
12-14	799	21.8	813	22.8	1,612	22.3
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,882	51.4	1,847	51.7	3,729	51.5
นอกเขตเทศบาล	1,782	48.6	1,724	48.3	3,506	48.5
ภาค						
เหนือ	852	23.3	846	23.7	1,698	23.5
กลาง	843	23.0	832	23.3	1,675	23.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	883	24.1	853	23.9	1,736	24.0
ใต้	764	20.9	725	20.3	1,489	20.6
กทม.	322	8.8	315	8.8	637	8.8
รวม	3,664	100	3,571	100	7,235	100



เด็กกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.9) เด็กร้อยละ 11.2 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 18.6) เด็กร้อยละ 1.7 นับถือศาสนาคริสต์ โดยอยู่ในภาคเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 10.3) (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2

ร้อยละของการนับถือศาสนา เด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามภาค

	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	รวม
พุทธ	89.0	98.3	99.8	51.3	80.7	86.9
คริสต์	10.3	0.3	0.1	0.0	0.4	1.7
อิสลาม	0.2	0.9	0.1	48.7	18.6	11.2
ไม่นับถือศาสนา	0.2	0.5	0.0	0.0	0.3	0.2
อื่นๆ	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

จำนวนพี่น้อง (รวมเด็กตัวอย่าง) ที่มีพ่อแม่เดียวกันเท่ากับ 2 คน (ค่ามัธยฐาน) ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 12 คน ร้อยละ 50.9 เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 33.5 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 11.0 เป็นบุตรคนที่ 3 และร้อยละ 4.6 เป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไป โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างภาคใต้เป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไปสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 11.3)

การศึกษาของเด็ก

ในเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 85.8 ครอบครัวเลี้ยงเองที่บ้าน ร้อยละ 9.5 ถูกส่งไปโรงเรียนอนุบาล หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 15.8) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 12.0) ในขณะที่เด็กร้อยละ 1.0 ถูกส่งไปสถานรับเลี้ยงเด็ก เมื่อเด็กอายุได้ 3-5 ปี ร้อยละ 70.9 อยู่โรงเรียนอนุบาล หรือศูนย์เด็กเล็ก ในขณะที่อยู่บ้านลดลงเหลือร้อยละ 26.0 (ตารางที่ 3.3)

ร้อยละ 99.2 ของเด็กอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 98.9 ของกลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปี ยังคงศึกษาอยู่ในโรงเรียน

ตารางที่ 3.3

ร้อยละของสถานที่เด็กอยู่ในช่วงกลางวัน จำแนกตามอายุ และภาค

	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กม.	รวม
อายุ 1-2 ปี						
อยู่บ้าน	76.6	90.9	86.6	87.4	81.0	85.8
ฝากเลี้ยงบ้านญาติ/ เพื่อนบ้าน	2.1	1.8	0.0	0.0	6.8	1.8
สถานรับเลี้ยงเด็ก	2.4	1.4	0.0	0.4	1.2	1.0
ศูนย์พัฒนาเด็ก/ อนุบาล	15.8	3.5	12.0	12.2	7.8	9.5
อื่นๆ	3.1	2.4	1.4	0.0	3.2	2.0
อายุ 3-5 ปี						
อยู่บ้าน	14.2	28.3	21.7	28.8	42.9	26.0
ฝากเลี้ยงบ้านญาติ/ เพื่อนบ้าน	0.1	0.1	0.2	0.3	1.1	0.3
สถานรับเลี้ยงเด็ก	1.1	2.2	1.7	0.7	3.3	1.7
ศูนย์พัฒนาเด็ก/ อนุบาล	83.7	69.2	75.4	70.2	46.2	70.9
อื่นๆ	0.9	0.2	1.0	0.0	6.5	1.1

การทำงานและรายได้ของเด็ก

ร้อยละ 0.02 ของเด็กตัวอย่างอายุ 6-14 ปี ทำงานแล้วโดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มทำงานคือ 12.0 ปี





3.2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว

ผู้อุปการะและผู้เลี้ยงดูเด็ก

ผู้อุปการะเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง ผู้ที่ให้เงินเด็ก และส่งเสียเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละของเด็กที่อยู่ในความอุปการะของพ่อและแม่ลดลงกว่าการสำรวจที่ผ่านมา จากร้อยละ 80.3 ในปี พ.ศ. 2544¹ เป็นร้อยละ 75.5 ในการสำรวจครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552² ลดลงเป็นร้อยละ 69.3 ในการสำรวจปี 2557 ร้อยละ 69.5 ในการสำรวจครั้งที่ 6 ลดลงเป็นร้อยละ 60.3 ในการสำรวจ พ.ศ. 2567-2568 เด็กอยู่ในอุปการะของแม่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 ในปี พ.ศ. 2544¹ เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2551-2552² ร้อยละ 12.9 ในการสำรวจครั้งที่ 5 ร้อยละ 12.2 ในการสำรวจครั้งที่ 6 และร้อยละ 14.5 ในการสำรวจครั้งที่ 7 เด็กอยู่ในอุปการะของพ่อคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2544¹ เป็นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551-2552² และเท่าเดิมร้อยละ 3.8 ในการสำรวจครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.6 ในการสำรวจครั้งที่ 6 และลดลงเป็นร้อยละ 3.9 ในการสำรวจครั้งที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบรายภาค เด็กในภาคใต้ อยู่ในความอุปการะของทั้งพ่อและแม่สูงสุด (ร้อยละ 70.7) รองลงมาคือกรุงเทพฯ (ร้อยละ 61.6) ร้อยละ 15.5 ของเด็กในภาคเหนืออยู่ในความอุปการะของแม่คนเดียวสูงกว่าภาคอื่น รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 15.4 และ 15.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4

ร้อยละของผู้อุปการะดูแลเด็กส่วนใหญ่ (อายุ 1-14 ปี) จำแนกตามภาค

	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	รวม
พ่อกับแม่	60.3	59.1	54.4	70.7	61.6	60.3
แม่คนเดียว	15.5	15.2	15.4	12.4	12.5	14.5
พ่อคนเดียว	5.0	3.6	4.9	2.5	3.4	3.9
ญาติ	6.7	10.0	8.9	5.1	13.8	8.7
อื่นๆ	12.5	12.3	16.4	9.3	8.8	12.6

สถานภาพสมรสของพ่อแม่

ร้อยละ 50.3 ของเด็กอายุ 1-14 ปีมีพ่อแม่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 13.7 พ่อแม่ไม่ได้สมรสแต่เลี้ยงดูด้วยกัน พ่อแม่หย่าแยกกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2551-2552² เป็นร้อยละ 14.2 ในการสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 20.7 ในการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 และเป็นร้อยละ 24.8 ในการสำรวจครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568



เมื่อจำแนกตามอายุ เด็กตัวอย่างอายุ 1-5 ปีพ่อแม่สมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 56.0 และลดลงเหลือร้อยละ 47.2 และ 47.7 ในกลุ่มอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปีตามลำดับ เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี อยู่ใน การดูแลของพ่อหรือแม่ที่ไม่ได้สมรสและเลี้ยงลูกด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 17.6) ร้อยละของพ่อหรือแม่ที่เป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ จากร้อยละ 1.1 ในเด็กอายุ 1-5 ปี เป็นร้อยละ 2.7 ในเด็กอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 5.4 ในเด็กอายุ 12-14 ปี พ่อแม่หย่าเลิกกันเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุเช่นกันจากร้อยละ 17.5 เป็นร้อยละ 28.5 และร้อยละ 28.7 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง สถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็กที่ยังอยู่ด้วยกันของในเขตและนอกเขตมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบตามภาค เด็กในภาคใต้มีพ่อแม่ที่ยังสมรสและอยู่ด้วยกันสูงสุด (ร้อยละ 64.8) ส่วนเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนที่พ่อแม่หย่ากันมากที่สุด ร้อยละ 29.7 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 24.6 กทม. ร้อยละ 24.2 ภาคเหนือ ร้อยละ 21.0 และภาคใต้ ร้อยละ 20.9 (ตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5

ร้อยละของสถานภาพสมรสของพ่อ-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค

	ไม่ได้สมรส/ เลี้ยงลูก คนเดียว	ไม่ได้สมรส/ เลี้ยงลูก ด้วยกัน	สมรส/ อาศัยอยู่ ด้วยกัน	สมรส แต่ แยกกันอยู่	หม้าย/ คู่เสียชีวิต	หย่า เลิก	อื่นๆ
กลุ่มอายุ (ปี)							
1-5	3.2	17.6	56	3.8	1.1	17.5	0.9
6-11	3.2	12.1	47.2	5.2	2.7	28.5	1.2
12-14	2.1	10.9	47.7	4.3	5.4	28.7	1.0
เขตการปกครอง							
ในเขตเทศบาล	3.0	14.3	50.5	4.6	2.4	24.3	0.9
นอกเขตเทศบาล	2.9	13.2	50.1	4.4	3.0	25.2	1.2
ภาค							
เหนือ	3.6	14.8	52.3	4.1	3.5	21.0	0.7
กลาง	3.4	12.7	51.4	4.0	3.4	24.6	0.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.3	19.3	39.3	5.0	1.9	29.7	2.5
ใต้	1.3	4.4	64.8	5.6	3.0	20.9	0.1
กทม.	5.2	15.5	49.4	3.3	1.6	24.2	0.9
รวม	2.9	13.7	50.3	4.5	2.7	24.8	1.1



ระดับการศึกษาของพ่อ-แม่

พ่อและแม่ของเด็กตัวอย่างกลุ่มอายุ 1-5 ปี มีการศึกษาสูงกว่าพ่อและแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี ตามลำดับ แม่มีระดับการศึกษาสูงกว่าพ่อทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 23.3 ของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลดลงเป็นร้อยละ 19.9 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 15.1 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี ในขณะที่ร้อยละ 20.1 ของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จบระดับประถมศึกษา ลดลงเป็นร้อยละ 14.5 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 10.2 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี สำหรับพ่อ ร้อยละ 16.8 ของพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ลดลงเป็นร้อยละ 13.9 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 10.4 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี ในขณะที่ร้อยละ 25.1 ของพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จบระดับประถมศึกษา ลดลงเป็นร้อยละ 20.9 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และร้อยละ 18.1 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี (ตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 ร้อยละของระดับการศึกษาของพ่อ-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ

	พ่อเด็ก				แม่เด็ก			
	1-5 ปี	6-11 ปี	12-14 ปี	รวม	1-5 ปี	6-11 ปี	12-14 ปี	รวม
ไม่เคยเรียน	0.7	1.1	2.8	1.3	1.5	1.7	3.6	2.0
ประถมศึกษา	18.1	20.9	25.1	20.8	10.2	14.5	20.1	14.2
มัธยมต้น	24.8	24.4	24.3	24.5	22.6	22.9	22.7	22.8
มัธยมปลาย/ปวช.	27.2	28.8	26.5	27.7	31.7	31.3	27.9	30.7
ปวส./อนุปริญญา	10.5	8.6	6.9	8.9	10.1	8.2	8.2	8.8
ปริญญาตรีและสูงกว่า	16.8	13.9	10.4	14.2	23.3	19.9	15.1	20.0
อื่นๆ	2.0	2.3	4.0	2.5	0.7	1.6	2.5	1.5

อาชีพพ่อแม่-แม่

พ่อและแม่ของเด็กตัวอย่างทุกกลุ่มอายุมีอาชีพรับจ้างสูงสุด คือร้อยละ 38.3, 40.9 และ 41.0 ในพ่อของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี กลุ่มอายุ 6-11 ปี และกลุ่มอายุ 12-14 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 25.9, 30.9 และ 30.9 ในแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี กลุ่มอายุ 6-11 ปี และกลุ่มอายุ 12-14 ปี ตามลำดับ อาชีพอันดับสองรองลงมาของพ่อทุกกลุ่มอายุคืออาชีพงานบริการ อาชีพอันดับที่สามของพ่อทุกกลุ่มอายุ คือเกษตรกร ส่วนอันดับที่สองของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี คืออาชีพงานบริการและไม่มีอาชีพ อาชีพอันดับที่สองของแม่ของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปี คืออาชีพงานบริการ สำหรับอันดับที่สามของแม่เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี คือเสมียนในสำนักงาน และกลุ่มอาชีพถัดไปของกลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปี คือไม่มีอาชีพ (ตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.7 ร้อยละของอาชีพพ่อแม่-แม่ในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ

	พ่อเด็ก				แม่เด็ก			
	1-5 ปี	6-11 ปี	12-14 ปี	รวม	1-5 ปี	6-11 ปี	12-14 ปี	รวม
อาชีพพื้นฐาน ใช้แรงงาน	38.3	40.9	41.0	40.0	25.9	30.9	30.9	29.1
ปฏิบัติงานการเกษตร ประมง	9.7	9.0	11.9	9.9	6.2	7.0	9.8	7.3
ควบคุมเครื่องจักรโรงงาน ขับรถ	9.5	9.1	7.1	8.8	2.9	4.3	3.8	3.7
งานธุรกิจ ช่างฝีมือ	6.2	8.4	8.3	7.6	2.3	2.8	2.7	2.6
เสมียน พนักงานสำนักงาน	2.3	1.6	1.7	1.9	7.6	6.0	4.4	6.2
งานบริการ	14.4	12.4	12.5	13.1	20.9	20.6	21.5	20.9
ช่างเทคนิค	2.8	2.9	2.4	2.7	1.2	1.7	1.0	1.4
ผู้ประกอบการวิชาชีพ	4.9	3.8	3.0	4.0	5.5	4.7	5.8	5.2
ผู้บริหาร	0.8	0.7	1.3	0.9	0.3	0.8	0.6	0.6
ทหาร	1.6	1.1	0.8	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีอาชีพ	2.1	3.4	3.4	3.0	21.4	14.5	13.6	16.7
อื่นๆ	7.5	6.8	6.6	7.0	6.0	6.6	5.9	6.2



ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ของเด็กทุกกลุ่มอายุยังคงเป็นแม่ (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือตายาย (ร้อยละ 25.9) ปู่ย่า (ร้อยละ 12.8) และพ่อ (ร้อยละ 6.4) สัดส่วนของผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่/ย่า/ตา/ยายมีแนวโน้มลดลงเมื่อเด็กโตขึ้น ในขณะที่พ่อเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น ในเด็กกลุ่มอายุ 1-14 ปี เด็กในภาคใต้มีการเลี้ยงดูอยู่กับแม่มากที่สุด (ร้อยละ 66.9) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 61.2) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 60.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 54.9) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือน้อยที่สุด (ร้อยละ 39.8) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กอยู่กับตายายมากที่สุด (ร้อยละ 41.9) (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8

ผู้ที่ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็ก	แม่	พ่อ	ปู่ย่า	ตายาย	ลุงป้าอา	พี่เลี้ยงเด็ก ในบ้าน	คนรับจ้าง เลี้ยงดูเด็ก
กลุ่มอายุ (ปี)							
1-5	52.2	4.9	13.4	26.0	2.0	0.1	0.3
6-11	47.9	7.0	13.9	26.9	3.4	0.0	0.0
12-14	54.2	7.5	10.0	23.8	2.9	0.0	0.0
เขตการปกครอง							
ในเขตเทศบาล	52.0	7.6	13.1	22.8	3.0	0.1	0.0
นอกเขตเทศบาล	49.8	5.4	12.6	28.3	2.6	0.0	0.1
ภาค							
เหนือ	61.2	7.4	8.6	18.6	2.8	0.0	0.0
กลาง	54.9	9.3	11.7	18.8	3.7	0.0	0.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	39.8	3.9	9.9	41.9	3.0	0.0	0.0
ใต้	66.9	8.1	7.2	14.9	2.5	0.0	0.0
กทม.	60.9	11.9	12.7	9.5	1.7	0.0	0.0
รวม	50.8	6.4	12.8	25.9	2.8	0.0	0.1

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกับการสำรวจในปี 2544¹, 2551-2552², 2557 และ 2562-2563 (ตารางที่ 3.9) แต่ร้อยละของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา ลดลง (ปี 2563 มีร้อยละ 5.9 และ 72.3 ซึ่งลดลงในปี 2568 มีร้อยละ 4.7 และ 68.0 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและตอนปลายเพิ่มขึ้น (ในปี 2568 มีร้อยละ 10.3 และ 12.1 ในขณะที่ปี 2563 มีร้อยละ 7.7 และ 8.9 ตามลำดับ แต่ผู้เลี้ยงดูที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีสัดส่วนลดลงจากการสำรวจครั้งที่แล้วเล็กน้อย (ปี 2568 ร้อยละ 2.9, ปี 2563 ร้อยละ 3.4) ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลจบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากกว่าผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่นอกเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ สำหรับการจำแนกตามภูมิภาค ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ และภาคกลางจบระดับการศึกษาสูงกว่าภาคอื่น

ตารางที่ 3.9

ระดับการศึกษาของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค

ระดับการศึกษาของผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็ก	ไม่เคยเรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	ปวส.หรืออนุปริญญา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-5	4.0	65.7	11.4	13.6	1.5	3.8
6-11	5.4	67.9	10.5	11.1	2.6	2.6
12-14	4.5	72.0	8.0	12.0	1.3	2.2
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	3.6	60.8	13.7	14.6	3.1	4.1
นอกเขตเทศบาล	5.6	73.0	7.9	10.4	1.1	2.1
ภาค						
เหนือ	10.4	65.9	10.3	8.9	1.6	2.7
กลาง	5.5	59.1	12.6	14.0	3.9	4.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.6	79.1	6.3	10.5	0.3	1.3
ใต้	4.9	63.1	10.9	15.0	3.1	2.9
กทม.	3.9	53.1	19.8	15.7	2.8	4.7
รวม	4.7	68.0	10.3	12.1	1.9	2.9

หมายเหตุ รวมผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ที่เป็นพ่อแม่ที่เลี้ยงดูด้วย



สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย

สภาพการครอบครองที่อยู่อาศัยของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย มีลักษณะรูปแบบเดียวกันทุกกลุ่มอายุ คือ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 66.7 เด็กอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 67.6 และในเด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 69.0) ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 รองลงมาคืออยู่โดยไม่เสียค่าเช่า (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 23.4 เด็กอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 22.0 และเด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 21.8) และอยู่บ้านเช่า (ในเด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 7.2 เด็กอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 6.9 และในเด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 5.7) ครอบครัวตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือกันได้เมื่อเดือดร้อน (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.10

ร้อยละของสถานภาพครอบครองที่อยู่อาศัยของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยจำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค

ผู้ใช้เวลาเลี้ยงดูเด็ก	เจ้าของบ้านและที่ดิน	เจ้าของบ้านแต่เช่าที่ดิน	บ้านเช่า	อยู่โดยไม่ได้เสียค่าเช่า	เจ้าของห้องชุด	อื่นๆ
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-5	68.5	1.8	7.1	21.6	0.4	0.7
6-11	69.3	3.0	6.9	19.8	0.1	0.9
12-14	70.0	2.9	5.3	20.4	0.2	1.2
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	63.0	4.2	12.9	18.2	0.3	1.4
นอกเขตเทศบาล	74.0	1.3	1.7	22.3	0.2	0.5
ภาค						
เหนือ	62.0	1.4	1.3	34.7	0.0	0.6
กลาง	83.1	3.2	6.1	6.4	0.2	1.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	59.6	0.9	0.8	38.3	0.0	0.4
ใต้	86.7	0.6	4.8	7.2	0.5	0.2
กทม.	40.4	10.3	32.6	12.7	0.8	3.3
รวม	69.2	2.6	6.6	20.5	0.2	0.9



3.3 สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย (neighborhood)

ในการสำรวจครั้งนี้ ชุมชนที่เด็กอยู่อาศัย หมายถึง อาณาบริเวณรอบบ้านที่สามารถเดินถึงได้ในเวลา 30 นาที หรือในรัศมี 1 กิโลเมตร เด็กตัวอย่างในการสำรวจครั้งที่ 7 อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 92.9 เด็กอยู่ใกล้ร้านค้า ตลาด มินิมาร์ทหรือห้างสรรพสินค้าที่สามารถจะซื้อหาข้าวของหรืออาหารโดยมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 66.7 อยู่ใกล้สถานีนอนามัย ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลหรือคลินิก โดยในเขตอยู่ใกล้มากกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 66.8 อยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลอยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่าครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 76.8 อยู่ใกล้โรงเรียนหรือสถานศึกษา โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเขตเทศบาลอยู่ใกล้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่าครอบครัวที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 64.8 อยู่ใกล้สนามเด็กเล่น ลานกีฬาหรือสนามกีฬา โดยในเขตเทศบาลอยู่ใกล้มากกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 83.2 อยู่ใกล้ศาสนสถาน วัด โบสถ์ หรือมัสยิด โดยในกลุ่มนอกเขตเทศบาลอยู่ใกล้ศาสนสถาน มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเขตเทศบาล และร้อยละ 50.4 อยู่ใกล้สวนหย่อมหรือสวนสาธารณะ โดยกลุ่มที่อยู่ในเขตเทศบาล มีร้อยละของครอบครัวที่อยู่ใกล้สวนหย่อมและสวนสาธารณะสูงกว่าครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลอย่างมาก (ตารางที่ 3.11)

ตารางที่ 3.11

ร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่ดี จำแนกตามเขตการปกครอง และภาค

สิ่งแวดล้อมดี	ในเขต	นอกเขต	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	รวม
ร้านค้า/ตลาด/ มินิมาร์ท/ ห้างสรรพสินค้า	95.3	91.0	91.2	93.8	88.1	97.5	97.4	92.9
สถานีนอนามัย/ ศูนย์สาธารณสุข ชุมชน/โรงพยาบาล/ คลินิก	72.4	62.3	58.0	62.0	57.8	83.3	85.8	66.7
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ สถานรับเลี้ยงเด็ก	65.6	67.8	64.0	60.0	65.8	83.8	62.4	66.8
โรงเรียนหรือ สถานศึกษา/ มหาวิทยาลัย	79.2	74.9	75.1	70.2	74.4	87.3	84.2	76.8
สวนหย่อม/ สวนสาธารณะ	58.9	43.8	33.0	52.1	42.6	64.7	65.7	50.4
สนามเด็กเล็ก/ ลานกีฬา/สนามกีฬา	68.8	61.8	51.9	61.0	60.9	81.6	74.5	64.8
วัด/โบสถ์/มัสยิด	82.3	84.0	82.3	76.3	85.4	92.4	81.3	83.2



สำหรับสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง ร้อยละ 62.6 ของครอบครัวของเด็กตัวอย่างอยู่ใกล้แผง/ร้านขายบุหรี่ของ/ยาเส้น ร้อยละ 56.5 ของครอบครัวของเด็กตัวอย่างอยู่ใกล้ร้านขายสุราซึ่งลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 โดยมีความแตกต่างกันระหว่างในและนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย ร้อยละ 9.0 อยู่ใกล้ร้านเกมหรือร้านอินเทอร์เน็ต ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจครั้งที่ 6 โดยเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลอยู่ใกล้ร้านเกมหรือร้านอินเทอร์เน็ตมากกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 4.1 อยู่ใกล้บ่อนการพนันซึ่งต่ำกว่าการสำรวจครั้งที่ 6 โดยมีเด็กในเขตเทศบาลอยู่ใกล้เป็นจำนวนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 5.9 อยู่ใกล้ชุมชนแออัด โดยเด็กในเขตเทศบาล อยู่ใกล้ชุมชนแออัดมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลประมาณ 4 เท่า ร้อยละ 7.5 อยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม/สถานที่ที่มีสารเคมี ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลงซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก ร้อยละ 4.2 อยู่ใกล้แผง/ร้านขายบุหรี่ไฟฟ้า โดยเด็กในเขตเทศบาล อยู่ใกล้ชุมชนแออัดมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลมากกว่า 3 เท่า (ตารางที่ 3.12)

ตารางที่ 3.12

ร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงอันตรายใกล้บ้าน จำแนกตามเขตการปกครองและภาค

สิ่งแวดล้อมไม่ดี	ในเขต	นอกเขต	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	รวม
บ่อนการพนัน	5.7	2.9	3.1	3.0	3.8	2.7	11.1	4.1
ร้านขายสุรา	59.4	54.2	76.9	60.5	59.8	28.2	57.0	56.5
สถานเริงรมย์/บาร์/ ไนท์คลับ	6.0	1.3	4.7	2.0	1.1	1.7	13.6	3.4
ชุมชนแออัด	10.1	2.5	2.8	3.2	3.0	3.3	27.9	5.9
โรงงานอุตสาหกรรม/ สถานที่ที่มีสารเคมี ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง	8.0	7.1	10.8	9.8	1.6	6.9	13.5	7.5
ร้านเกม/ร้าน อินเทอร์เน็ต	13.5	5.5	2.4	7.0	3.0	18.8	22.0	9.0
แผง/ร้านขายบุหรี่ ของ/ยาเส้น	75.7	60.3	73.4	55.7	55.9	72.3	67.2	62.6
แผง/ร้านขายบุหรี่ ไฟฟ้า	6.9	2.1	1.9	3.2	2.6	2.3	16.9	4.2
แผง/ร้านกัญชา	7.0	2.6	1.4	4.0	3.0	2.5	17.2	4.5
แผง/ร้านกระท่อม	11.5	5.2	1.4	5.0	3.4	11.6	29.3	7.9

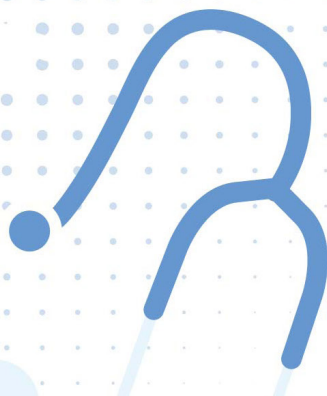


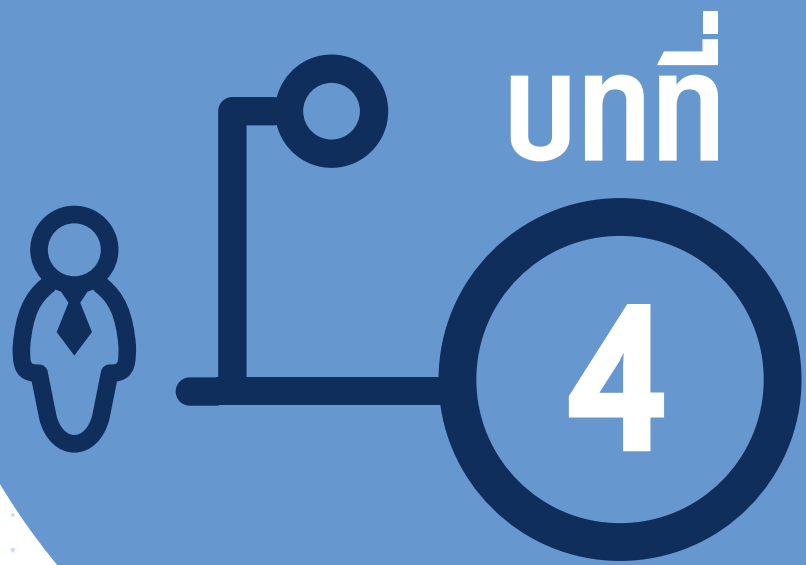


เอกสารอ้างอิง

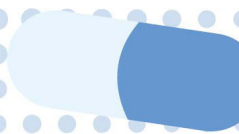
1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรื่องदारकानन्त, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรื่องจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. ชาติใหญ่: ลิขสิทธิ์การพิมพ์จำกัด, 2547.
2. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ลักษณะประชากร สังคม และเศรษฐกิจของเด็กและครอบครัว. ใน: วิจัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2: สุขภาพเด็ก. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.นนทบุรี:บริษัทเดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. 2554;21-6.







พฤติกรรมสุขภาพ



บทที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมทางสุขภาพของเด็ก ได้แก่ ระยะเวลาอน กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการดูโทรทัศน์ พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ล้วนมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น พฤติกรรมในวัยนี้ หากไม่ได้รับการปรับแก้จะติดเป็นนิสัยในวัยผู้ใหญ่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมเหล่านี้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นผลของมาตรการต่าง ๆ และเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนแก้ไขต่อไป



4.1 การนอนหลับ

ระยะเวลาอน

ระยะเวลาอนสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันเลือดสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการสำรวจ ฯ ครั้งที่ 7 นี้ ระยะเวลาอนวันธรรมดา พบเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 1-5 ปี นอนเฉลี่ยวันละ 9.6 ชั่วโมง เด็กอายุ 6-9 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.4 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 8.6 ชั่วโมง พบความแตกต่างเล็กน้อยของค่าเฉลี่ยเวลานอนของเด็กะหว่างเพศ เขตการปกครองและภาค สำหรับระยะเวลาอนวันหยุด เด็กนอนโดยเฉลี่ยมากกว่าวันธรรมดา โดยเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี และ 6-9 ปี นอนเฉลี่ยวันละ 9.8 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.4 ชั่วโมง พบความแตกต่างเล็กน้อยของค่าเฉลี่ยเวลานอนของเด็กะหว่างเพศ เขตการปกครองและภาค ระยะเวลาอนโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกับผลการสำรวจในปี 2563 (ตารางที่ 4.1-4.2)

ร้อยละ 48.5 ของเด็กอายุ 1-5 ปี นอนในวันธรรมดวันละ ≥ 10 ชั่วโมง ส่วนเด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี นอนวันละ ≥ 10 ชั่วโมงร้อยละ 39.0 และ 20.1 ตามลำดับ (น้อยกว่าในการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 51.2, 41.5 และ 24.0 ตามลำดับ) และนอนวันละ ≥ 8 ชั่วโมงร้อยละ 97.7, 97.5 และ 81.4 ตามลำดับ (การสำรวจปี 2563 พบร้อยละ 98.7, 97.1 และ 83.4 ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีร้อยละของการนอนมากกว่า 8 ชั่วโมงน้อยกว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล (รูปที่ 4.1-4.2)



ตารางที่ 4.1

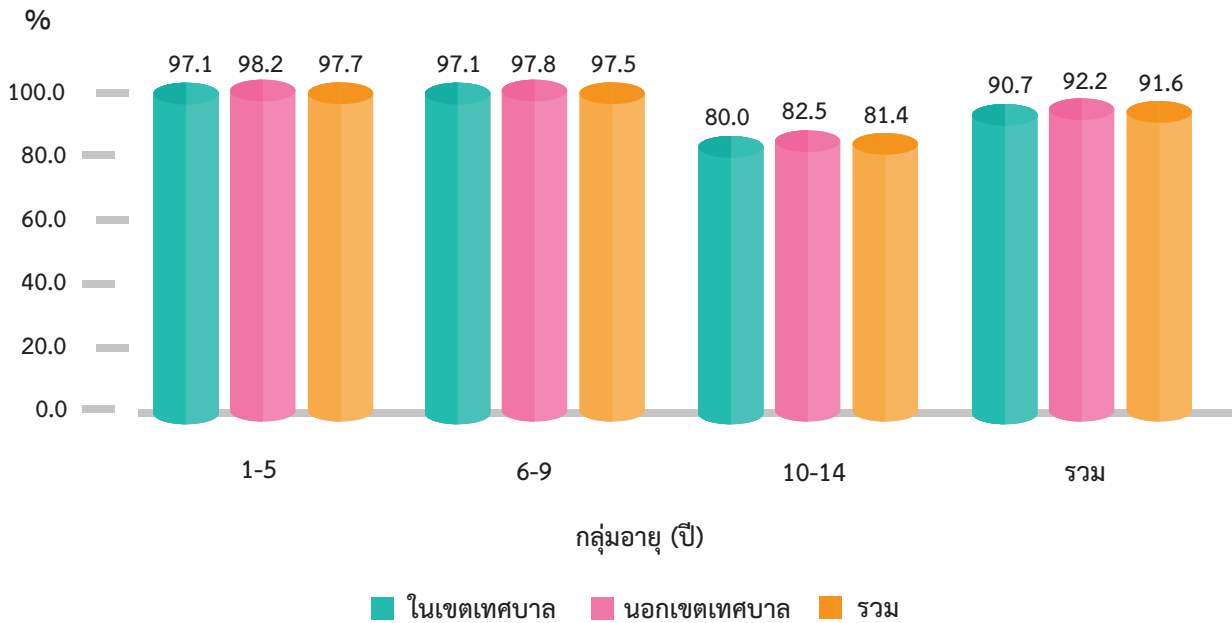
ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของวันธรรมดาของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย				หญิง				รวม						
	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max
กลุ่มอายุ (ปี)															
1-5	1,185	4.0	9.6	1.0	15.0	1,130	4.0	9.6	1.1	15.0	2,315	4.0	9.6	1.2	15.0
6-9	1,132	5.0	9.3	0.9	14.0	1,088	5.0	9.4	0.9	13.0	2,220	5.0	9.4	0.9	14.0
10-14	1,325	4.0	8.7	1.3	16.0	1,325	4.0	8.6	1.3	13.0	2,650	4.0	8.6	1.3	16.0
เขตการปกครอง															
ในเขตเทศบาล	1,869	4.0	9.1	1.2	16.0	1,833	4.0	9.1	1.2	15.0	3,702	4.0	9.1	1.2	15.0
นอกเขตเทศบาล	1,773	4.0	9.2	1.2	16.0	1,710	4.0	9.2	1.2	14.0	3,483	4.0	9.2	1.2	16.0
ภาค															
เหนือ	851	4.0	9.3	1.1	13.1	837	5.0	9.3	1.1	15.0	1,688	4.0	9.3	1.1	15.0
กลาง	840	4.0	9.2	1.3	16.0	825	4.0	9.1	1.2	13.0	1,665	4.0	9.1	1.2	16.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	881	4.0	9.3	1.1	15.0	850	5.0	9.4	1.2	14.0	1,731	4.0	9.3	1.1	15.0
ใต้	758	5.0	9.0	1.1	13.0	721	5.0	9.1	1.2	13.0	1,479	5.0	9.1	1.1	13.0
กทม.	312	4.0	9.0	1.2	13.0	310	4.0	9.0	1.3	13.0	622	4.0	9.0	1.3	13.0
รวม	3,642	4.0	9.2	1.2	16.0	3,543	4.0	9.2	1.2	15.0	7,185	4.0	9.2	1.2	16.0



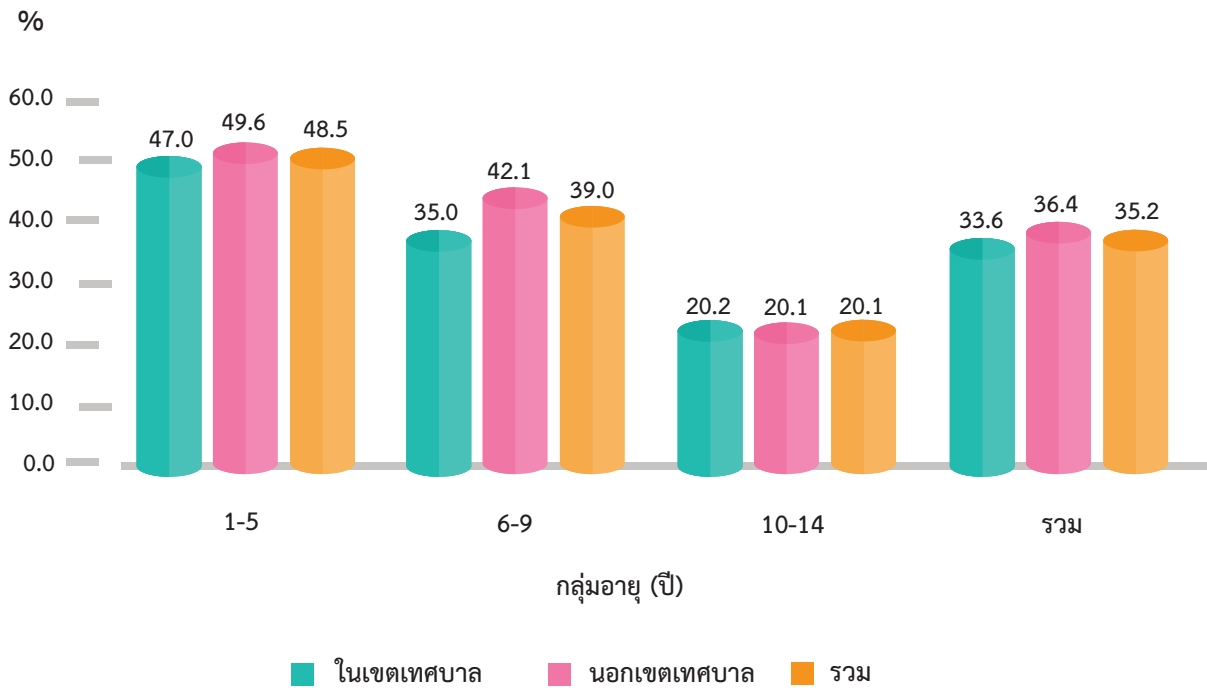
	ชาย				หญิง				รวม						
	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max	N	min	mean	sd	max
กลุ่มอายุ (ปี)															
1-5	1,186	4.0	9.8	1.2	15.0	1,120	4.0	9.8	1.2	15.0	2,306	4.0	9.8	1.2	15.0
6-9	1,127	5.0	9.7	1.2	14.0	1,090	4.0	9.9	1.2	16.0	2,217	4.0	9.8	1.2	16.0
10-14	1,317	4.0	9.3	1.6	16.0	1,324	5.0	9.6	1.5	16.0	2,641	4.0	9.4	1.5	16.0
เขตการปกครอง															
ในเขตเทศบาล	1,866	4.0	9.6	1.4	16.0	1,830	5.0	9.8	1.4	15.0	3,696	4.0	9.7	1.4	16.0
นอกเขตเทศบาล	1,764	4.0	9.6	1.3	16.0	1,704	4.0	9.7	1.3	16.0	3,468	4.0	9.6	1.3	16.0
ภาค															
เหนือ	848	4.0	9.6	1.3	14.0	837	4.0	9.7	1.3	16.0	1,685	4.0	9.7	1.3	16.0
กลาง	838	4.0	9.6	1.4	16.0	823	4.0	9.9	1.4	15.0	1,661	4.0	9.7	1.4	16.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	873	4.0	9.6	1.3	15.0	846	5.0	9.8	1.2	14.0	1,719	4.0	9.7	1.3	15.0
ใต้	760	5.0	9.5	1.3	16.0	719	5.0	9.6	1.3	14.0	1,479	5.0	9.6	1.3	16.0
กทม.	311	5.0	9.6	1.5	15.0	309	5.0	9.7	1.6	15.0	620	5.0	9.6	1.5	15.0
รวม	3,630	4.0	9.6	1.4	16.0	3,534	4.0	9.8	1.3	16.0	7,164	4.0	9.7	1.3	16.0

National Sleep Foundation แนะนำให้เด็กอายุ 1-2 ปี อายุ 3-5 ปี และอายุ 6-13 ปีนอนคืนละ 11-14, 10-13 และ 9-11 ชั่วโมงตามลำดับ¹ การนอนน้อยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ghrelin ลด leptin และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายชนิด รวมทั้งสารกระตุ้นการอักเสบ ที่นำไปสู่โรคอ้วน ภาวะดื้ออินซูลินและเบาหวาน² จากการทบทวนแบบอภิมาน เด็กที่นอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง เสี่ยงอ้วนเป็น 1.89 เท่าของเด็กที่นอนเท่ากับหรือมากกว่า 10 ชั่วโมง³ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 พบว่าการสำรวจครั้งที่ 7 มีสัดส่วนของการนอน ≥ 8 ชั่วโมงมากกว่าครั้งที่ 6 เล็กน้อย แต่มีร้อยละของการนอน ≥ 10 ชั่วโมงต่อวัน น้อยกว่า



รูปที่ 4.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่มีระยะเวลาการนอนในวันธรรมดา 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า จำแนกตามอายุ และเขตการปกครอง





รูปที่ 4.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ระยะเวลาการนอน 10 ชั่วโมงหรือมากกว่า ในวันธรรมดา จำแนกตามอายุ และเขตการปกครอง

4.2 กิจกรรมทางกาย

เพื่อให้หัวใจและปอดแข็งแรง (cardio-pulmonary fitness) เด็กควรออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อยวันละ 60 นาที ทุกวัน⁴ ในการสำรวจครั้งนี้ หมายถึง เด็กมีกิจกรรมทางกาย (รวมทุกกิจกรรมทางกายที่ทำให้หัวใจแรงขึ้นหรือทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นมาก) เป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 42.2 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 33.5 ของเด็กอายุ 10-14 ปี มีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำ ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 (ร้อยละ 29.7 และ 20.2 ตามลำดับ) เด็กชายมีการออกกำลังกายตามคำแนะนำได้สูงกว่าเด็กหญิง ในเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี ร้อยละของเด็กชายทำได้มากกว่าเด็กหญิงเกือบ 2 เท่า เด็กในเขตเทศบาลมีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำน้อยกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย เมื่อจำแนกตามภาคพบว่า เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีกิจกรรมทางกายเป็นไปตามคำแนะนำสูงสุด รองลงมาคือภาคเหนือ กรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ออกกำลังกายหนักปานกลางอย่างน้อยวันละ 60 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์หรือมากกว่า จำแนกตาม อายุ 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 (ปี)												
6-9	510	45.1	41.9	48.4	419	39.2	35.3	43.2	929	42.2	39.2	45.3
10-14	553	42.6	39.6	45.7	287	24.1	21.9	26.3	820	33.5	31.3	35.7
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	536	40.5	38.1	42.8	361	29.0	25.9	32.1	897	34.8	32.8	36.7
นอกเขตเทศบาล	527	46.2	42.5	49.9	345	31.9	28.5	35.3	872	39.2	35.9	42.5
ภาค												
เหนือ	246	46.1	41.7	50.4	152	27.7	22.0	33.3	398	37.0	33.0	41.1
กลาง	202	36.4	33.2	39.6	123	22.7	18.9	26.6	325	29.6	26.8	32.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	340	58.6	54.8	62.3	234	44.1	41.2	47.0	574	51.5	48.4	54.6
ใต้	188	33.3	27.9	38.7	123	21.9	18.6	25.1	311	27.7	23.9	31.5
กทม.	87	37.5	33.4	41.7	74	34.1	30.6	37.7	161	35.9	32.8	39.0

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





4.3 พฤติกรรมเนือยนิ่ง

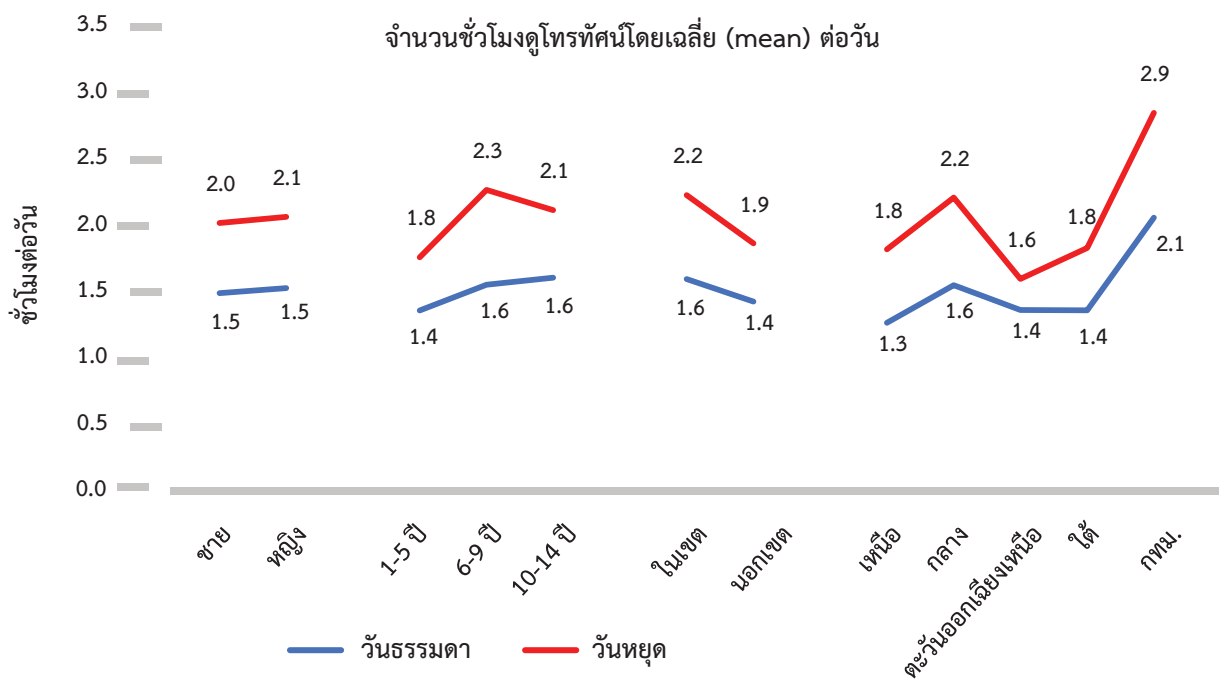
พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) โดยเฉพาะ screen times หรือเวลาที่ใช้อยู่หน้าจอที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียน ได้แก่ ดูโทรทัศน์ เล่นวิดีโอเกม คอมพิวเตอร์ มือถือ และแท็บเล็ต สัมพันธ์กับความเสี่ยต่อภาวะอ้วนและ cardiometabolic risks โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระไม่ขึ้นกับระดับกิจกรรมทางกาย⁵ ในการสำรวจครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลเวลาในการดูโทรทัศน์ พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต

พฤติกรรมการดูโทรทัศน์

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กมีการดูโทรทัศน์เพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี ดูโทรทัศน์เฉลี่ยในวันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) 1.4 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้นเป็น 1.6 ชั่วโมงต่อวันในเด็กอายุ 6-9 ปี และเด็กอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 4.3) ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 1.0, 1.3 และ 1.5 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ

หลังอายุ 6 ปีเด็กชายและเด็กหญิงใช้เวลาดูโทรทัศน์เท่ากัน เด็กในเขตเทศบาลดูโทรทัศน์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (1.6 และ 1.4 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กในกรุงเทพฯ ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์สูงกว่าเด็กในภาคอื่น (2.1 ชั่วโมงต่อวัน) เด็กในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ ใช้เวลาดูโทรทัศน์ 1.6, 1.4, 1.4 และ 1.3 ชั่วโมงต่อวันตามลำดับ

ในวันหยุดเด็กใช้เวลาในการดูโทรทัศน์เฉลี่ยสูงกว่าวันธรรมดาโดยเพิ่มเป็นวันละ 1.8 ชั่วโมงในเด็กอายุ 1-5 ปี วันละ 2.3 ชั่วโมงในเด็กอายุ 6-9 ปีและวันละ 2.1 ชั่วโมงในเด็กอายุ 10-14 ปี (ซึ่งมากกว่าการสำรวจปี 2563 โดยเด็กดูโทรทัศน์วันหยุด 1.3, 2.0 และ 2.0 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ) (รูปที่ 4.3) เด็กในเขตเทศบาลดูโทรทัศน์ในวันหยุดมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย (2.2 และ 1.9 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคก็พบเด็กกรุงเทพฯ ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์สูงสุด (2.9 ชั่วโมงต่อวัน) เด็กในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้เวลาดูโทรทัศน์ 2.2, 1.8, 1.8 และ 1.6 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจครั้งที่ 6 เด็กทุกกลุ่มอายุใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ในวันธรรมดาและวันหยุดเพิ่มขึ้น



รูปที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยของเวลาที่เด็กดูโทรทัศน์ในวันธรรมดาและวันหยุด (ชั่วโมงต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค



การดูโทรทัศน์นอกจากเป็นดัชนีทางอ้อมของการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย การดูรายการโทรทัศน์ที่เต็มไปด้วยการโฆษณาอาหาร ขนมหุ่นและเครื่องสำอางที่อุดมด้วยแป้ง น้ำตาลและไขมันยังสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านี้และส่งผลกระทบต่อเด็กอ้วนในที่สุด



4.4 การใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต

พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์

เด็กกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ใช้คอมพิวเตอร์/สมาร์ทโฟน/แท็บเล็ตอายุน้อยสุดที่ใช้คือ 1 ปี

เด็กกลุ่มตัวอย่างเคยใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 3.7 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีเป็นร้อยละ 37.7 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 78.2 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เด็กในเขตเทศบาลใช้คอมพิวเตอร์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 44.6 และร้อยละ 38.7 ตามลำดับ) เด็กภาคเหนือใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือเด็กในกทม. (ร้อยละ 46.3) ภาคกลาง (ร้อยละ 43.1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 39.7) และภาคใต้ (ร้อยละ 33.6)

การเล่นคอมพิวเตอร์ เด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุใช้คอมพิวเตอร์เล่นเกมมากกว่าใช้ค้นคว้าข้อมูลในการเรียนอย่างชัดเจน (รูปที่ 4.4)

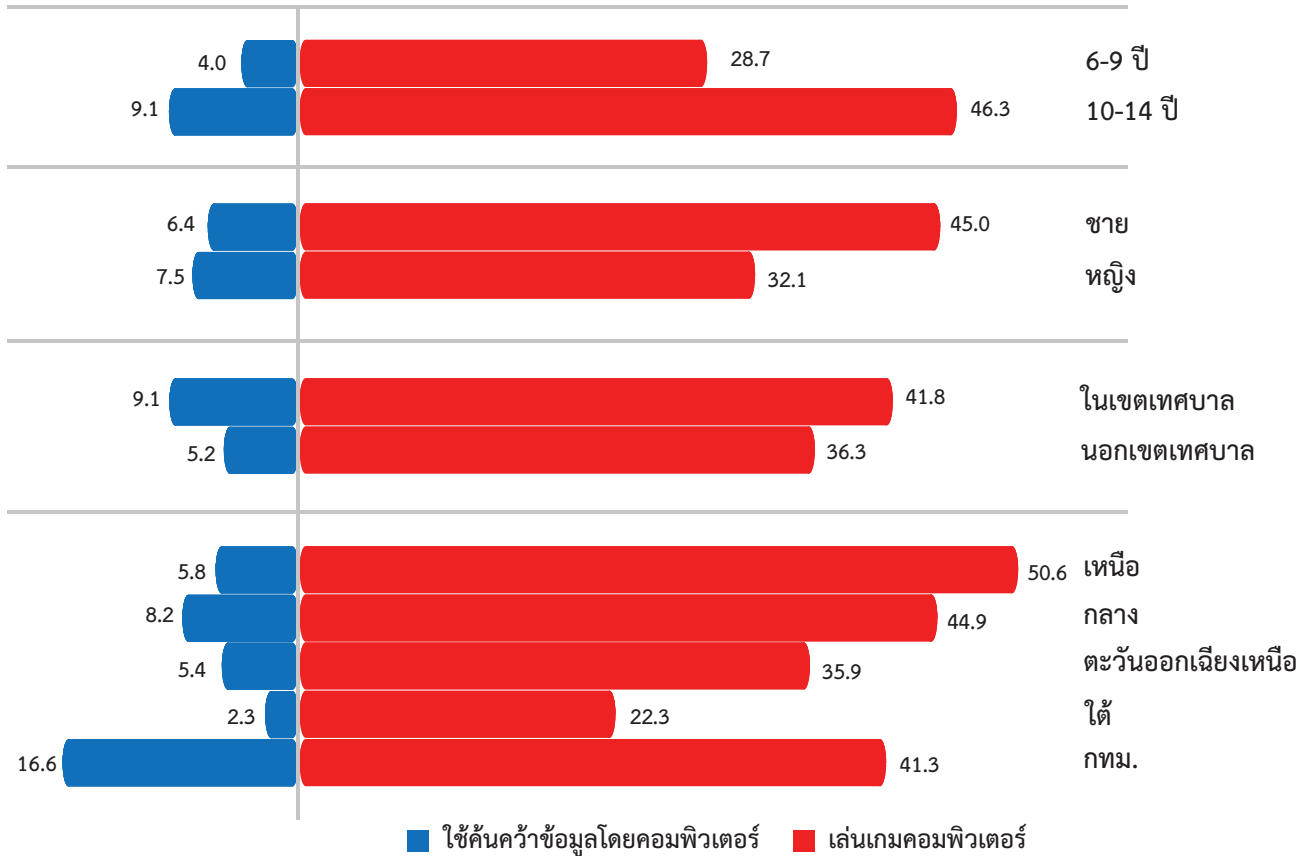
สำหรับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า เด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (ร้อยละ 45.0 และ 32.1 ตามลำดับ) ร้อยละ 28.7 ของอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 46.3 ในเด็กอายุ 10-14 ปี เมื่อจำแนกตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในเขตเทศบาลใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 41.8 และร้อยละ 36.3 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในภาคเหนือใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์วันละชั่วโมงหรือมากกว่า มากที่สุด (ร้อยละ 50.6) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 44.9) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 41.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 35.9) และภาคใต้ (ร้อยละ 22.3) ตามลำดับ

การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลในการเรียน เด็กหญิงใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการเรียนวันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่าสูงกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 7.5 และ 6.4 ตามลำดับ) ร้อยละ 4.0 ของเด็กอายุ 6-9 ปีและร้อยละ 9.1 ในเด็กอายุ 10-14 ปี เมื่อจำแนกตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในเขตเทศบาลใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลในการเรียนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 9.1 และร้อยละ 5.2 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีในกรุงเทพฯ ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อค้นคว้าข้อมูลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวันสูงสุด (ร้อยละ 16.6) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 8.2) ภาคเหนือ (ร้อยละ 5.8) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 5.4) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) ตามลำดับ (รูปที่ 4.4)

สัดส่วนของการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการค้นคว้าเท่ากับหรือมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน มีเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 6-9 ปี แต่ลดลงในกลุ่มอายุ 10-14 ปีเล็กน้อย (ปี 2563 มีร้อยละ 2.9 และ 9.5 ตามลำดับ) ส่วนการเล่นคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่าต่อวัน เพิ่มมากขึ้นทั้งในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี ซึ่งในปี 2563 มีร้อยละ 10.3 และ 34.0 ตามลำดับ



20.0 10.0 0.0 10.0 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0

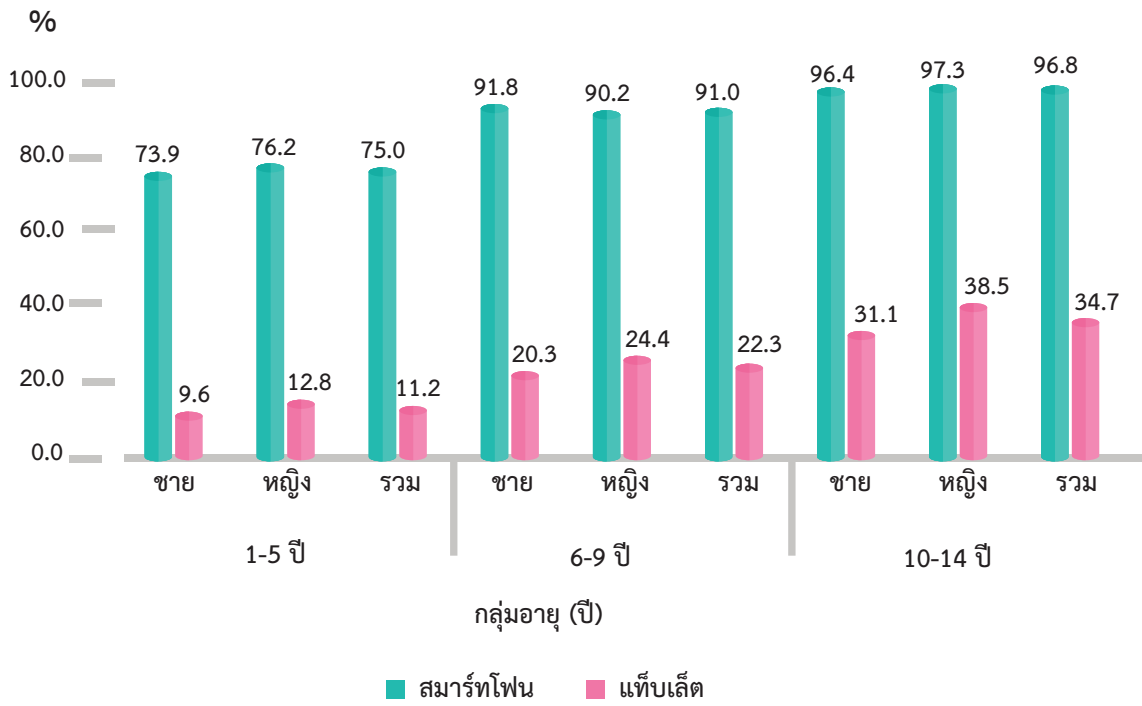


รูปที่ 4.4 ร้อยละของเด็กที่ใช้เวลาเล่นคอมพิวเตอร์วันละ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า
จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

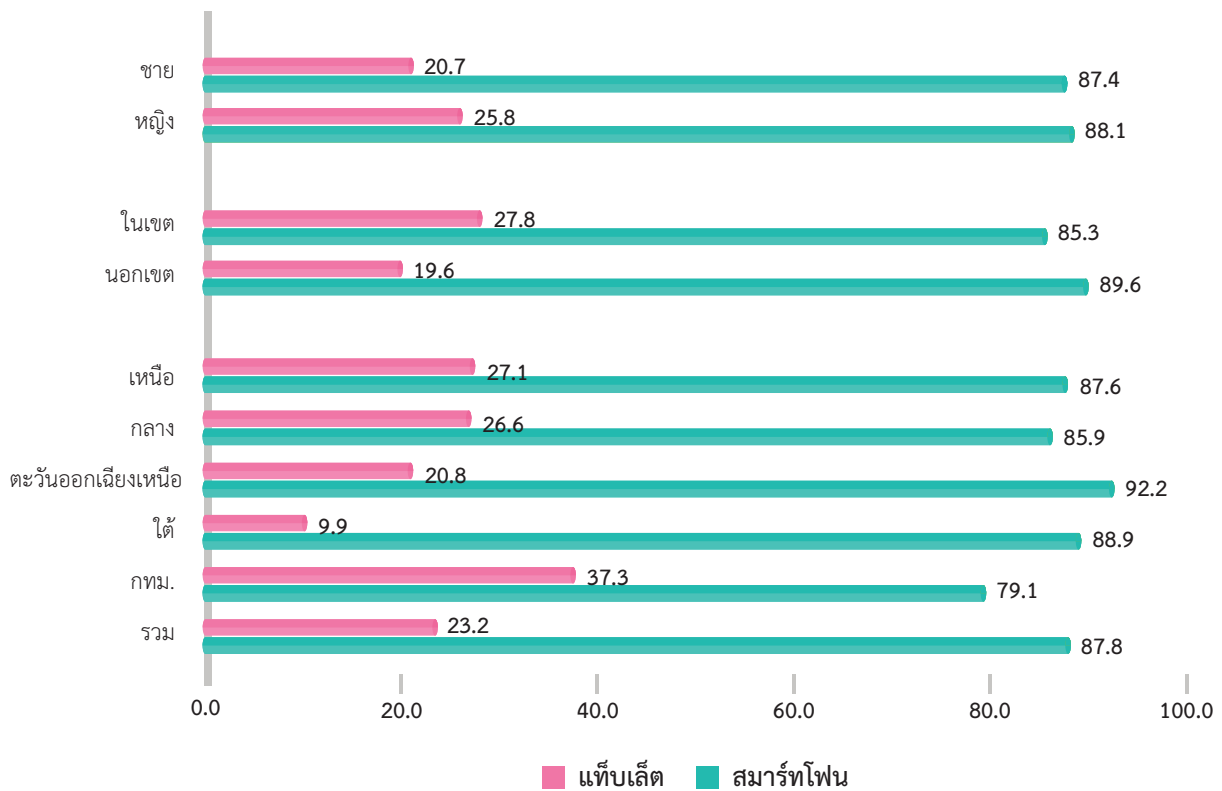
พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต

เด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุใช้สมาร์ทโฟนมากกว่าแท็บเล็ต เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีการใช้สมาร์ทโฟนถึงร้อยละ 35.8 การใช้สมาร์ทโฟนของเด็กกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 75.0 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี เป็นร้อยละ 91.0 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 96.8 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (รูปที่ 4.5) ร้อยละของการใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี (ร้อยละ 87) และกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 95.1) แต่ไม่เพิ่มจากปี 2563 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 79.7) เด็กอายุ 1-14 ปีนอกเขตเทศบาลใช้สมาร์ทโฟนมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 85.3 และร้อยละ 89.6 ตามลำดับ) เด็กในทุกภูมิภาคมีร้อยละการใช้สมาร์ทโฟนเกินกว่าร้อยละ 85.9 ซึ่งสูงกว่าของกรุงเทพฯ (ร้อยละ 79.1) (รูปที่ 4.6)

เด็กกลุ่มตัวอย่างใช้แท็บเล็ตเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน จากร้อยละ 11.2 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีเป็นร้อยละ 22.3 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 34.7 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (รูปที่ 4.5) ร้อยละของการใช้แท็บเล็ตไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ซึ่งร้อยละของกลุ่มอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี, 10-14 ปี เท่ากับ 12.2, 29.9 และ 46.3 ตามลำดับเด็กอายุ 1-14 ปีในเขตเทศบาลใช้แท็บเล็ตมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 27.8 และร้อยละ 19.6 ตามลำดับ) เด็กในเขตกรุงเทพฯ ใต้ใช้แท็บเล็ตมากที่สุด (ร้อยละ 37.3) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 27.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 26.6) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 20.8) และภาคใต้ (ร้อยละ 9.9) (รูปที่ 4.6)



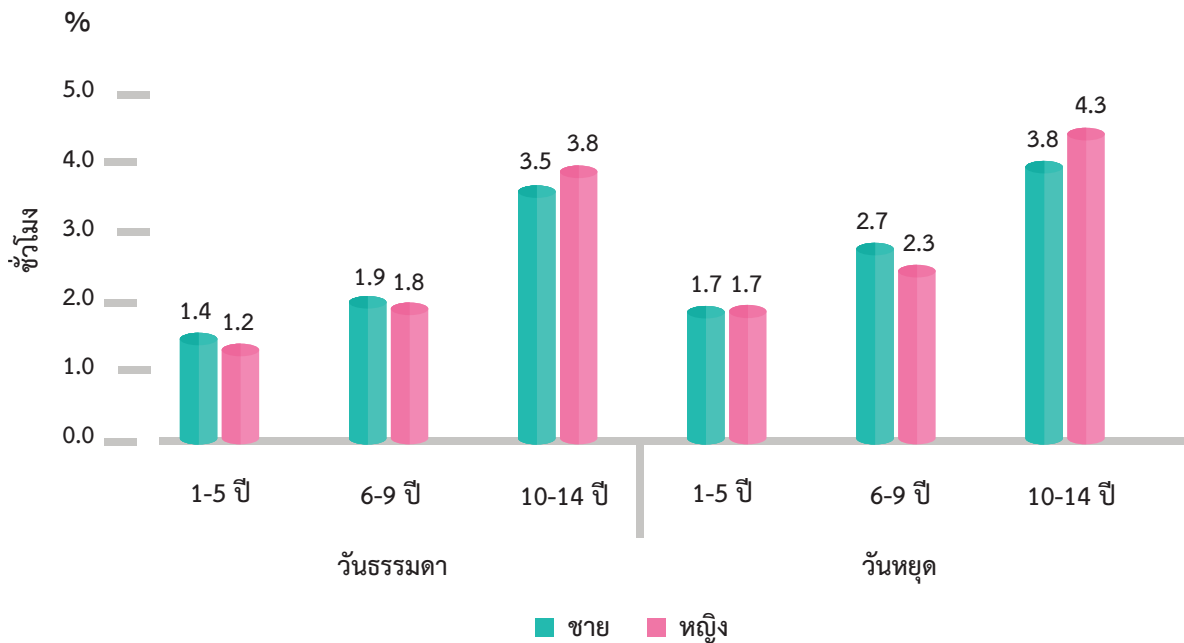
รูปที่ 4.5 ร้อยละของเด็กที่ใช้สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต จำแนกตามเพศ และอายุ



รูปที่ 4.6 ร้อยละของเด็กอายุ 1-14 ปี ที่ใช้สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



เวลาที่ใช้ในการเล่นสมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 กลุ่มอายุ 1-5 ปี วันธรรมดา มี 0.9 เป็น 1.3 ชั่วโมง กลุ่มอายุ 6-9 ปี เพิ่มขึ้นจาก 1.4 เป็น 1.8 ชั่วโมง, กลุ่มอายุ 10-14 ปี เพิ่มขึ้นจาก 2.9 เป็น 3.7 ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มมากขึ้นในวันหยุดเช่นกัน (รูปที่ 4.7)



รูปที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่เด็กใช้ในการเล่นสมาร์ทโฟน จำแนกตามเพศ อายุ วันธรรมดาและวันหยุด

เวลารวมหน้าจอต่อวัน (Total screen time)

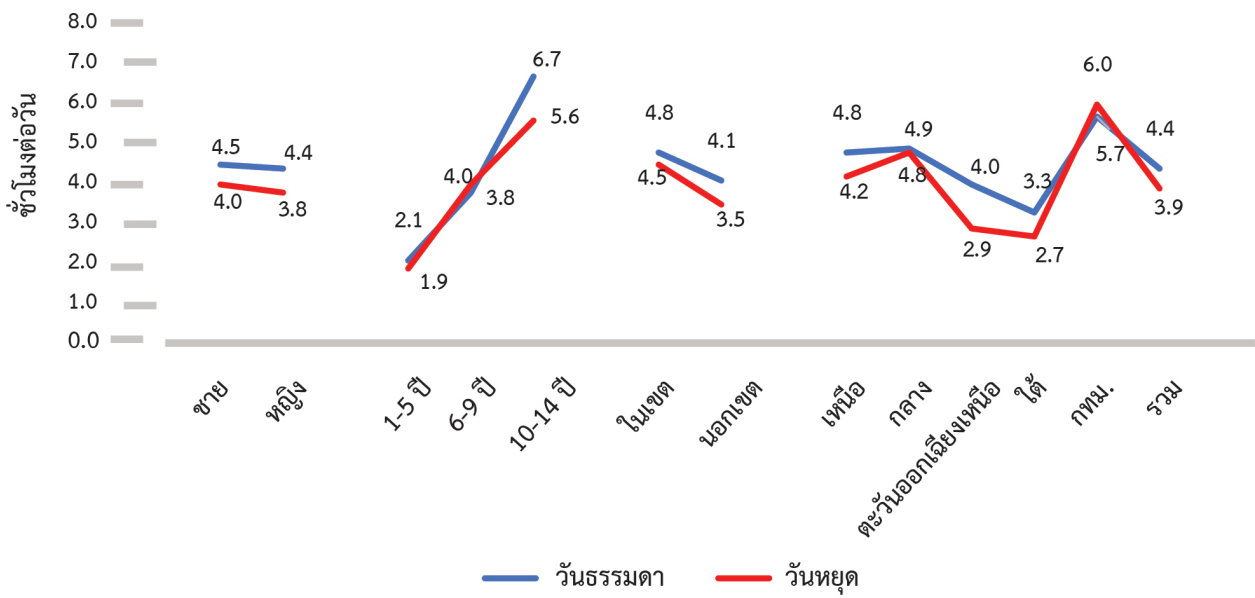
หมายถึง เวลาที่ ดูโทรทัศน์ มือถือ, แท็บเล็ต และใช้คอมพิวเตอร์ต่อวัน โดยเฉลี่ย 4.4 ชั่วโมง/วันธรรมดา และ 3.9 ชั่วโมง/วันสุดสัปดาห์ (รูปที่ 4.8)

ปัจจุบัน American Academy of Pediatrics แนะนำไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีใช้เวลาหน้าจอ (screen time) ยกเว้น video chatting ร่วมกับผู้ใหญ่ (เช่นคุยกับพ่อแม่ที่ไม่อยู่บ้าน) และเวลาหน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมง ในเด็กอายุ 2-5 ปี⁷ ส่วน American Academy of Child and Adolescent Psychiatry แนะนำให้ไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในวันหยุดสำหรับเด็กอายุ 2-5 ปี⁸ ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่ไม่ใช้เวลาหน้าจอเลยมีร้อยละ 34.7 ส่วนเด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ในช่วงวันธรรมดามีร้อยละ 38.8 และ ร้อยละ 52.3 ช่วงวันหยุด (รูปที่ 4.9) ซึ่งการใช้เวลาหน้าจอเพิ่มขึ้นจากการสำรวจ ครั้งที่ 6 ปี 2563 โดยเวลาที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ในกลุ่มอายุ <2 ปี มีร้อยละ 26.2 และกลุ่มอายุ 2-5 ปี ร้อยละ 49.1 และเวลาที่ใช้เวลาหน้าจอ <3 ชั่วโมง ในวันหยุดมีร้อยละ 83.4

แนวโน้มการใช้เวลาหน้าจอเพิ่มขึ้น ชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลเด็กในเรื่องการ ใช้เวลาหน้าจอของเด็กให้เป็นไปตามข้อแนะนำข้างต้น โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขจึงควรเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลเด็กเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือสื่อสารที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ได้เต็มศักยภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ

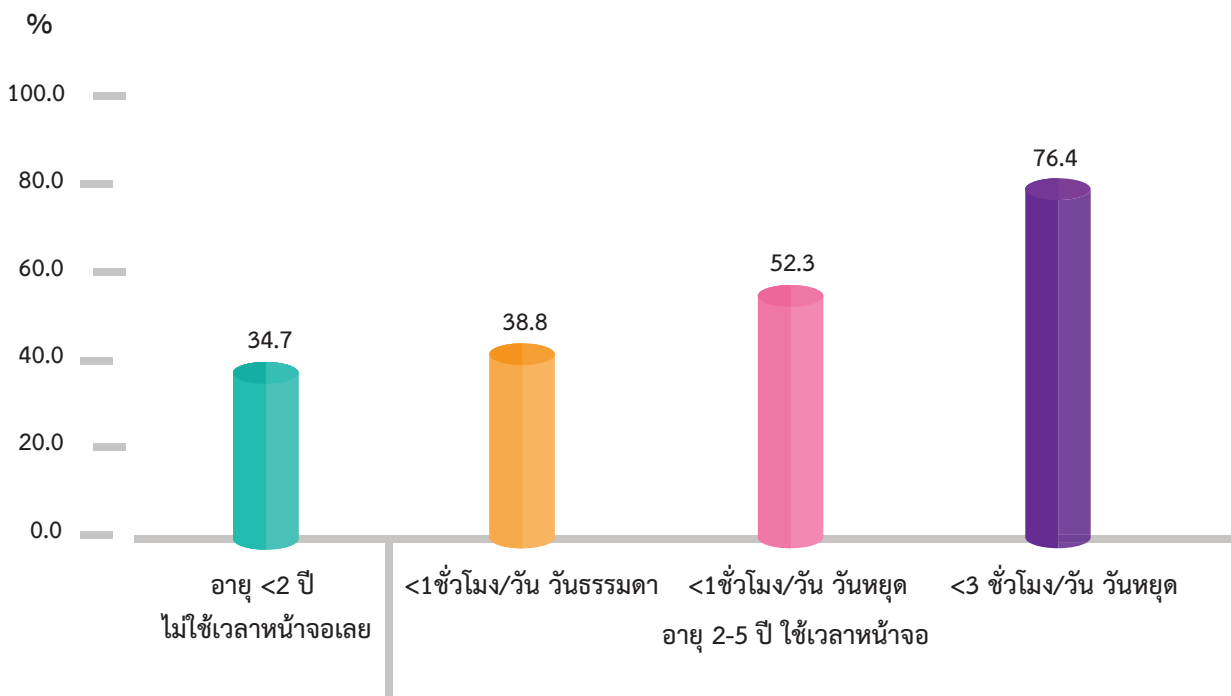


รวมชั่วโมงดูหน้าจอโดยเฉลี่ย (mean) ต่อวัน



หน้าจอรวมหมายถึง ดู โทรทัศน์ มือถือ แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์

รูปที่ 4.8 จำนวนชั่วโมงรวมโดยเฉลี่ย (mean) การดูหน้าจอ ต่อวัน ของเด็กอายุ 1-14 ปี จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค



รูปที่ 4.9 ร้อยละของเด็กอายุ <2 ปีที่ไม่ใช้เวลาหน้าจอเลย และเด็กอายุ 2-5 ปี ที่ใช้เวลาหน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมงในวันธรรมดา วันหยุด และไม่เกิน 3 ชั่วโมงในวันหยุด





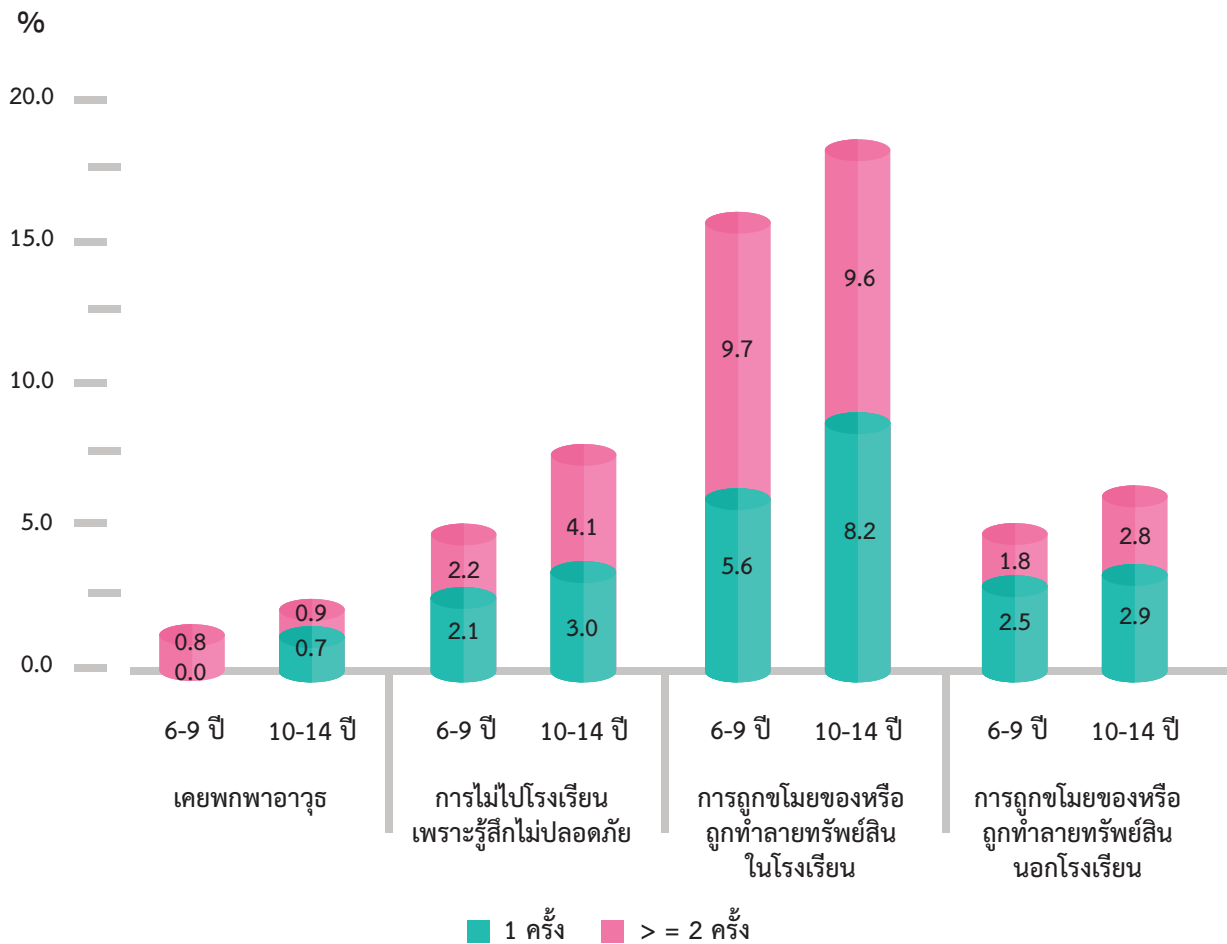
4.5 ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในเด็กอายุ 6 – 14 ปี

การไม่ไปโรงเรียนเพราะรู้สึกไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4.3 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 7.1 ของเด็กอายุ 10-14 ปี ไม่ไปโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเพราะรู้สึกไม่ปลอดภัยในโรงเรียนหรือระหว่างทางที่เดินทางไปโรงเรียน (รูปที่ 4.10) ซึ่งใกล้เคียงการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 (ร้อยละ 4.2 และ 6.9 ตามลำดับ) เด็กนอกเขตเทศบาล รู้สึกไม่ปลอดภัยมากกว่าเด็กในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 6.0 เทียบกับร้อยละ 5.7) เมื่อเปรียบเทียบตามภาค พบว่า เด็กภาคใต้รู้สึกไม่ปลอดภัยต่ำสุด (ร้อยละ 0.8) เด็กในภาคเหนือ รู้สึกไม่ปลอดภัยสูงสุด ร้อยละ 11.2 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.5 กรุงเทพฯ ร้อยละ 6.3 และภาคกลาง ร้อยละ 3.2

การถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินในและนอกโรงเรียน (รูปที่ 4.10) ร้อยละ 15.3 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 17.8 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-14 ปี เคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สิน โดยตั้งใจ (เช่น รถ เสื้อผ้า หนังสือ) ในโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 (ร้อยละ 21.7 และ 19.5 ตามลำดับ) เด็กในเขตเทศบาลเคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 17.1 และ ร้อยละ 16.5 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค เด็กในภาคเหนือเคยถูกขโมยสูงสุดประมาณ ร้อยละ 23.8 รองลงมาคือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 22.7 เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 17.8 ภาคกลาง ร้อยละ 14.8 และภาคใต้ ร้อยละ 8.5

เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 4.3 และร้อยละ 5.7 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สิน โดยตั้งใจนอกโรงเรียนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนนี้น้อยกว่าในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 (ร้อยละ 4.8 และ 9.5 ตามลำดับ) เด็กในเขตเทศบาลเคยถูกขโมยของหรือถูกทำลายทรัพย์สินนอกโรงเรียนมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 5.4 และ 4.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค เด็กในกรุงเทพฯ เคยถูกขโมยสูงสุด ร้อยละ 8.6 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 5.3 ภาคเหนือ ร้อยละ 4.6 เด็กในภาคกลาง ร้อยละ 4.5 และภาคใต้ ร้อยละ 3.9

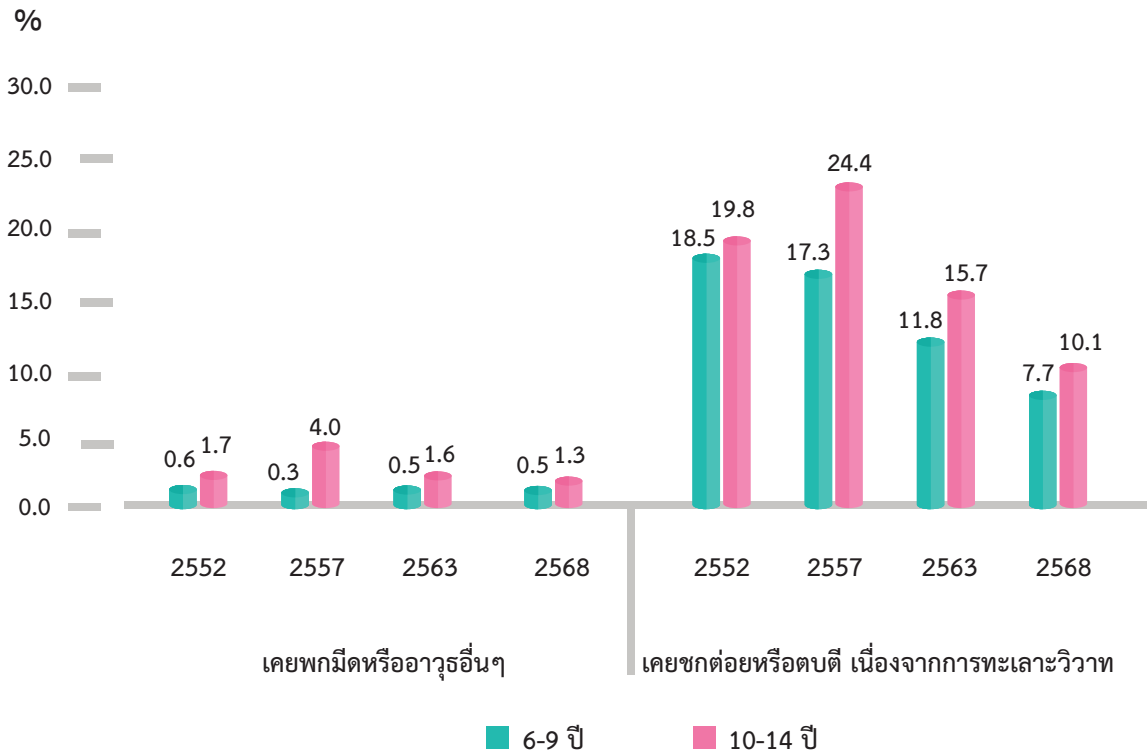
พฤติกรรมพกพาอาวุธ (รูปที่ 4.10) ร้อยละ 0.8 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 1.6 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยพกพาอาวุธ เช่น ปืน มีด คัตเตอร์ ไม้ ไปโรงเรียน ซึ่งต่างจากปี 2563 เล็กน้อย (ร้อยละ 0.3 และ 2.2 ตามลำดับ) เด็กชายเคยพกพาอาวุธมากกว่าเด็กหญิง เด็กในเขตเทศบาลพกพาอาวุธมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 1.1 เทียบกับ ร้อยละ 0.8) เมื่อเปรียบเทียบตามภาค พบว่าเด็กกรุงเทพฯ พกพาอาวุธสูงสุด ร้อยละ 1.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 1.5 ภาคเหนือและภาคกลาง ร้อยละ 0.7



รูปที่ 4.10 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 1 เดือน จำแนกตามอายุ



พฤติกรรมพหุภาวะและมีเรื่องชกต่อยหรือตบตีในโรงเรียนในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ปี พ.ศ. 2552, 2557, 2563 และ 2568 พบว่าในกรอบระยะเวลาเดียวกันคือ 3 เดือนที่ผ่านมา เด็กไทยอายุ 6-9 ปี มีพฤติกรรมพหุภาวะหรืออาการอื่น ๆ (มีด หรือเหล็กแหลม หรืออาวุธอื่น) โดยไม่รวมกรณีนำไปทำ กิจกรรมของโรงเรียน และการชกต่อยหรือตบตีเนื่องจากการทะเลาะวิวาทลดลงเล็กน้อย (รูปที่ 4.11)



รูปที่ 4.11 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบผลสำรวจ พ.ศ. 2552, 2557, 2563 และ 2568 จำแนกตามอายุ

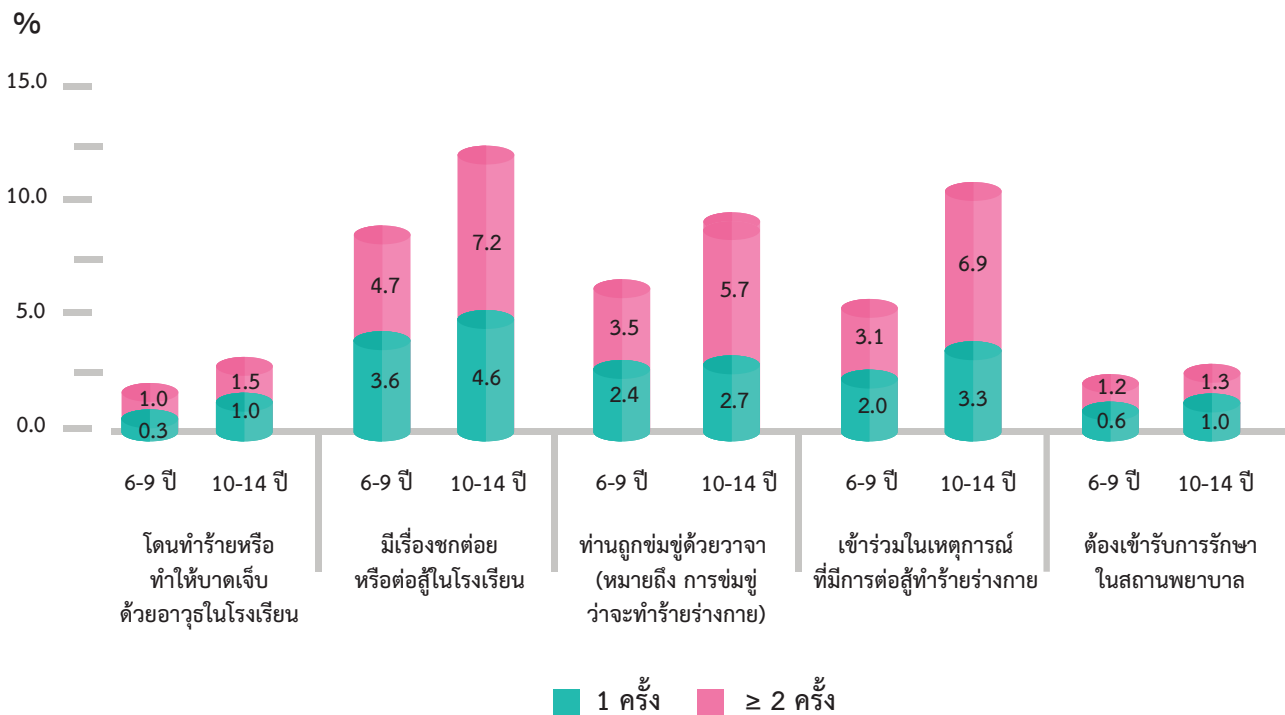


เหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในช่วง 12 เดือน

เด็กถูกระทำรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.3 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 2.5 ของเด็กอายุ 10-14 ปี สัดส่วนของการสำรวจของการถูกระทำรุนแรงในโรงเรียนครั้งนี้ต่ำกว่า การสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 เล็กน้อย (ร้อยละ 1.6 และ 4.0 ตามลำดับ) เคยโดนทำร้ายหรือทำให้บาดเจ็บด้วยอาวุธ เช่น ปืน มีด หรือ สนับมือ ไม้ ร้อยละ 5.9 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 8.4 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยถูกข่มขู่ ด้วยวาจา (รูปที่ 4.12)

พฤติกรรมมีเรื่องชกต่อยหรือต่อสู้ในโรงเรียน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.3 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 11.8 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยมีเรื่องชกต่อยหรือต่อสู้ในโรงเรียน (รูปที่ 4.11) ร้อยละ 5.1 ของเด็ก อายุ 6-9 ปี และร้อยละ 10.2 ของเด็กอายุ 10-14 ปี เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่มีการต่อสู้ทำร้ายร่างกายและร้อยละ 1.8 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 2.3 ของเด็กอายุ 10-14 ปี ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ดังกล่าวจนต้องเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาล (รูปที่ 4.12)

ร้อยละของการมีเรื่องชกต่อยในโรงเรียนต่ำกว่าของการสำรวจ ครั้งที่ 6 ปี 2563 เล็กน้อย ซึ่งพบร้อยละ 12.0 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 20.2 ของกลุ่มอายุ 10-14 ปี และการต่อสู้ทำร้ายก็ลดลงจากปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 8.5 และ 14.5 ตามลำดับ และร้อยละของการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใกล้เคียงกัน ซึ่งมีร้อยละ 1.1 และ 2.3 ตามลำดับ



รูปที่ 4.12 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชนในช่วง 12 เดือน จำแนกตามอายุ



การเคยถูกลวนลามทางเพศ

เด็กชายอายุ 6-9 ปี เคยถูกลวนลามทางเพศ (โดยทางวาจาหรือทางกาย) ร้อยละ 0.9 (ทางวาจา ร้อยละ 0.05 การกระทำ ร้อยละ 0.87) เด็กชายอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.9 (ทางวาจา ร้อยละ 1.3 ทางการกระทำ ร้อยละ 1.6) เด็กหญิงอายุ 6-9 ปี เกิดร้อยละ 1.8 (ทางวาจา ร้อยละ 0.6 การกระทำ ร้อยละ 1.0 ถูกข่มขืน ร้อยละ 0.2) เด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 2.9 (ทางวาจา ร้อยละ 1.3 ทางการกระทำ ร้อยละ 1.6 ถูกข่มขืน ร้อยละ 0.09) ร้อยละของการถูกลวนลามทางเพศสูงขึ้นกว่าปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 0.4 ในกลุ่มอายุ 6-9 ปี

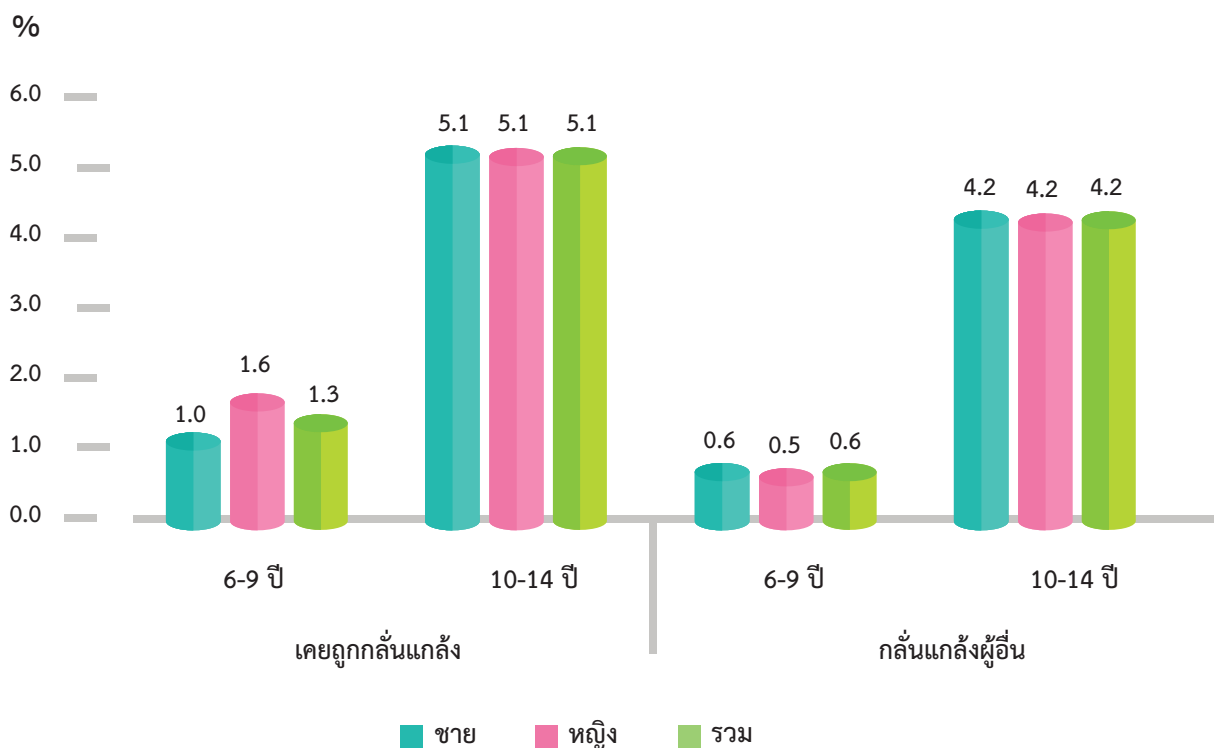
การกลั่นแกล้งบนโซเชียล อินเทอร์เน็ต

การถูกลั่นแกล้ง

เด็กอายุ 6-9 ปี เคยถูกลั่นแกล้งในช่วง 12 เดือน ร้อยละ 1.3 (ชายร้อยละ 1.0 หญิงร้อยละ 1.6) เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 5.1 (ชายร้อยละ 5.1 หญิงร้อยละ 5.1)

การกลั่นแกล้งผู้อื่น

เด็กอายุ 6-9 ปี เคยกลั่นแกล้งผู้อื่นในช่วง 12 เดือน ร้อยละ 0.6 (ชายร้อยละ 0.6 หญิงร้อยละ 0.5) เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 4.2 (ชายร้อยละ 4.2 หญิงร้อยละ 4.2) (รูปที่ 4.13)



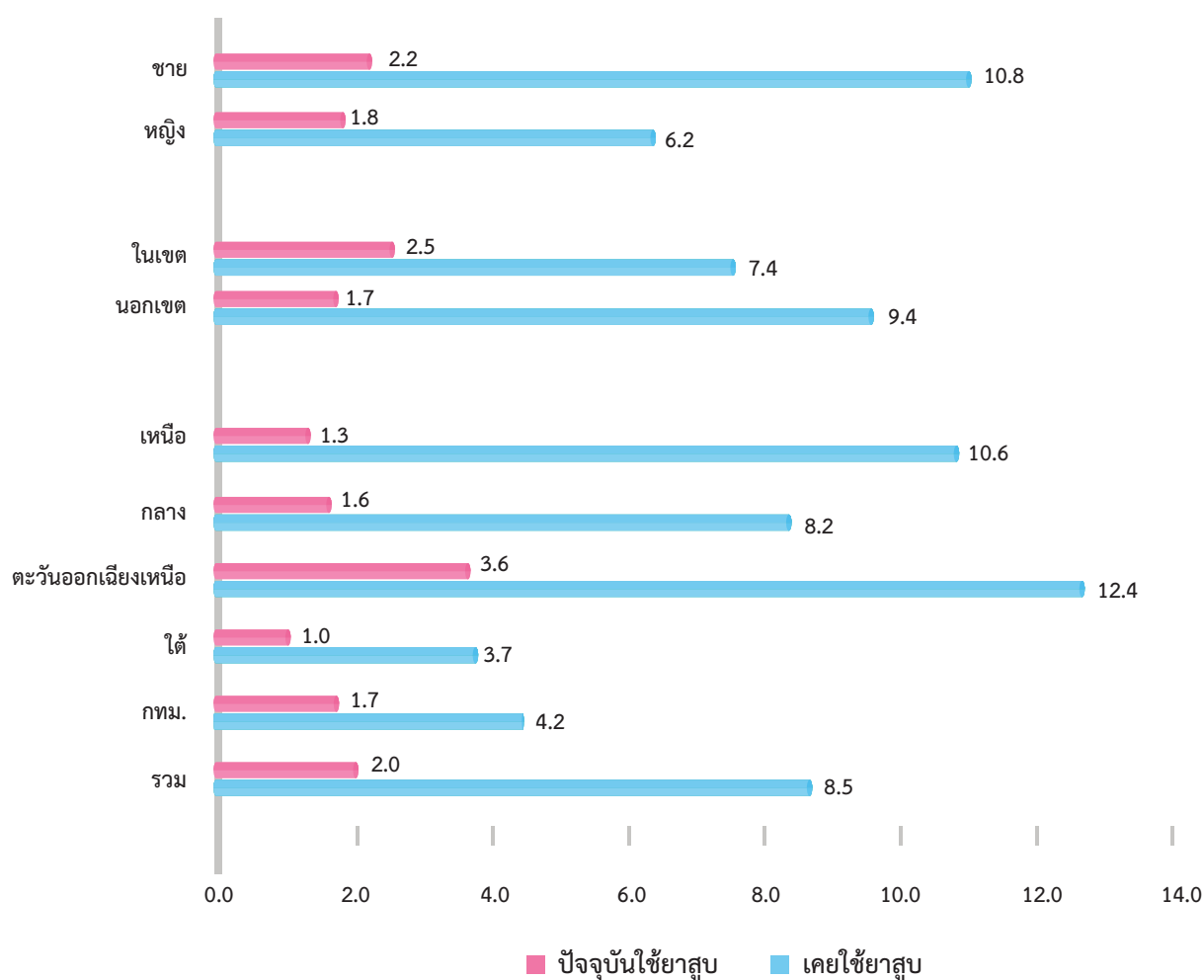
รูปที่ 4.13 ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่เคยถูกลั่นแกล้งหรือกลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกโซเชียลอินเทอร์เน็ต ในช่วง 12 เดือน จำแนกตามเพศ และอายุ



4.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

เด็กอายุ 10-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้ ร้อยละ 8.5 เคยสูบบุหรี่ซึ่งมากกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 (ร้อยละ 2.9) เด็กชายเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 10.8 (ปี 2563 มีร้อยละ 5.3) ซึ่งมากกว่าเด็กหญิงที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 6.2 (ปี 2563 มีร้อยละ 0.3) ซึ่งเด็กหญิงมี ร้อยละเพิ่มขึ้นชัดเจน เมื่อถามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เด็กชายเริ่มสูบที่อายุเฉลี่ย 11.1 ปี ในขณะที่เด็กหญิงเริ่มที่อายุ 11.5 ปีซึ่งเท่ากับกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 6

สำหรับการสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีร้อยละ 2.0 (เด็กชาย ร้อยละ 2.2 และ เด็กหญิง ร้อยละ 1.8) เมื่อวิเคราะห์แยกตามเขตการปกครองพบว่าเด็กในเขตเทศบาล สูบบุหรี่ร้อยละ 2.5 พบร้อยละมากกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลที่สูบบุหรี่ร้อยละ 1.7 เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค เด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 3.6 รองลงมาคือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 1.7 ภาคกลางร้อยละ 1.6 ภาคเหนือร้อยละ 1.3 และภาคใต้ร้อยละ 1.0 (รูปที่ 4.14)



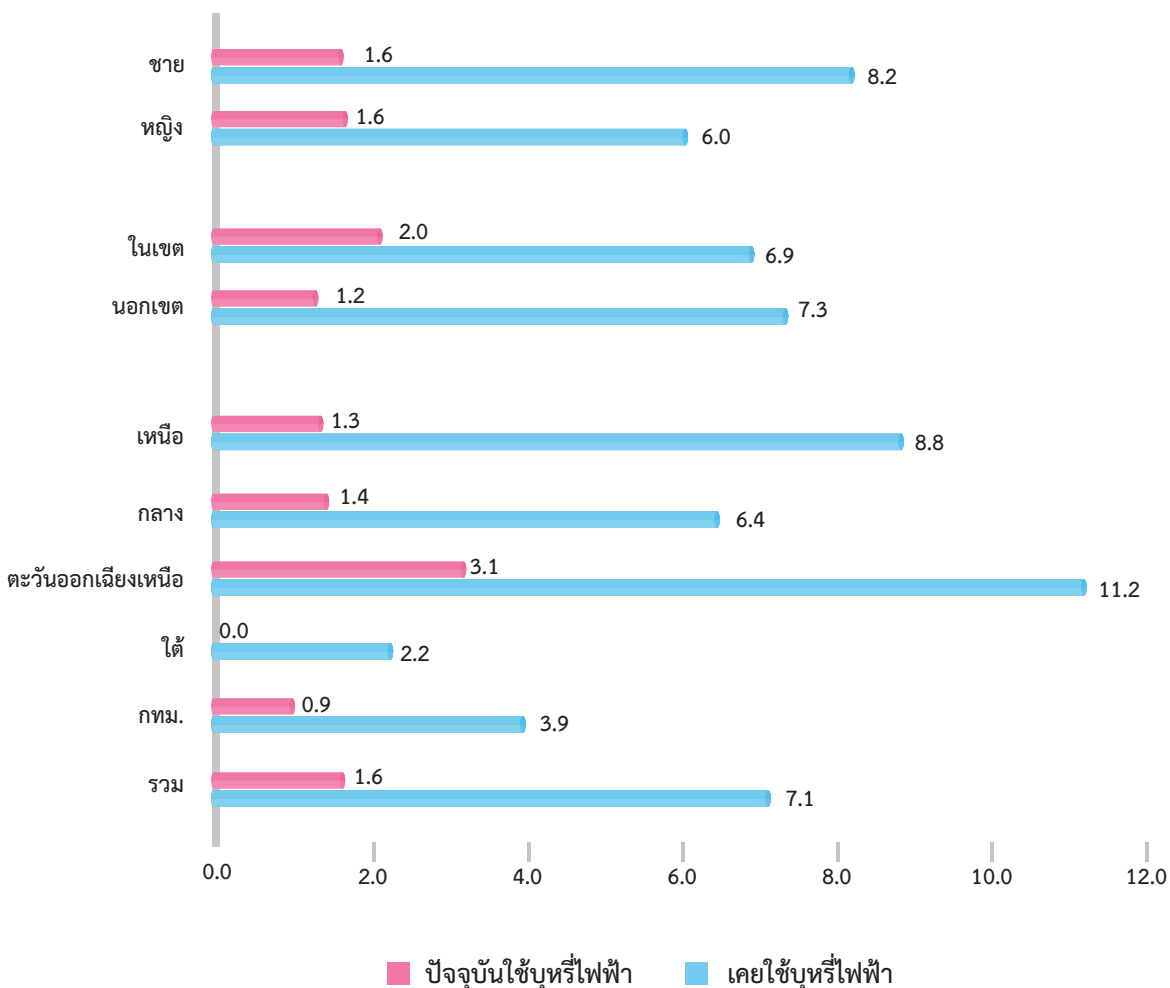
รูปที่ 4.14 ร้อยละของการเคยใช้ ปัจจุบันใช้ยาสูบ ในเด็กอายุ 10-14 ปี
จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



การเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า

เด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 7.1 เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า เด็กชายเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเด็กหญิง (ร้อยละ 8.2 และ ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 7.3 และ ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ) การกระจายตามภูมิภาค เด็กที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 11.2 รองลงมา ภาคเหนือ ร้อยละ 8.8 ภาคกลาง ร้อยละ 6.4 กรุงเทพฯ ร้อยละ 3.9 และภาคใต้ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ (รูปที่ 4.15) ร้อยละการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในการสำรวจครั้งนี้สูงกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ซึ่งเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพียงร้อยละ 1.2 (ชายร้อยละ 2.3 หญิงร้อยละ 0.1)

เด็กอายุ 10-14 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันร้อยละ 1.6 เด็กชายและเด็กหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากัน (ร้อยละ 1.6) เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.0 และ ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ) การกระจายตามภูมิภาค เด็กที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 3.1 รองลงมา ภาคกลาง ร้อยละ 1.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 1.3 กรุงเทพฯ ร้อยละ 0.9 และภาคใต้ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ (รูปที่ 4.15)

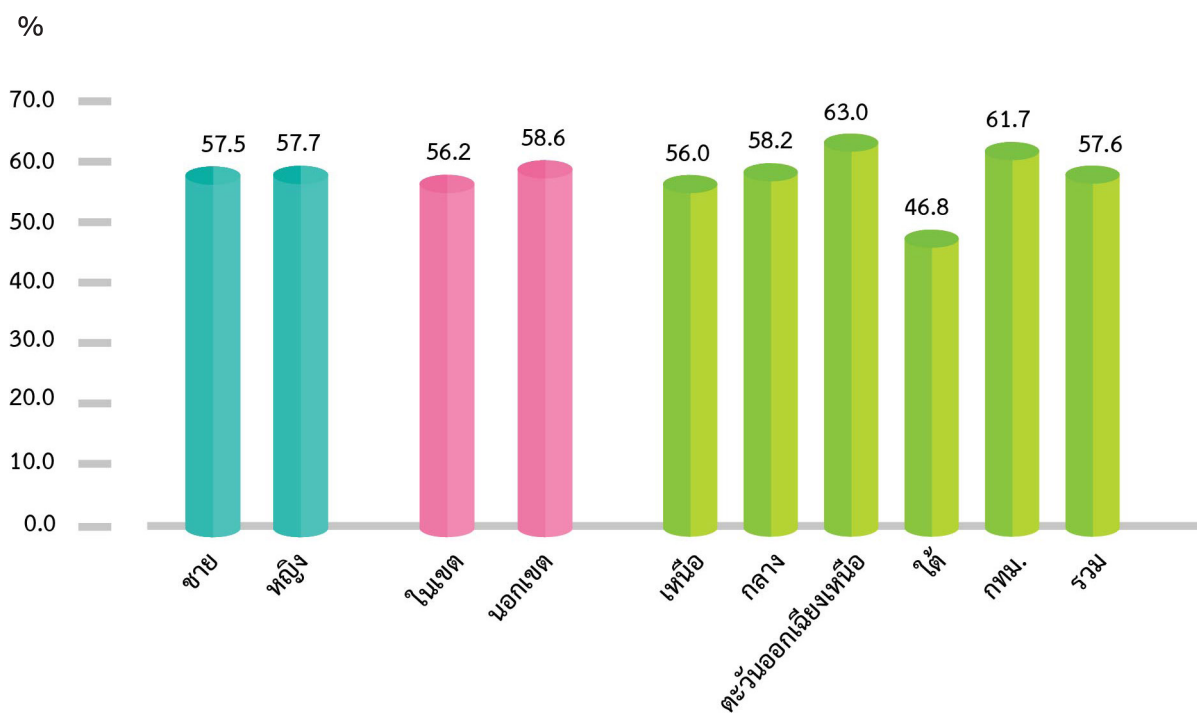


รูปที่ 4.15 ร้อยละการเคยใช้ ปัจจุบันใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กอายุ 10-14 ปี
จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การได้รับควันบุหรี่ในเด็ก

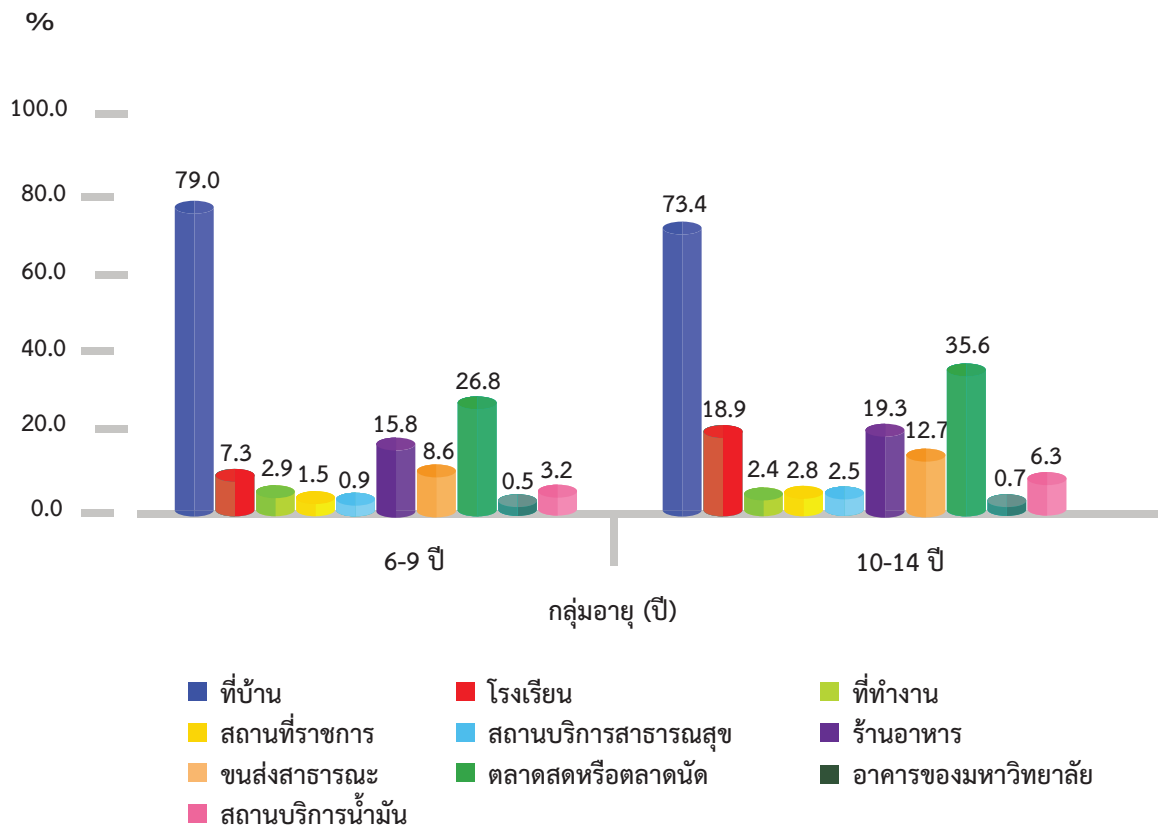
เด็กอายุ 6-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้เคยอยู่ใกล้และได้รับควันบุหรี่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 57.6 ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศและต่างกันเล็กน้อยระหว่างเขตการปกครอง เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค พบว่าเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเคยได้รับควันบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 63.0) รองลงมาคือ กรุงเทพฯ (ร้อยละ 61.7) ภาคกลาง (ร้อยละ 58.2) ภาคเหนือ (ร้อยละ 56.0) และภาคใต้ (ร้อยละ 46.8) ตามลำดับ (รูปที่ 4.16)

เด็กส่วนใหญ่ได้รับควันบุหรี่ที่บ้านมากที่สุด ตามมาด้วยตลาดสดหรือตลาดนัด ร้านอาหาร โรงเรียน และขนส่งสาธารณะ (รูปที่ 4.17) การลดอันตรายจากควันบุหรี่มือสองจึงควรพัฒนานวัตกรรมของมาตรการที่ดำเนินงานในบริบทครอบครัวให้เข้มข้นขึ้นและเพิ่มการดำเนินงานในบริบทโรงเรียนระดับมัธยมให้มากขึ้น รวมทั้งการดูแลสถานที่สาธารณะซึ่งมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแล้วให้จริงจัง



รูปที่ 4.16 ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ในเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค





รูปที่ 4.17 สถานที่ที่เด็กอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปีได้รับค่านูหรี่ จำแนกตามอายุ



การสูบบุหรี่ในแม่ขณะตั้งครรภ์

ร้อยละ 3.1 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 3.2 ของเด็กอายุ 6-14 ปี มีประวัติว่าแม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ความชุกการสูบบุหรี่ในแม่ขณะตั้งครรภ์ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล แม่เด็กในภาคกลาง มีการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์สูงสุด (รูปที่ 4.18-4.23) ความชุกของประวัติแม่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ในการสำรวจครั้งนี้ สูงกว่าการสำรวจปี 2563 ในเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 1.5) และอายุ 6-14 ปี (ร้อยละ 25)

การมีคนอาศัยในบ้านสูบบุหรี่

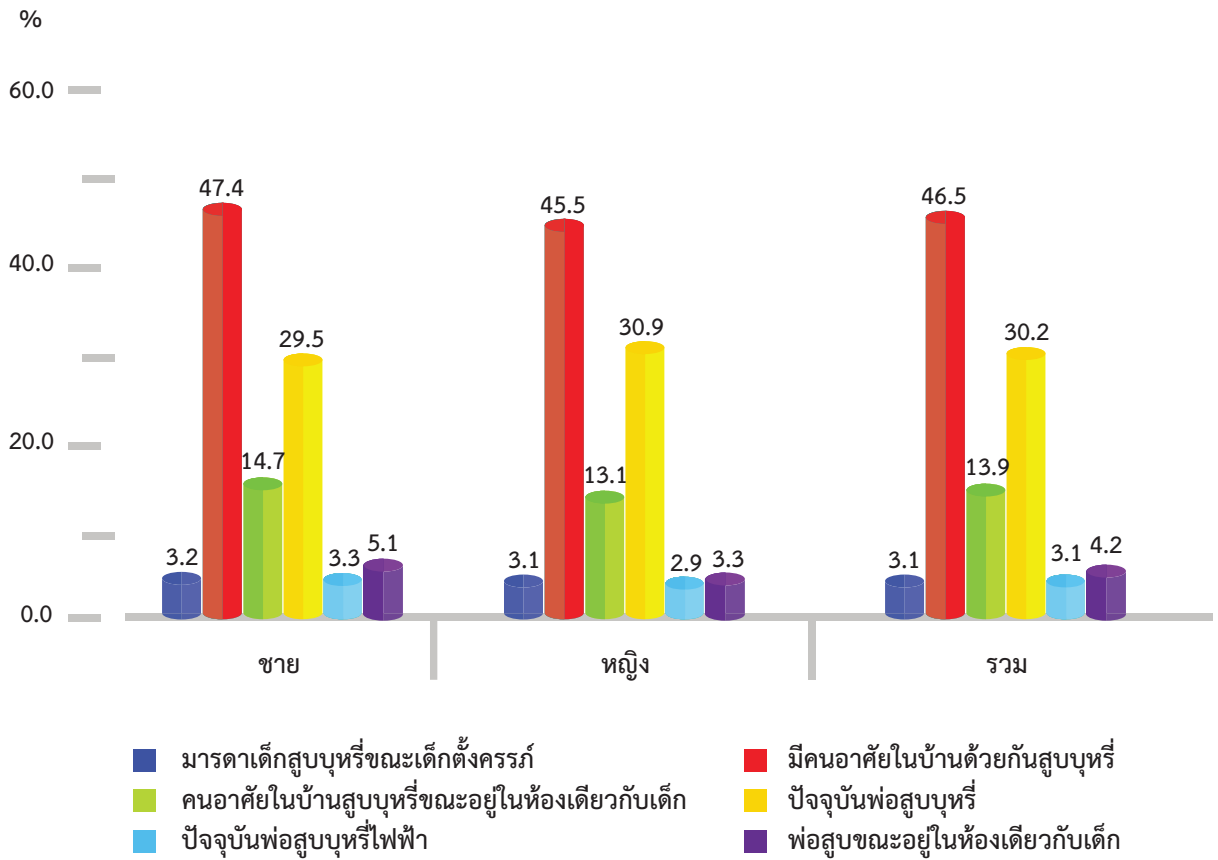
การได้รับควันบุหรี่ในบ้าน พบว่าร้อยละ 46.5 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 42.7 ของเด็กอายุ 6-14 ปี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ ความชุกนี้ต่ำกว่าผลการสำรวจฯ ในปี 2563 ที่มีร้อยละ 55.1 และ 51.2 ตามลำดับ สัดส่วนของการอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ของเด็กอายุ 1-5 ปี และเด็กอายุ 6-14 ปี พบว่า อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าโดยรวมร้อยละ 13.9 ของเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 16.2 ของเด็กอายุ 6-14 ปี มีคนสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ในห้องเดียวกัน (รูปที่ 4.18-4.23)

การสูบบุหรี่ของพ่อเด็ก

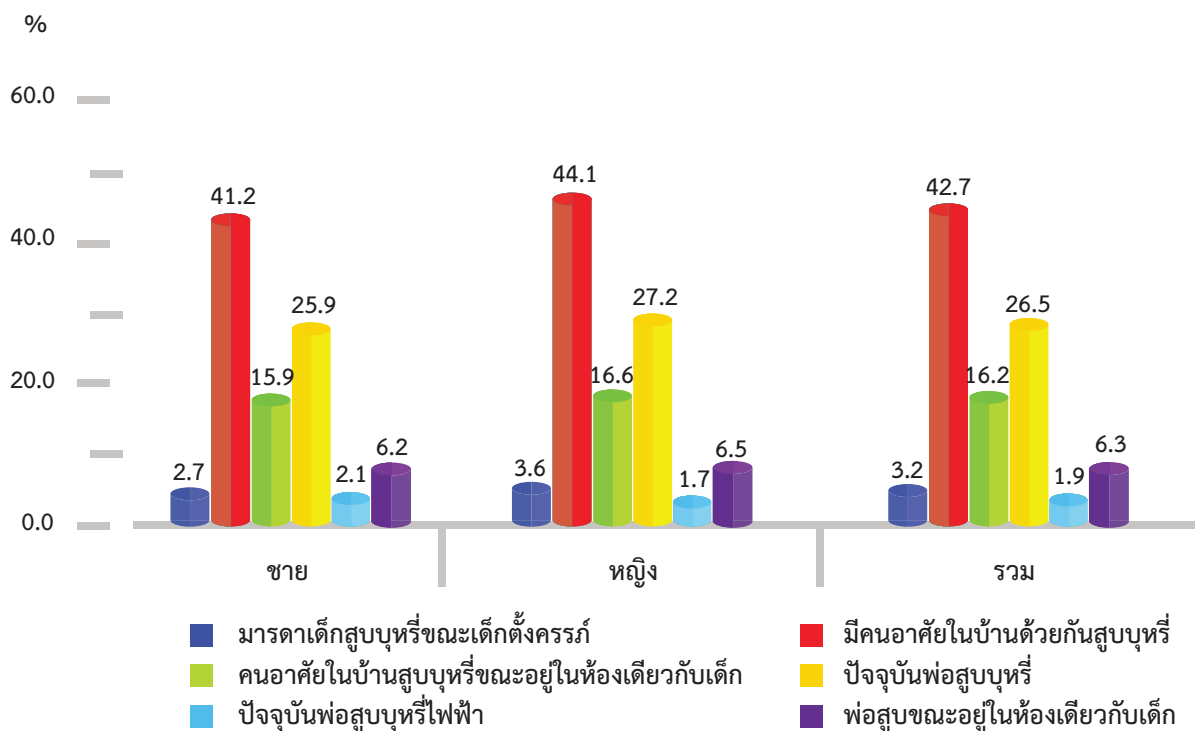
สัดส่วนของเด็กอายุ 1-5 ปี พ่อเด็กปัจจุบันสูบบุหรี่ มีร้อยละ 30.2 และของเด็กอายุ 6-14 ปี มีร้อยละ 26.5 พ่อที่เด็กที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเด็กอายุ 1-5 ปี มีร้อยละ 3.1 และของเด็กอายุ 6-14 ปี มีร้อยละ 1.9 นอกจากนี้ สัดส่วนของเด็กที่พ่อสูบบุหรี่เมื่อเด็กอยู่ในห้องเดียวกัน มีร้อยละ 4.2 ในเด็กอายุ 1-5 ปี และร้อยละ 6.3 ในเด็กอายุ 6-14 ปี สัดส่วนของเด็กที่พ่อสูบบุหรี่ในห้องเดียวกับเด็กลดลงกว่าผลการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 11.6 และ 8.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามภาคพบว่า ความชุกของเด็กอายุ 1-5 ปี และเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านสูงสุดในภาคใต้ (รูปที่ 4.18-4.23)

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ปี 2563 พบว่าร้อยละของแม่ที่สูบบุหรี่ตั้งครรภ์ สูงกว่าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 สำหรับคนในบ้านสูบบุหรี่ และพ่อที่สูบบุหรี่ในห้องเดียวกับเด็กของการสำรวจฯ ครั้งที่ 7 นี้ ลดลงจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 6

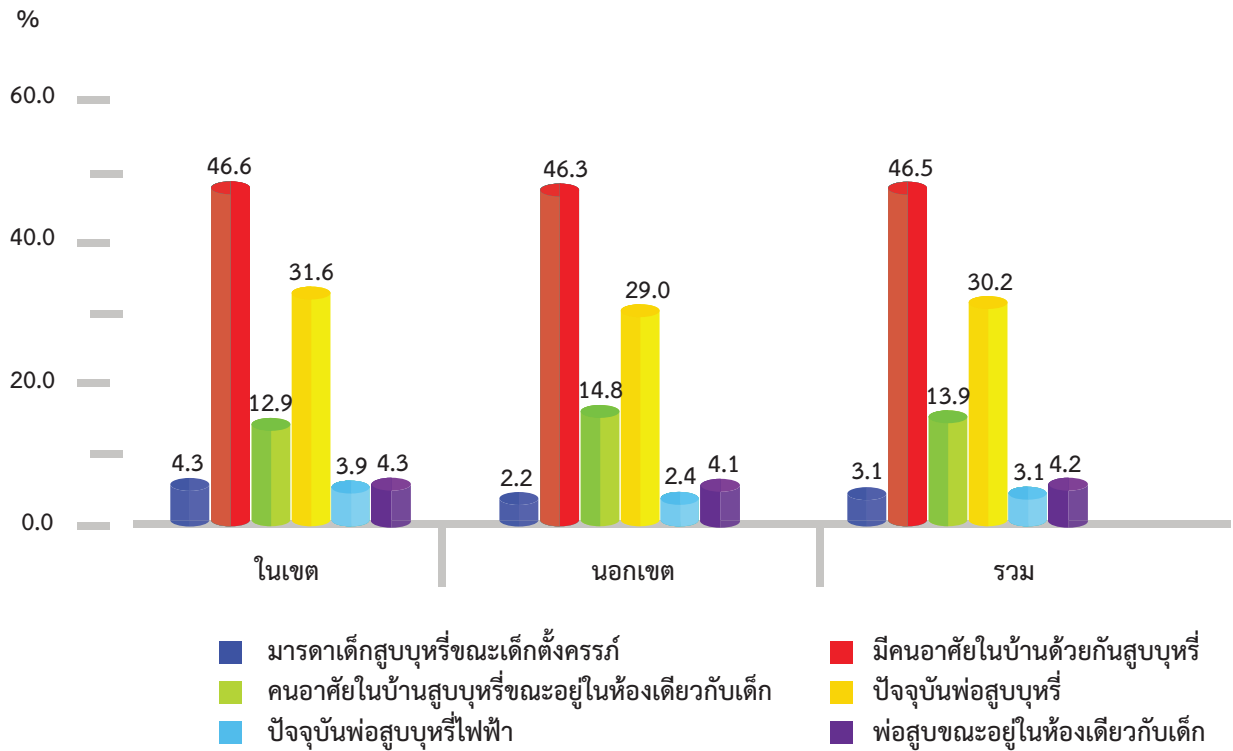




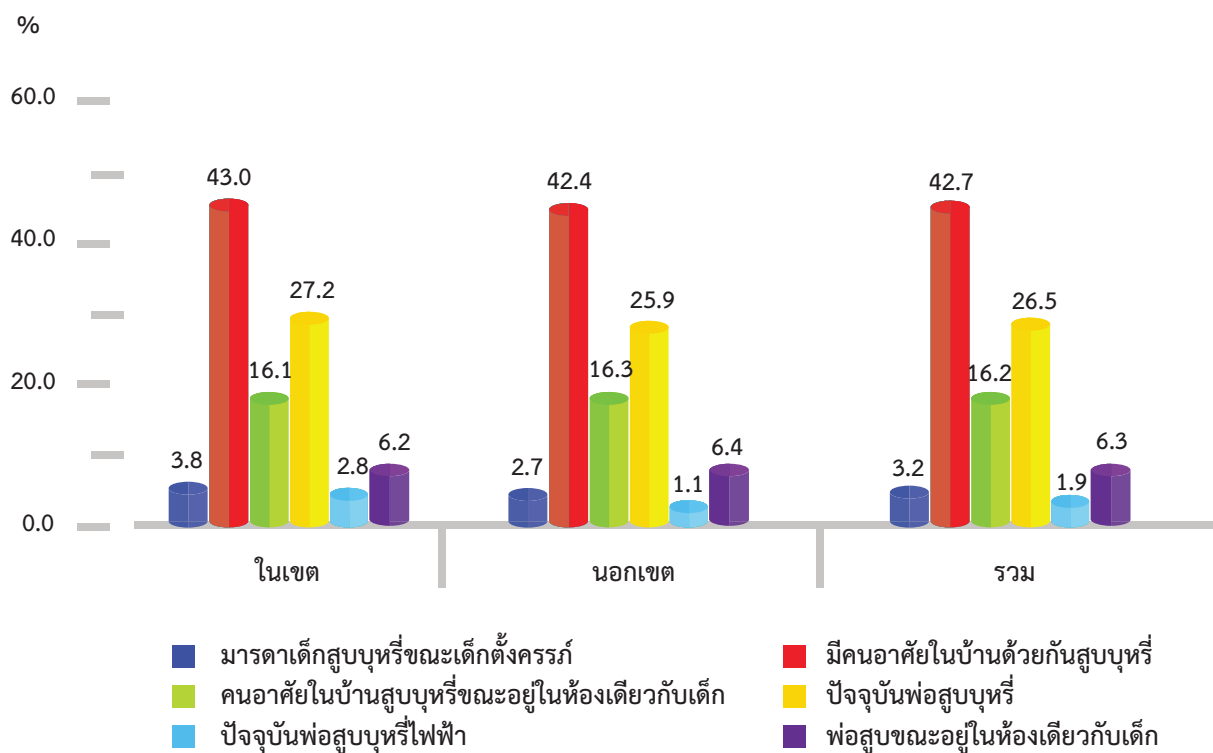
รูปที่ 4.18 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ



รูปที่ 4.19 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเพศ

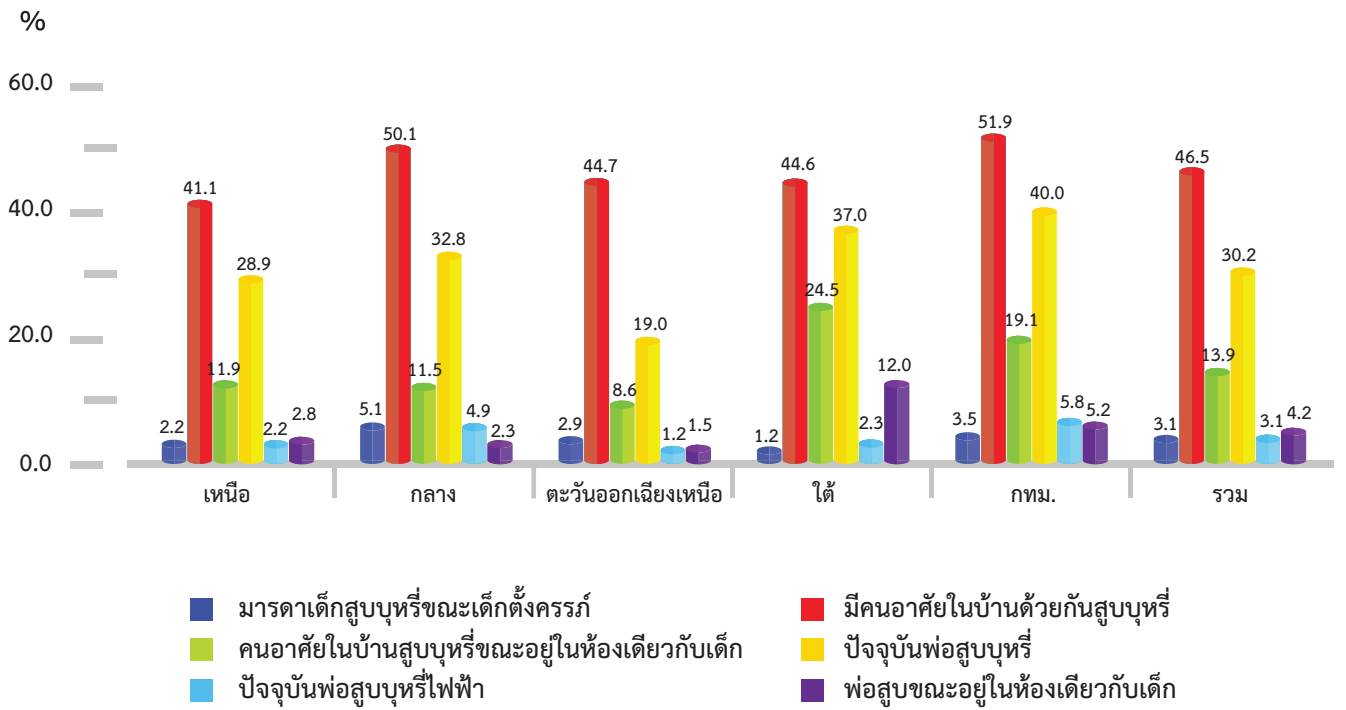


รูปที่ 4.20 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง

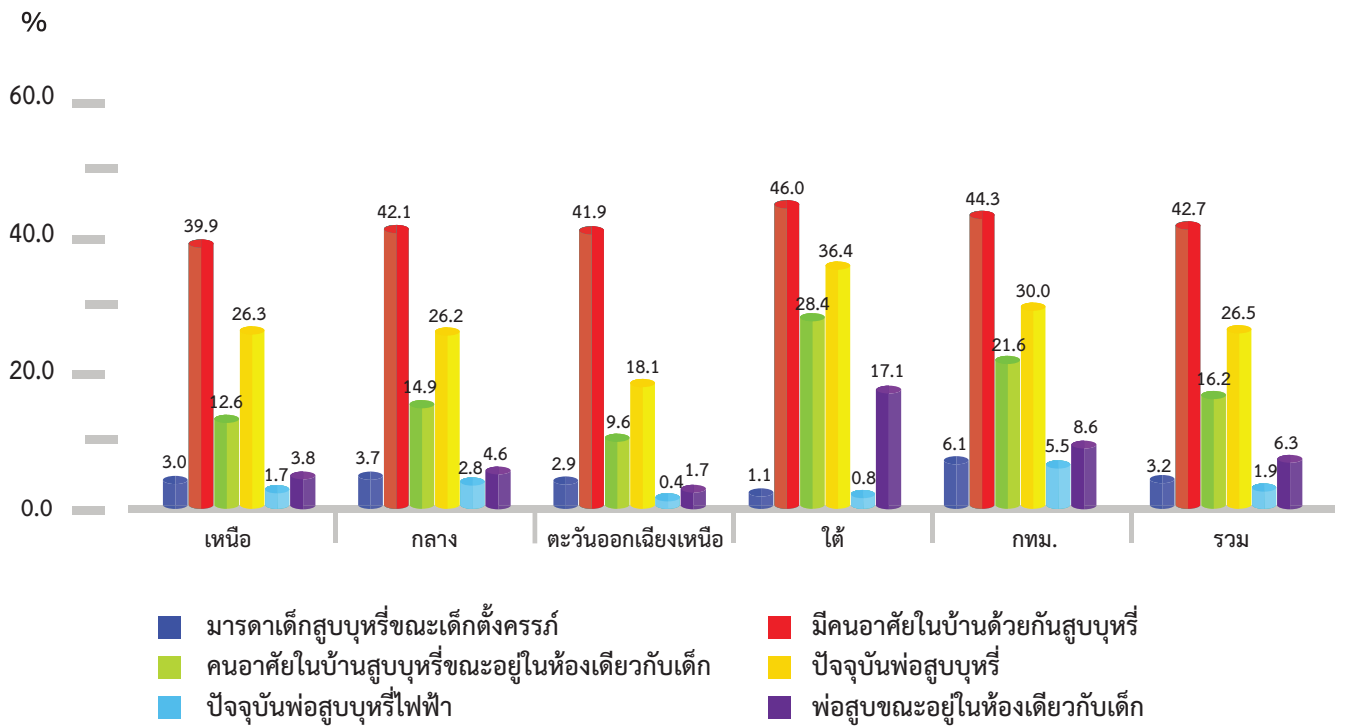


รูปที่ 4.21 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามเขตการปกครอง





รูปที่ 4.22 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค

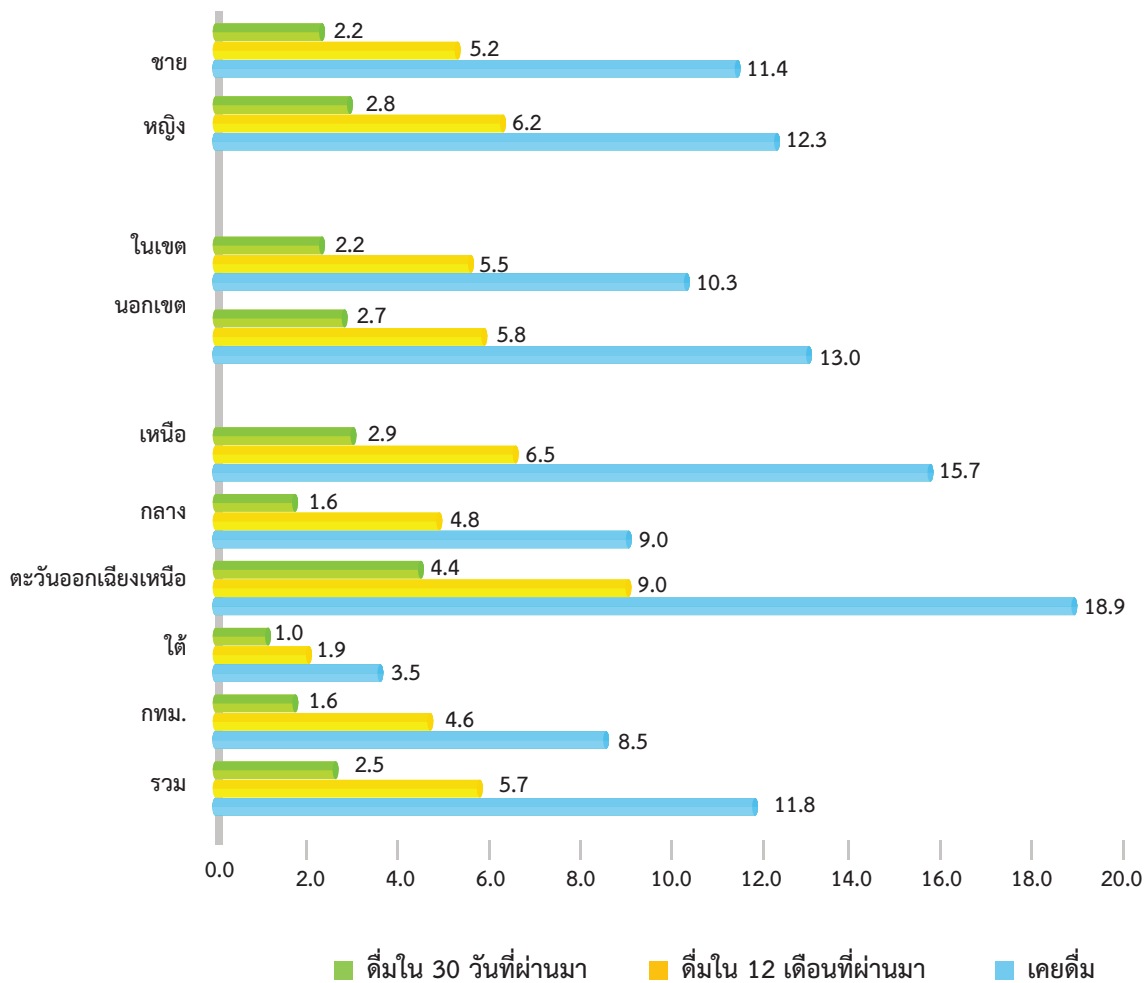


รูปที่ 4.23 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีประวัติได้รับควันบุหรี่ จำแนกตามภาค



4.7 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 5.7 ของเด็กอายุ 10-14 ปี ดื่มเหล้าในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมากกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 5 และ 6 (ร้อยละ 5.5 และ 4.5) เด็กหญิงมีการเคยดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา มากกว่าเด็กชายคือ ร้อยละ 6.2 และ 5.2 ตามลำดับ (ซึ่งการสำรวจ ครั้งที่ 5 และ 6 ที่เด็กหญิงตอบว่าดื่มร้อยละ 3.8 และ 4.4 เด็กชายร้อยละ 7.1 และ 4.6 ตามลำดับ) ในการสำรวจครั้งนี้ เด็กนอกเขตเทศบาลดื่มร้อยละ 5.8 (ครั้งที่ 6, ร้อยละ 4.9) สูงกว่าเด็กในเขตเทศบาลที่ดื่มร้อยละ 5.5 (ครั้งที่ 6, ร้อยละ 3.6) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มสูงที่สุด ร้อยละ 9.0 รองลงมา ภาคเหนือ มีร้อยละ 6.5 ภาคกลางร้อยละ 4.8 กรุงเทพฯ ร้อยละ 4.6 และภาคใต้ร้อยละ 1.9 โดยกรุงเทพฯ และภาคกลาง ดื่มเหล้าลดลงจากการสำรวจในครั้งที่ 6 (ร้อยละ 5.3 และ 6.1 ตามลำดับ) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ดื่มเหล้าเพิ่มขึ้นจากการสำรวจในครั้งที่ 6 (ร้อยละ 5.2, 4.0 และ 0.4 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.24)



รูปที่ 4.24 ร้อยละการดื่มสุราใน 12 เดือนที่ผ่านมา 30 วันที่ผ่านมา และเคยดื่ม ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



การดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์เพิ่มความเสี่ยงให้ทั้งตนเองและผู้อื่น ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กอายุ 10-14 ปีมีพฤติกรรมเสี่ยงนี้ลดลงจากปี พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 4.4) โดยการสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กที่เคยขับขี่รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ มีร้อยละ 1.0 ขับขี่หรือขี่จักรยานยนต์หลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 4.4

ร้อยละของเด็กอายุ 10-14 ปีที่ขับขี่รถจักรยานยนต์หรือขับรถยนต์หลังดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบผลสำรวจจาก พ.ศ. 2544-2568

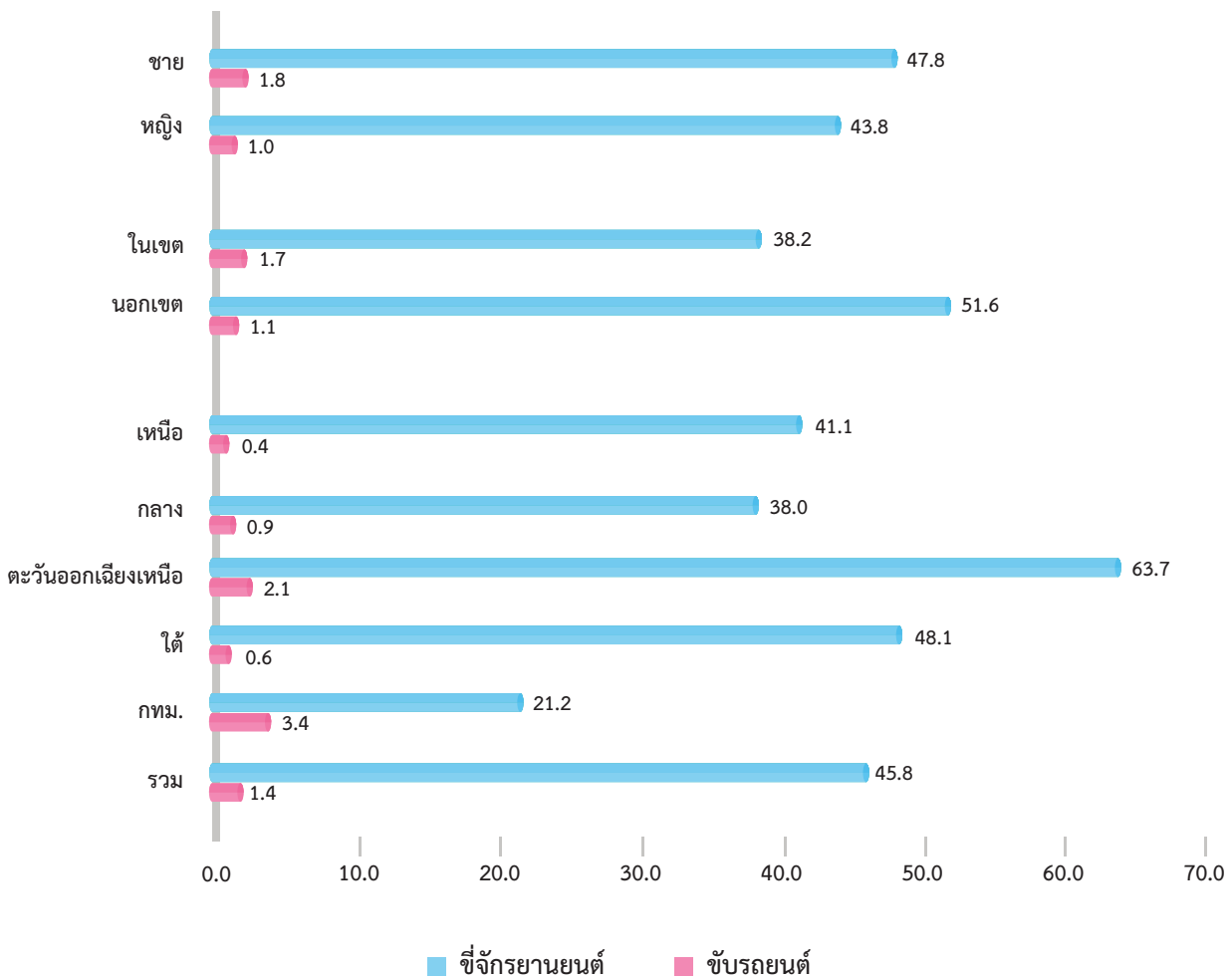
	เคยขับขี่รถจักรยานยนต์หรือขับรถยนต์หลังดื่มสุรา (ร้อยละ)
โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทยปี พ.ศ. 2544 ⁹	38.4
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	5.7
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	1.2
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	5.7
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568	1.0



4.8 การจับที่จักรยานยนต์และรถยนต์

การจับที่จักรยานยนต์

เด็กตัวอย่างอายุ 10-14 ปีในการสำรวจครั้งนี้ ร้อยละ 45.8 จับที่รถจักรยานยนต์เองทั้งที่อายุยังไม่ถึงวัยที่จะทำใบขับขี่ เด็กชายจับที่รถจักรยานยนต์ร้อยละ 47.8 ซึ่งมากกว่าเด็กหญิงที่จับเองร้อยละ 43.8 สัดส่วนของจับที่รถจักรยานยนต์ต่ำกว่าการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 49.3 (ชายร้อยละ 53.7 หญิงร้อยละ 44.6) เด็กนอกเขตเทศบาล จับที่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 51.6) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (ร้อยละ 38.2) เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ จับที่รถจักรยานยนต์น้อยกว่าเด็กในภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน (ร้อยละ 21.2) ภาคกลางร้อยละ 38.0 ภาคเหนือร้อยละ 41.1 ภาคใต้ร้อยละ 48.1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 63.7 (รูปที่ 4.25)



รูปที่ 4.25 ร้อยละการขี่รถจักรยานยนต์และขับรถยนต์ ในเด็กอายุ 10-14 ปี จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



เด็กที่ขับขีรถจักรยานยนต์เองในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 55.3 ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ที่พบร้อยละ 32.3 อัตราการสวมหมวกนิรภัยมีความแตกต่างระหว่างภาคโดยเด็กในกรุงเทพฯ ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ต่ำกว่าภาคอื่น (ตารางที่ 4.5) ในเด็กที่เคยซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 7.2 ใช้สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง และร้อยละ 63.6 ของเด็กในการสำรวจครั้งนี้ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยเมื่อซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ ในขณะที่พบเพียงร้อยละ 55.0 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.5

ร้อยละของการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ของเด็กอายุ 10-14 ปี
จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

การสวมหมวกนิรภัย	ไม่เคยสวม	สวมบางครั้ง	สวมทุกครั้ง
เพศ			
ชาย	52.1	40.1	7.9
หญิง	58.7	36.0	5.3
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	51.9	40.7	7.3
นอกเขตเทศบาล	57.2	36.6	6.2
ภาค			
เหนือ	59.9	32.2	7.9
กลาง	50.2	42.5	7.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	61.2	33.2	5.6
ใต้	51.5	43.7	4.8
กทม.	33.7	50.8	15.6
รวม	55.3	38.1	6.6

การสวมหมวกนิรภัย	ไม่เคยสวม	สวมบางครั้ง	สวมทุกครั้ง
เพศ			
ชาย	62.3	30.7	7.0
หญิง	65.0	27.6	7.4
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	58.7	32.7	8.6
นอกเขตเทศบาล	67.3	26.5	6.2
ภาค			
เหนือ	70.4	23.3	6.3
กลาง	62.8	29.2	8.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	66.3	25.9	7.8
ใต้	71.3	27.2	1.6
กทม.	35.4	49.8	14.8
รวม	63.6	29.2	7.2



การขับรถยนต์

เด็กอายุ 10-14 ปีที่ขับรถยนต์เองมี ร้อยละ 1.4 ซึ่งน้อยกว่าเด็กที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เองเป็นอย่างมาก เพศชายขับรถยนต์เองสูงกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 1.8 และ ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ) สัดส่วนของเด็กที่ขับรถยนต์เองน้อยกว่าการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมี ร้อยละ 3.0 (ชายร้อยละ 4.1 และหญิงร้อยละ 1.7) เด็กในเขตเทศบาลขับรถยนต์เอง ร้อยละ 1.7 สูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลที่พบร้อยละ 1.1 เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาค เด็กในกรุงเทพฯ ร้อยละ 3.4 รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.1 ภาคกลาง ร้อยละ 0.9 ภาคใต้ ร้อยละ 0.6 และภาคเหนือ ร้อยละ 0.4 สำหรับอายุน้อยที่สุดที่เริ่มขับรถยนต์เอง ในเด็กชาย 8 ปีและเด็กหญิง 11 ปี

เด็กที่ขับรถยนต์เองในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 54.7 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 24.7 คาดเป็นบางครั้ง และร้อยละ 20.7 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย (ตารางที่ 4.7) ซึ่งเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ที่พบ ร้อยละ 48.3 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 39.9 คาดเป็นบางครั้งและ ร้อยละ 11.8 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย สำหรับเด็กที่เคยนั่งข้างหน้าข้างคนขับรถยนต์ในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เด็กเหล่านี้ คาดเข็มขัดนิรภัยลดลงจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เป็น ร้อยละ 30.2 คาดทุกครั้ง ร้อยละ 30.7 คาดเป็นบางครั้ง และ ร้อยละ 39.2 ไม่เคยคาดเข็มขัดนิรภัย (ตารางที่ 4.8)

การสำรวจฯ ครั้งนี้พบเด็กมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัย ลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมและความเคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมายที่ลดลงจากเดิม

สังคมไทยควรตระหนักถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กไทยทั้งหลายดังกล่าวในบพนี้ หากไม่ได้รับการหล่อหลอมหรือแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องจากครอบครัว โรงเรียนและสังคม พฤติกรรมเสี่ยงอาจ ฝังลึกเป็นนิสัยจนเป็นผู้ใหญ่ ที่แก้ไขได้ยากกว่าและมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

การคาดเข็มขัดนิรภัย	ไม่เคยคาด	คาดบางครั้ง	คาดทุกครั้ง
IWศ			
ชาย	15.0	30.1	54.9
หญิง	31.4	14.3	54.3
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	32.2	28.6	39.2
นอกเขตเทศบาล	4.9	19.2	75.9
ภาค			
เหนือ	55.8	0.0	44.2
กลาง	13.8	34.4	51.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	29.0	19.5	29.0
ใต้	7.6	30.2	62.2
กทม.	41.0	12.6	46.4
รวม	20.7	24.7	54.7

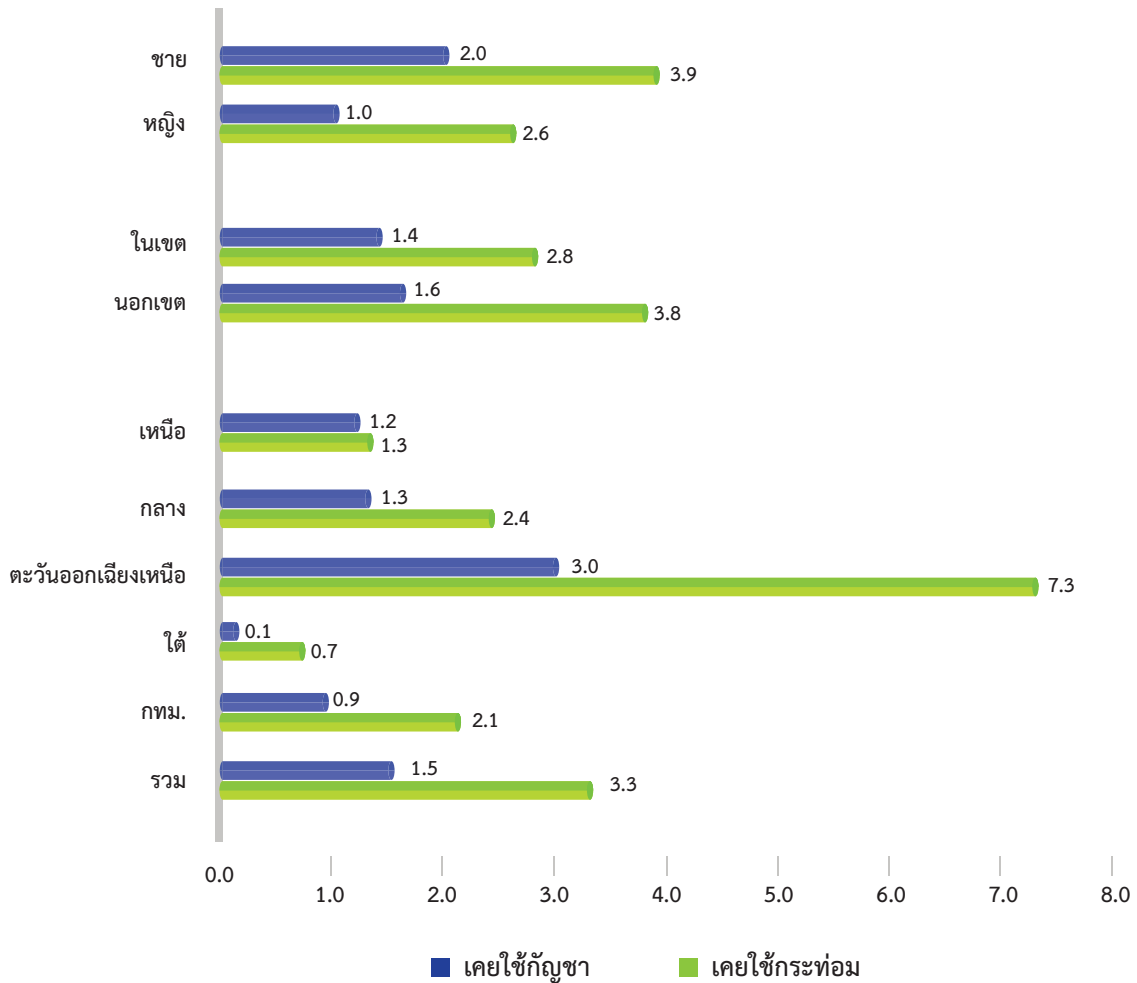


การคาดเข็มขัดนิรภัย	ไม่เคยคาด	คาดบางครั้ง	คาดทุกครั้ง
IWF			
ชาย	38.0	31.0	31.0
หญิง	40.3	30.4	29.3
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	34.3	32.8	32.8
นอกเขตเทศบาล	42.9	29.0	28.1
ภาค			
เหนือ	43.6	22.4	34.1
กลาง	29.7	36.6	33.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	37.5	25.1	37.4
ใต้	62.3	31.3	6.4
กทม.	16.6	41.5	41.9
รวม	39.2	30.7	30.2



4.9 พฤติกรรมการใช้กัญชาและกระท่อม

เด็กอายุ 10-14 ปี เคยใช้กัญชาร้อยละ 1.5 (ชายร้อยละ 2.0 หญิงร้อยละ 1.0) และเคยใช้กระท่อมร้อยละ 3.3 (ชายร้อยละ 3.9 หญิงร้อยละ 2.6) เด็กที่อยู่ในนอกเขตเทศบาลเคยใช้กัญชาและกระท่อมมากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเคยใช้กัญชาและกระท่อมมากที่สุด (ร้อยละ 3.0 และ ร้อยละ 7.3 ตามลำดับ) ส่วนภาคใต้เคยใช้กัญชาและกระท่อมน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.1 และ ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ) (รูปที่ 4.26)



รูปที่ 4.26 ร้อยละการใช้กัญชา และกระท่อม ในเด็กอายุ 10-14 ปี
จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค





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. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.
5. Julian V, Ring-Dimitriou S, Wyszynska 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. Epub 2014 Jun 5.
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.
9. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองदारกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. ชาติใหญ่: ลิขสิทธิ์การพิมพ์จำกัด, 2547.



พฤติกรรม การบริโภคอาหาร



บทที่ 5

พฤติกรรม การบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและอาหารเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของมนุษย์ในทุกช่วงชีวิต มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิเป็นต้นมา^{1,2} ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคที่เชื่อมโยงกับภาวะโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตยังเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคเรื้อรังของช่วงชีวิตภายหลัง^{1, 3-5}

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างประชาชนไทยในทุกกลุ่มอายุ โดยรายงานฉบับนี้ได้นำเสนอพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 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 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้น้ำ การให้อาหารอื่นๆ และการให้นมขวด จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 85.5 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนได้ดูดหัวนมใน 2-3 วันแรกหลังคลอด โดยเด็กหญิงดูดหัวนมสูงกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 91.5 และ 77.9 ตามลำดับ) และเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลดูดหัวนมสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 84.1 และ 83.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.1) ร้อยละของการดูดหัวนมใกล้เคียงกับการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 (ร้อยละ 86.0, ชายร้อยละ 86.6 และหญิงร้อยละ 55.5)

สำหรับการกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด โดยไม่รวมนับรวมวันที่เด็กดูดหัวนมพบว่า ร้อยละ 90.0 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด โดยเด็กหญิงกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 96.7 และ 85.0 ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 93.5 และ 87.3 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคพบว่าเด็กที่อาศัยในภาคเหนือ (ร้อยละ 97.6) กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดสูงที่สุด รองลงมาคือ เด็กที่อาศัยในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 95.9) (ตารางที่ 5.2) ร้อยละการกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดในการสำรวจนี้ต่ำกว่าผลการสำรวจปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 92.9 (ชายร้อยละ 85.5 และหญิงร้อยละ 86.6)

ตารางที่ 5.1

ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนได้ดูดหัวนมใน 2-3 วันแรกหลังคลอด จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

การดูดหัวนม	จำนวน ตัวอย่าง (n = 275)	เพศ		เขตการปกครอง		รวม
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	
ได้	235	77.9	91.5	84.1	83.2	85.5
ไม่ได้	35	20.4	8.2	15.7	14.5	12.7
ไม่ทราบ	5	1.7	0.3	0.15	2.4	1.8



	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	148	85.0	127	96.7	275	90.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	92	81.9	76	95.0	168	87.3
นอกเขตเทศบาล	56	89.3	51	98.9	107	93.5
ภาค						
เหนือ	27	100.0	34	95.4	61	97.6
กลาง	34	71.7	31	99.1	65	83.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	49	85.4	25	99.1	74	90.3
ใต้	21	85.3	20	88.9	41	87.0
กทม.	17	96.5	17	95.1	34	95.9
*ไม่นับรวมวันที่ให้ดูหัวนม						

องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ แนะนำให้เด็กเริ่มกินนมแม่ตั้งแต่ชั่วโมงแรกที่ทารกเกิด และกินนมแม่อย่างเดียว โดยไม่กินอาหารอื่นหรือของเหลวรวมถึงน้ำ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน (Exclusive breastfeeding) และเมื่ออายุ 6 เดือน เด็กควรเริ่มอาหารตามวัย ในขณะที่ได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปีหรือมากกว่า โดยองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568⁷

ตารางที่ 5.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่ปัจจุบันพบว่าในวันสัมภาษณ์ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงร้อยละ 19.3 เด็กชายกินนมแม่ปัจจุบันสูงกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 19.6 และ 18.9 ตามลำดับ) และเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลปัจจุบันกินนมแม่สูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 22.6 และ 15.2 ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยในภาคใต้ปัจจุบันกินนมแม่ (ร้อยละ 46.2) สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น ร้อยละของการดื่มนมแม่ใน 24 ชั่วโมงนี้ต่ำกว่าการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมีร้อยละ 27.3 (ชายร้อยละ 26.5 และหญิงร้อยละ 28.3)

ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของอายุที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนเริ่มกินน้ำ (ตารางที่ 5.4) พบว่าค่าเฉลี่ยอายุที่เด็กเริ่มกินน้ำเท่ากับ 4.4 เดือน หรือ 4 เดือน 12 วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 เดือน) เด็กหญิงและเด็กชายเริ่มกินน้ำใกล้เคียงกัน โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเริ่มกินน้ำเร็วกว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	133	19.6	119	18.9	252	19.3
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	82	22.6	70	22.6	152	22.6
นอกเขตเทศบาล	51	15.7	49	14.6	100	15.2
ภาค						
เหนือ	27	43.0	31	8.8	58	25.2
กลาง	27	8.3	30	12.7	57	10.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	45	10.1	24	14.7	69	11.9
ใต้	18	49.6	18	42.6	36	46.2
กทม.	16	22.1	16	31.4	32	26.3

สำหรับการเริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน เริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เท่ากับ 5.9 เดือน หรือ 5 เดือน 27 วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 เดือน) เด็กหญิง เริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เร็วกว่าเด็กชาย โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เริ่มกินอาหารอื่นนอกจากนมแม่เท่ากัน (ตารางที่ 5.5)

ค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มกินนมขวด/นมผงเท่ากับ 4.0 เดือน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 เดือน) เด็กชายและเด็กหญิง เริ่มกินนมขวดเท่ากัน (ค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มกินนมขวด/นมผง อายุต่ำกว่าผลการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งพบ 5.8 เดือน) เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเริ่มกินนมขวด/นมผงเร็วกว่าเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 5.6) ขณะที่ค่าเฉลี่ย อายุที่เลิกกินนมขวดเท่ากับ 7.4 เดือน หรือ 7 เดือน 12 วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 เดือน) เด็กชายเลิกกินนมขวดเร็วกว่า เด็กหญิง เด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเลิกกินนมขวดเร็วกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ตารางที่ 5.7)



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	142	4.4 (2.6); 6.0	115	4.5 (2.2); 6.0	257	4.4 (2.4); 6.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	89	4.8 (2.6); 6.0	68	4.5 (2.2); 6.0	157	4.7 (2.5); 6.0
นอกเขตเทศบาล	53	3.9 (2.4); 4.0	47	4.4 (2.1); 6.0	100	4.1 (2.3); 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	146	6.1 (2.3); 6.0	127	5.7 (2.0); 6.0	273	5.9 (2.1); 6.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	91	6.0 (2.0); 6.0	76	5.9 (1.8); 6.0	167	5.9 (1.9); 6.0
นอกเขตเทศบาล	55	6.2 (2.5); 6.0	51	5.5 (2.1); 6.0	106	5.9 (2.4); 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	110	4.0 (2.7); 3.0	96	4.0 (2.6); 3.0	206	4.0 (2.7); 3.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	71	4.2 (2.9); 3.0	56	3.4 (2.3); 3.0	127	3.9 (2.7); 3.0
นอกเขตเทศบาล	39	3.6 (2.3); 3.0	40	4.7 (2.9); 5.0	79	4.1 (2.6); 4.0

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	5	6.7 (1.1); 7.0	7	8.2 (2.0); 9.0	12	7.4 (1.7); 7.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	0	0.0 (0.0); 0.0	4	7.4 (1.7); 7.0	4	7.4 (1.7); 7.0
นอกเขตเทศบาล	5	6.7 (1.1); 7.0	3	9.2 (0.7); 10.0	8	7.3 (1.7); 7.0



ในเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่ทำการสำรวจพบ ร้อยละ 33.6 ที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (สัดส่วนนี้สูงกว่าผลการสำรวจปี 2563 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 12.5) เด็กหญิงมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กชายเล็กน้อย เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 41.5 และ 21.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.8) จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปยังห่างไกลจากเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (อย่างน้อยร้อยละ 50) ในปี ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568 ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 5.8

จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	33.0	119	34.3	255	33.6
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	88	43.3	74	38.9	162	41.5
นอกเขตเทศบาล	48	15.4	45	28.3	93	21.5

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับกินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป พบร้อยละ 56.5 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป (สัดส่วนนี้สูงกว่าผลการสำรวจปี 2563 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 26.1) โดยเด็กหญิงมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กชายเล็กน้อย เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 64.8 และ 43.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.9

จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	55.4	119	57.8	255	56.5
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	88	67.1	74	61.6	162	64.8
นอกเขตเทศบาล	48	35.6	45	53.0	93	43.9



5.2 พฤติกรรมการเตรียมอาหารสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน

ร้อยละ 49.0 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็ก (ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจฯ ปี 2563 (ร้อยละ 52.3)) โดยเด็กอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนทั้งชายและหญิง มีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 52.4 และ 46.4 ตามลำดับ) โดยเด็กที่อาศัยในภาคเหนือมีสัดส่วนที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองมีการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับเด็กสูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น (ตารางที่ 5.10)

วิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลัก ประกอบด้วย ปิ้ง/ย่าง/อบ ต้ม/นึ่ง ผัด และทอดที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดอันดับแรกคือ ต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 63.7) รองลงมาคือ ผัด (ร้อยละ 14.8) ทอด (ร้อยละ 14.3) และปิ้ง/ย่าง/อบ (ร้อยละ 7.2) สำหรับเด็กอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน วิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่เด็กกลุ่มอายุนี้อินบ่อยที่สุดอันดับแรกคือ ทอด (ร้อยละ 40.2) รองลงมาคือ ต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 39.6) ปิ้ง/ย่าง/อบ (ร้อยละ 7.2) และผัด (ร้อยละ 9.9) (ตารางที่ 5.11)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง พบว่าวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน ที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลกินบ่อยที่สุดอันดับแรกยังคงเป็นต้ม/นึ่ง (ร้อยละ 45.3 และ 39.5 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ทอด (ร้อยละ 35.7 และ 38.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.12) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค จะเห็นความแตกต่างของสัดส่วนของวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักยกตัวอย่างเช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้การต้ม/นึ่งเป็นวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุดอันดับแรก (ร้อยละ 39.5) ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับภาคกลาง (ร้อยละ 39.5) แต่ยังคงเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาคเหนือ (ร้อยละ 48.3) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 46.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 42.3) ขณะเดียวกัน สัดส่วนของการปรุงประกอบอาหารด้วยการทอดสำหรับเด็กที่อาศัยในภาคกลาง (ร้อยละ 42.4) สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ 42.2) (ตารางที่ 5.13)



	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	72.3	119	77.7	255	74.6
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,058	45.2	1,017	47.0	2,075	46.1
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	620	52.4	588	52.3	1,208	52.4
นอกเขตเทศบาล	574	45.2	548	47.8	1,122	46.4
ภาค						
เหนือ	289	56.6	264	61.2	553	58.8
กลาง	281	50.9	282	56.4	563	53.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	295	60.5	269	55.2	564	57.9
ใต้	233	25.3	218	27.7	451	26.5
กทม.	96	37.4	103	40.9	199	39.1
รวม	1,194	48.3	1,136	49.8	2,330	49.0

วิธีการปรุงประกอบ	ชาย (n = 1,194)		หญิง (n = 1,136)		รวม (n = 2,330)	
	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 136)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 1,058)	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 119)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 1,017)	1 ปี-1 ปี 11 เดือน (n = 255)	2 ปี-5 ปี 11 เดือน (n = 2,075)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	7.5	11.3	6.9	9.3	7.2	10.3
ต้ม/นึ่ง	63.4	36.9	64.1	42.3	63.7	39.6
ผัด	14.5	10.3	15.1	9.6	14.8	9.9
ทอด	14.6	41.6	13.9	38.8	14.3	40.2



ตารางที่ 5.12

ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด

วิธีการปรุงประกอบ	ชาย (n = 1,208)		หญิง (n = 1,122)		รวม (n = 2,330)	
	ในเขต (n = 620)	นอกเขต (n = 574)	ในเขต (n = 588)	นอกเขต (n = 548)	ในเขต (n = 1,208)	นอกเขต (n = 1,122)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	8.3	12.9	7.3	10.5	7.8	11.7
ต้ม/นึ่ง	46.6	34.8	44.0	44.6	45.3	39.5
ผัด	11.1	10.5	11.3	9.2	11.2	9.8
ทอด	34.1	41.9	37.4	35.8	35.7	38.9

ตารางที่ 5.13

ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน จำแนกตามภาค และวิธีการปรุงประกอบอาหารมื้อหลักที่เด็กกินบ่อยที่สุด

วิธีการปรุงประกอบ	เหนือ (n = 553)	กลาง (n = 563)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 564)	ใต้ (n = 451)	กทม. (n = 199)	รวม (n = 2,330)
ปิ้ง/ย่าง/อบ	7.4	7.4	18.3	4.3	7.5	10.0
ต้ม/นึ่ง	48.3	39.5	39.5	42.3	46.5	42.1
ผัด	14.5	10.7	6.3	11.2	14.1	10.4
ทอด	29.8	42.4	36.0	42.2	32.0	37.5



5.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหาร และแหล่งอาหาร สำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน

ร้อยละ 48.0 ถึง 75.9 ของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่โดยปกติทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นของเล่น เดิน/วิ่งเล่น ขณะกินอาหาร เด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนมีสัดส่วนของทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กกลุ่มอื่น เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 74.4) มีสัดส่วนของทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 71.6) ร้อยละ 77.3 ของเด็กที่อาศัยในกรุงเทพฯ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะกินอาหารสูงกว่าเด็กที่อาศัยในภูมิภาคอื่น รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 77.0) (ตารางที่ 5.14) พฤติกรรมการกินดังกล่าวข้างต้นคล้ายคลึงกับผลการสำรวจฯ ปี 2563

ในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาหารมือเย็นถูกเลือกเป็นตัวแทนของมื้ออาหารหลัก เนื่องจากเป็นมื้อที่มีโอกาสในการปรุงประกอบอาหารเองได้มากที่สุด จากการสำรวจ พบว่าในวันทำงาน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ของพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง ลักษณะอาหารมือเย็น ที่เด็กกินบ่อยที่สุดอันดับแรก คืออาหารที่ทำกินเองที่บ้าน (ร้อยละ 90.6 ถึง ร้อยละ 95.0) รองลงมา คืออาหารปรุงสุกสำเร็จ (ร้อยละ 4.5 ถึง ร้อยละ 6.4) และอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 0.3 ถึง ร้อยละ 2.5) สำหรับอาหารสำเร็จบรรจุกระป๋อง อาหารปิ้งโต และอาหารแช่แข็งเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน กินเป็นมือเย็นในสัดส่วนที่น้อยหรือไม่กินเลย (ตารางที่ 5.15)

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง ลักษณะอาหารมือเย็นที่เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล กินบ่อยที่สุดในวันทำงานของพ่อ/แม่/ผู้ปกครองอันดับแรกคือ อาหารที่ทำกินเองที่บ้าน รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ อย่างไรก็ตามเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 94.9) มีสัดส่วนของการกินอาหารที่ทำกินเองที่บ้านสูงกว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล (ร้อยละ 87.2) (ตารางที่ 5.16) และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคที่อาศัย พบความแตกต่างของลักษณะอาหารมือเย็นที่เด็กกินบ่อยที่สุดตามภูมิภาคที่อาศัย โดยเด็กที่อาศัยในภาคใต้ (ร้อยละ 97.9) ภาคเหนือ (ร้อยละ 94.7) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 93.6) และภาคกลาง (ร้อยละ 89.6) มีสัดส่วนสูงกว่ากรุงเทพฯ (ร้อยละ 76.1) (ตารางที่ 5.17)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหาร และแหล่งอาหารข้างต้นมีสัดส่วนตามลักษณะต่าง ๆ ค่อนข้างใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ปี 2563 เช่น อาหารมือเย็นที่กินบ่อยคือ ทำกินเองที่บ้าน (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือ กินอาหารปรุงสุก (ร้อยละ 6.3)



ตารางที่ 5.14

จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่โดยปกติทำกิจกรรมต่างๆ ขณะกินอาหาร จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	46.5	119	49.9	255	48.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,058	67.4	1,017	70.7	2,075	69.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,470	75.1	2,435	76.7	4,905	75.9
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,882	73.3	1,847	75.6	3,729	74.4
นอกเขตเทศบาล	1,782	70.5	1,724	72.8	3,506	71.6
ภาค						
เหนือ	852	73.0	846	73.7	1,698	73.4
กลาง	843	74.6	832	79.5	1,675	77.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	883	67.8	853	71.2	1,736	69.5
ใต้	764	67.2	725	70.2	1,489	68.7
กทม.	322	79.9	315	74.4	637	77.3

	จำนวน ตัวอย่าง	ลักษณะอาหารมื้อเย็น					
		ทำกินเอง ที่บ้าน	ปรุงสุก สำเร็จ	ตามสั่ง	สำเร็จ บรรจุซอง/ กระป๋อง	ปั่นโต	อาหาร แช่แข็ง
ชาย							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	95.1	4.5	0.0	0.4	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,058	92.8	5.6	1.3	0.0	0.0	0.3
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,470	91.5	5.8	2.3	0.2	0.08	0.3
หญิง							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	119	94.8	4.6	0.1	0.0	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,017	93.3	4.7	1.8	0.02	0.3	0.2
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,435	89.7	7.0	2.6	0.4	0.1	0.1
รวม							
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	255	95.0	4.5	0.3	0.2	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	2,075	93.0	5.2	1.6	0.01	0.0	0.2
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	4,905	90.6	6.4	2.5	0.3	0.1	0.2



ลักษณะอาหารมื้อเย็น	ชาย (n = 3,664)		หญิง (n = 3,571)		รวม (n = 7,235)	
	ในเขต (n = 1,882)	นอกเขต (n = 1,782)	ในเขต (n = 1,847)	นอกเขต (n = 1,724)	ในเขต (n = 3,729)	นอกเขต (n = 3,506)
ทำกินเองที่บ้าน	87.8	95.2	86.5	94.5	87.2	94.9
ปรุงสุกสำเร็จ	8.3	3.6	8.8	4.2	8.6	3.9
ตามสั่ง	3.1	0.9	3.7	1.3	3.4	1.1
สำเร็จบรรจุซอง/กระป๋อง	0.2	0.1	0.6	0.1	0.4	0.1
ปิ่นโต	0.01	0.1	0.2	0.0	0.1	0.04
อาหารแช่แข็ง	0.5	0.1	0.3	0.0	0.4	0.04

ตารางที่ 5.17

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

ลักษณะอาหารมือเย็น	เหนือ (n = 1,698)	กลาง (n = 1,675)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 1,736)	ใต้ (n = 1,489)	กทม. (n = 637)	รวม (n = 7,235)
ทำกินเองที่บ้าน	94.7	89.6	93.6	97.9	76.1	91.5
ปรุงสุกสำเร็จ	3.6	8.0	5.4	0.4	14.4	5.9
ตามสั่ง	1.2	1.9	0.6	1.7	8.4	2.1
สำเร็จบรรจุซอง/กระป๋อง	0.2	0.1	0.3	0.0	0.6	0.2
ปิ่นโต	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
อาหารแช่แข็ง	0.2	0.2	0.1	0.0	0.6	0.2

แหล่งอาหารมือเย็น ประกอบด้วย รถเร่/อาหารริมบาทวิถี ตลาด ร้านอาหารตามสั่ง ร้านสะดวกซื้อ ฟาสต์ฟู้ด ซูเปอร์มาร์เก็ต เป็นต้น จากการสำรวจพบว่า เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดในวันทำงาน (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ของพ่อ/แม่/ผู้ปกครองคือ ตลาด (ร้อยละ 48.8 ถึง 69.4) รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 23.4 ถึง 35.2) รถเร่/อาหารริมบาทวิถี (ร้อยละ 1.9 ถึง 8.6) และร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 0.0 ถึง 5.7) สำหรับร้านอาหาร ฟาสต์ฟู้ด ซูเปอร์มาร์เก็ต และบริการส่งอาหารถึงบ้าน ยังไม่เป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อย (ตารางที่ 5.18)

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า แหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล เลือกซื้อบ่อย 3 อันดับแรกคือ ตลาด (ร้อยละ 51.6 และ 55.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 32.8 และ 30.4 ตามลำดับ) และรถเร่/อาหารริมบาทวิถี (ร้อยละ 6.3 และ 9.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.19) และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาคที่อาศัย พบความแตกต่างของแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยตามภูมิภาคที่อาศัย โดยตลาดเป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ รวมถึงกรุงเทพฯ กินบ่อยเป็นอันดับแรก ขณะที่ร้านอาหารตามสั่งเป็นแหล่งอาหารมือเย็นที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครองของเด็กหรือเด็กที่อาศัยในภาคใต้เลือกซื้อบ่อยเป็นอันดับแรก (ตารางที่ 5.20) โดยรวมแหล่งอาหารมือเย็นคล้ายคลึงกับผลสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งพบแหล่งที่กินบ่อยสุดคือ ตลาด (ร้อยละ 55.8) รองลงมาคือร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 30.9) แต่แหล่งที่ต่างคือในการสำรวจฯ ปี 2563 มีการกินจากร้านสะดวกซื้อน้อยกว่า (ร้อยละ 3.5) และการส่งอาหารถึงบ้านมีน้อยมาก



	จำนวน ตัวอย่าง	แหล่งอาหาร						
		รถร/อาหาร ริมบาทวิถี	ตลาด	ร้าน อาหาร ตามสั่ง	ร้าน สะดวกซื้อ	ฟาสต์ฟู้ด	ซูเปอร์ มาร์เก็ต	ส่งอาหาร ถึงบ้าน
ชาย								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	7	0.0	62.5	37.5	0.0	0.0	0.0	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	82	9.0	59.8	20.0	7.9	0.9	0.0	2.5
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	235	11.7	46.8	34.2	4.7	0.5	2.2	0.0
หญิง								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	5	4.3	77.9	6.0	0.0	0.0	0.0	12.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	69	0.7	67.5	27.0	3.3	0.0	1.5	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	257	5.9	50.5	36.0	5.6	0.3	1.4	0.2
รวม								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	12	1.9	69.4	23.4	0.0	0.0	0.0	5.4
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	151	5.0	63.5	23.4	5.7	0.5	0.7	1.3
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	492	8.6	48.8	35.2	5.2	0.4	1.8	0.1

ตารางที่ 5.19

ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมือเย็น จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	ชาย (n = 324)		หญิง (n = 331)		รวม (n = 655)	
	ในเขต (n = 232)	นอกเขต (n = 92)	ในเขต (n = 229)	นอกเขต (n = 102)	ในเขต (n = 461)	นอกเขต (n = 194)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	7.2	17.3	5.5	3.1	6.3	9.9
ตลาด	48.0	55.8	54.9	54.9	51.6	55.3
ร้านอาหารตามสั่ง	34.8	22.0	31.0	38.2	32.8	30.4
ร้านสะดวกซื้อ	5.7	4.9	6.6	1.9	6.2	3.3
พาสต์ฟูด	0.9	0.0	0.4	0.0	0.6	0.0
ซูเปอร์มาร์เก็ต	2.3	0.0	1.1	2.0	1.7	1.0
ส่งอาหารถึงบ้าน	1.0	0.0	0.6	0.0	0.8	0.0

ตารางที่ 5.20

ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมือเย็น จำแนกตามภาค และแหล่งอาหาร

แหล่งอาหาร	เหนือ (n = 154)	กลาง (n = 189)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 134)	ใต้ (n = 27)	กทม. (n = 151)	รวม (n = 655)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	2.0	2.8	16.1	1.8	9.2	7.5
ตลาด	51.4	64.3	57.1	21.1	42.8	52.9
ร้านอาหารตามสั่ง	38.6	28.4	23.6	68.3	34.5	32.0
ร้านสะดวกซื้อ	4.0	3.1	3.2	8.8	8.7	5.2
พาสต์ฟูด	0.4	0.0	0.0	0.0	1.2	0.4
ซูเปอร์มาร์เก็ต	2.7	1.3	0.0	0.0	2.5	1.5
ส่งอาหารถึงบ้าน	0.9	0.2	0.0	0.0	1.1	0.5



จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนอาหารมื้อหลัก (มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น) ที่กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ (ตารางที่ 5.21) พบว่า ร้อยละ 25.8 ถึง 29.9 ของเด็กกินอาหารมื้อหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่าเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลกินอาหารมื้อหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์สูงกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 5.22) นอกจากนี้ ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์มีความแตกต่างกันตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 50.2 กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อในวันเสาร์อาทิตย์ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กที่อาศัยในภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 5.23)

โดยรวมเมื่อเทียบกับการสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมีร้อยละการไม่กินอาหารนอกบ้านวันเสาร์-อาทิตย์ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 71.2) แต่ร้อยละของเด็กกินอาหารนอกบ้านวันเสาร์-อาทิตย์ของปี 2568 มีสูงกว่าของปี 2563 ซึ่งกิน 2 มื้อ, 3 มื้อ ร้อยละ 3.9 และ 2.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5.21

ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกบ้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน

	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกบ้าน			
		ไม่กิน	1 มื้อ	2 มื้อ	3 มื้อ
ชาย					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	136	72.9	10.6	8.6	8.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,058	77.1	15.2	2.8	5.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,470	69.4	20.1	4.9	5.6
หญิง					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	119	74.9	16.7	4.7	3.8
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,017	71.3	19.0	4.5	5.3
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,435	70.7	20.6	4.7	4.1
รวม					
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	255	73.8	13.2	6.9	6.1
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	2,075	74.2	17.1	3.6	5.1
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	4,905	70.1	20.3	4.8	4.8

ตารางที่ 5.22

ร้อยละของเด็กที่อาหารมื้อหลักกินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกร้าน

จำนวนมื้ออาหาร ที่กินนอกร้าน	ชาย (n = 3,664)		หญิง (n = 3,571)		รวม (n = 7,235)	
	ในเขต (n = 1,882)	นอกเขต (n = 1,782)	ในเขต (n = 1,847)	นอกเขต (n = 1,724)	ในเขต (n = 3,729)	นอกเขต (n = 3,506)
ไม่กิน	66.2	76.2	63.2	77.1	64.7	76.7
1 มื้อ	21.5	15.8	25.2	15.9	23.3	15.8
2 มื้อ	5.9	3.3	5.9	3.5	5.9	3.4
3 มื้อ	6.5	4.7	5.7	3.5	6.1	4.1

ตารางที่ 5.23

ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และจำนวนมื้ออาหารหลักที่กินนอกร้าน

จำนวนมื้ออาหาร ที่กินนอกร้าน	เหนือ (n = 1,698)	กลาง (n = 1,675)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n = 1,736)	ใต้ (n = 1,489)	กทม. (n = 637)	รวม (n = 7,235)
	ไม่กิน	78.7	63.2	79.9	77.9	49.8
1 มื้อ	17.7	26.8	10.3	15.6	30.1	19.1
2 มื้อ	1.9	7.7	1.8	2.2	10.8	4.5
3 มื้อ	1.6	2.3	8.0	4.3	9.3	5.0



สำหรับลักษณะอาหารนอกร้านที่เด็กอายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินบ่อยที่สุดในวันเสาร์อาทิตย์อันดับแรกคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 56.8 ถึง 71.3) รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ (ร้อยละ 25.4 ถึง 37.3) สำหรับอาหารสำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง อาหารปิ้งทอด และอาหารแช่แข็ง ยังคงมีส่วนของการเลือกบริโภคเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 5.24) และเป็นที่น่าสนใจกว่าเด็กหญิงอายุ 1 ปีถึง 1 ปี 11 เดือน เลือกบริโภคอาหารปรุงสุกสำเร็จอันดับแรก (ร้อยละ 49.9) รองลงมาคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 38.7) ซึ่งมีสัดส่วนของลักษณะอาหารนอกร้านที่แตกต่างจากเด็กกลุ่มอื่น (เด็กชายที่มีช่วงอายุเดียวกันและทั้งเด็กชายและเด็กหญิงที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุดในวันเสาร์อาทิตย์อันดับแรกคือ อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 69.3 และ 70.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จ (ร้อยละ 27.1 และ 27.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.25) และเมื่อพิจารณาภูมิภาคที่อยู่อาศัย แม้อาหารตามสั่งและอาหารปรุงสุกสำเร็จถูกเลือกในอันดับแรกและอันดับที่ 2 แต่พบความแตกต่างของสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสุกสำเร็จในบางภูมิภาค เช่น ภาคกลางมีสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสุกสำเร็จเท่ากับร้อยละ 82.4 และ 16.2 ส่วนภาคเหนือร้อยละ 72.8 และ 23.1 ตามลำดับ ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของการเลือกบริโภคอาหารตามสั่งและอาหารปรุงสุกสำเร็จเท่ากับร้อยละ 50.6 และ 45.6 ตามลำดับ เป็นต้น (ตารางที่ 5.26)

โดยรวมลักษณะอาหารนอกร้านที่กินค่อนข้างคล้ายกับผลสำรวจฯ ปี 2563 ซึ่งมีอาหารตามสั่งร้อยละ 70.7 รองลงมาคือ อาหารปรุงสุกสำเร็จร้อยละ 26.3 ส่วนที่พบว่ามี ความแตกต่าง คือ การกินอาหารแช่แข็งซึ่งพบน้อยในการสำรวจฯ ปี 2563 คือร้อยละ 0.8 แต่ในการสำรวจฯ ปี 2568 พบสัดส่วนการกินอาหารแช่แข็งในกรุงเทพฯ สูงที่สุดร้อยละ 3.1 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 2.6 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 1.5

	จำนวน ตัวอย่าง	ลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด				
		ปรุงสุกสำเร็จ	ตามสั่ง	สำเร็จรูปบรรจุ ซอง/กระป๋อง	ปั่นโต	แช่แข็ง
ชาย						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	32	28.2	69.7	0.0	0.0	2.1
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	250	30.1	68.0	0.0	0.8	1.2
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	788	25.2	71.1	1.7	0.2	1.7
หญิง						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	32	49.9	38.7	4.4	0.0	7.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	294	31.5	67.2	0.2	0.7	0.4
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	761	25.5	71.6	0.7	0.8	1.5
รวม						
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	64	37.3	56.8	1.8	0.0	4.1
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	544	30.9	67.5	0.0	0.8	0.8
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,549	25.4	71.3	1.2	0.5	1.6



ตารางที่ 5.25

ร้อยละของเด็กที่กินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และ ลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด

ลักษณะอาหารนอกร้าน ที่กินบ่อยที่สุด	ชาย (n = 1,070)		หญิง (n = 1,087)		รวม (n = 2,157)	
	ในเขต (n = 643)	นอกเขต (n = 427)	ในเขต (n = 663)	นอกเขต (n = 424)	ในเขต (n = 1,306)	นอกเขต (n = 851)
ปรุงสุกสำเร็จ	27.5	25.6	26.8	29.5	27.1	27.4
ตามสั่ง	69.1	71.6	69.6	69.1	69.3	70.4
สำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง	0.4	2.1	1.2	0.0	0.8	1.1
ปิ่นโต	0.4	0.2	0.8	0.7	0.6	0.4
แช่แข็ง	2.6	0.5	1.7	0.8	2.1	0.7

ตารางที่ 5.26

ร้อยละของเด็กที่กินนอกร้านในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามภาค และลักษณะอาหารนอกร้านที่กินบ่อยที่สุด

ลักษณะอาหารนอกร้าน ที่กินบ่อยที่สุด	เหนือ (n = 464)	กลาง (n = 634)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 395)	ใต้ (n = 347)	กทม. (n = 317)	รวม (n = 2,157)
	ปรุงสุกสำเร็จ	23.1	16.2	45.6	34.0	26.1
ตามสั่ง	72.8	82.4	50.6	64.5	69.0	69.8
สำเร็จรูปบรรจุซอง/กระป๋อง	1.2	0.2	2.2	0.7	1.0	0.9
ปิ่นโต	0.3	0.6	0.1	0.8	0.9	0.5
แช่แข็ง	2.6	0.7	1.5	0.1	3.1	1.5

แหล่งอาหารมื้อหลักของเด็กที่อายุ 1 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินในวันเสาร์อาทิตย์ (ตารางที่ 5.27) อันดับแรกคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 49.2 ถึง 58.7) รองลงมาคือ ตลาด (ร้อยละ 26.1 ถึง 28.8)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่า สัดส่วนของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินในวันเสาร์อาทิตย์มีความแตกต่างกันเล็กน้อย (ตารางที่ 5.28) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่า สัดส่วนของแหล่งอาหารมื้อหลักที่กินในวันเสาร์อาทิตย์ผันแปรตามภูมิภาคที่อาศัย (ตารางที่ 5.29)

โดยรวมแหล่งอาหารมื้อหลักในวันเสาร์-อาทิตย์ในการสำรวจฯ ปี 2568 คล้ายกับปี 2563 ซึ่งมีแหล่งหลักคือ ร้านอาหารตามสั่ง (ร้อยละ 72.3) รองลงมาคือ ตลาด (ร้อยละ 17.1) แหล่งที่เพิ่มขึ้นในปี 2568 คือ ซูเปอร์มาร์เก็ต (ร้อยละ 4.0) ซึ่งสูงกว่าปี 2563 (ร้อยละ 1.2)

ตารางที่ 5.27 ร้อยละของเด็กที่กินอาหารมื้อหลักในวันเสาร์อาทิตย์ จำแนกตามเพศ อายุ และแหล่งอาหาร

	จำนวนตัวอย่าง	แหล่งอาหาร						
		รถรับ/อาหารริมบาทวิถี	ตลาด	ร้านอาหารตามสั่ง	ร้านสะดวกซื้อ	ฟาสต์ฟู้ด	ซูเปอร์มาร์เก็ต	ส่งอาหารถึงบ้าน
ชาย								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	32	16.6	15.4	60.9	0.0	0.0	2.1	5.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	250	6.5	26.1	59.5	2.9	1.3	3.8	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	788	7.3	26.2	58.8	2.6	1.4	3.0	0.7
หญิง								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	32	1.7	47.6	32.8	8.7	0.0	9.2	0.0
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	294	6.6	26.1	56.0	2.4	3.7	5.3	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	761	5.5	27.6	58.6	1.9	1.5	4.4	0.5
รวม								
1 ปี-1 ปี 11 เดือน	64	10.4	28.8	49.2	3.6	0.0	5.1	2.9
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	544	6.5	26.1	57.6	2.6	2.6	4.6	0.0
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,549	6.4	26.9	58.7	2.3	1.4	3.6	0.6



แหล่งอาหาร	ชาย (n = 1,070)		หญิง (n = 1,087)		รวม (n = 2,157)	
	ในเขต (n = 643)	นอกเขต (n = 427)	ในเขต (n = 663)	นอกเขต (n = 424)	ในเขต (n = 851)	นอกเขต (n = 1,306)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	4.7	10.3	4.1	7.8	4.4	9.1
ตลาด	23.7	28.0	28.0	27.4	25.9	27.7
ร้านอาหารตามสั่ง	59.6	58.6	56.3	58.1	57.9	58.4
ร้านสะดวกซื้อ	4.3	0.7	3.2	1.0	3.7	0.9
ฟาสต์ฟู้ด	1.5	1.1	2.5	1.5	2.0	1.3
ซูเปอร์มาร์เก็ต	4.9	1.3	5.3	4.2	5.1	2.7
ส่งอาหารถึงบ้าน	1.4	0.04	0.6	0.0	1.0	0.02

แหล่งอาหาร	เหนือ (n = 464)	กลาง (n = 634)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n = 395)	ใต้ (n = 347)	กทบ. (n = 317)	รวม (n = 2,157)
รถเร่/อาหารริมบาทวิถี	1.9	1.1	25.7	2.8	2.2	6.6
ตลาด	24.7	22.5	24.9	41.4	26.9	26.7
ร้านอาหารตามสั่ง	66.2	69.2	46.0	51.6	50.6	58.1
ร้านสะดวกซื้อ	1.7	1.2	1.1	1.6	7.0	2.4
พาสต์ฟู้ด	1.2	0.9	1.0	2.5	3.4	1.7
ซูเปอร์มาร์เก็ต	4.2	5.1	1.3	0.0	7.3	4.0
ส่งอาหารถึงบ้าน	0.1	0.0	0.1	0.0	2.6	0.5



การกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันพบว่า ร้อยละ 87.6 ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 9 ปี 11 เดือน และร้อยละ 73.3 ของเด็กอายุ 10 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวัน เด็กที่อาศัยในเขตเทศบาล มีสัดส่วนของการกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันมากกว่าเด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 80.4 และ 78.8 ตามลำดับ) และพบว่าเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในภาคกลางมีสัดส่วนของการกินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวันสูงสุดคือ ร้อยละ 82.0 รองลงมาคือ เด็กที่อาศัยในภาคเหนือ กรุงเทพฯ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 81.7, 80.5, 78.3 และ 76.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5.30)

จากการสำรวจการงดอาหารมื้อหลักพบว่า เด็กอายุ 6 ปีถึง 9 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 58.8 งดมื้ออาหารเช้า รองลงมาคือ ร้อยละ 26.3 งดมื้ออาหารกลางวัน และร้อยละ 15.0 งดมื้ออาหารเย็น ส่วนเด็กอายุ 10 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 56.1 งดมื้ออาหารเช้า รองลงมาคือ ร้อยละ 30.3 งดมื้ออาหารกลางวัน และร้อยละ 13.6 งดมื้ออาหารเย็น (ตารางที่ 5.31)

ตารางที่ 5.30

จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อต่อวัน จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวน ตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ						
6 ปี-9 ปี 11 เดือน	1,128	87.6	1,094	87.6	2,222	87.6
10 ปี-14 ปี 11 เดือน	1,337	79.6	1,340	66.7	2,677	73.3
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,260	83.0	1,259	77.7	2,519	80.4
นอกเขตเทศบาล	1,205	83.1	1,175	74.2	2,380	78.8
ภาค						
เหนือ	562	83.7	582	79.7	1,144	81.7
กลาง	559	85.6	549	78.4	1,108	82.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	588	80.4	584	71.7	1,172	76.1
ใต้	530	81.5	507	75.1	1,037	78.3
กทม.	226	85.5	212	75.2	438	80.5

ตารางที่ 5.31

ร้อยละของเด็กอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่งดอาหารมือหัดก้า จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และมื้ออาหารที่งด

	ชาย				หญิง				รวม			
	จำนวน		มืออาหารที่งด		จำนวน		มืออาหารที่งด		จำนวน		มืออาหารที่งด	
	ตัวอย่าง	เข้า	กลางวัน	เย็น	ตัวอย่าง	เข้า	กลางวัน	เย็น	ตัวอย่าง	เข้า	กลางวัน	เย็น
อายุ												
6 ปี-9 ปี 11 เดือน	139	59.3	23.1	17.6	130	58.2	29.5	12.3	269	58.8	26.3	15.0
10 ปี-14 ปี 11 เดือน	283	46.6	39.5	13.9	445	62.2	24.5	13.4	728	56.1	30.3	13.6
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	222	53.7	29.2	17.1	287	63.7	23.4	13.0	509	59.3	25.9	14.8
นอกเขตเทศบาล	200	48.2	38.3	13.6	288	59.7	27.1	13.2	488	55.0	31.6	13.4
ภาค												
เหนือ	87	53.7	34.8	11.5	117	54.2	35.7	10.1	204	54.0	35.3	10.7
กลาง	94	50.6	32.0	17.4	117	59.3	24.9	15.8	211	55.8	27.8	16.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	114	44.3	46.6	9.1	168	61.9	26.5	11.6	282	54.5	34.9	10.5
ใต้	97	54.7	21.5	23.8	122	68.0	15.9	16.1	219	62.2	18.4	19.4
กทม.	30	58.6	23.5	17.9	51	60.7	29.1	10.1	81	59.9	27.0	13.1





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} โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การขาดวิตามินและแร่ธาตุ⁹ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประชากรที่อาศัยในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ส่วนใหญ่ยังคงบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำให้บริโภคขององค์การอนามัยโลกหรือข้อแนะนำการบริโภคของประเทศนั้นๆ¹²⁻¹⁷ รวมถึงประเทศไทย

ดังนั้นการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย จึงดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการสำรวจการบริโภคผักและผลไม้ของประชาชนไทยทั้งในเพศชายและหญิงและทุกกลุ่มวัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมและแนวโน้มในการบริโภคผักและผลไม้ โดยในรายงานฉบับนี้จะนำเสนอพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 2 ปี ถึง 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 และคณะ¹⁸ แนะนำปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 4 ปี เท่ากับ 330 ± 50 กรัมต่อวัน เด็กและวัยรุ่นอายุ 5-14 ปี แนะนำ 480 ± 50 กรัมต่อวัน McCarthy¹⁰ และคณะ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อแนะนำในการบริโภคผักและผลไม้ของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุ 4-13 ปีพบว่า ปริมาณที่แนะนำอยู่ระหว่าง 100 ถึง 500 กรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามหลายๆ ประเทศในยุโรป ใช้คำแนะนำเดียวกับองค์การอนามัยโลกคือ บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะประเทศออสเตรีย (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 ปีบริโภคผักและผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน และเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-18 ปีบริโภคผักและผลไม้ 5 ส่วนต่อวัน²⁰ Ministry of Health Singapore แนะนำเด็กอายุ 3-6 ปีบริโภคผักและผลไม้ 2 ส่วนต่อวัน และเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-18 ปีบริโภคผักและผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน²¹ (ผัก 1 ส่วน ประมาณ 100-150 กรัม และผลไม้ 1 ส่วนประมาณ 50-130 กรัม)²²

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

หมายเหตุ ธงโภชนาการสำหรับประเทศไทยแต่ละกลุ่มวัย กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาและปรับปรุง

จากข้อมูลข้างต้น ข้อแนะนำปริมาณผักและผลไม้ในเด็กเล็กค่อนข้างหลากหลายและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ดังนั้นรายงานฉบับนี้ ในส่วนของประเมินความเพียงพอในการบริโภคผักและผลไม้ จะประเมินเฉพาะกลุ่มตัวอย่างอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน โดยเปรียบเทียบกับข้อแนะนำการบริโภคผักและผลไม้ขององค์การอนามัยโลก



ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้งกลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือน และอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน กินผักในปริมาณใกล้เคียงกัน (1.0 ± 0.9 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.9) ส่วนมาตรฐานต่อวัน) และ 1.2 ± 1.1 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.9) ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า เด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผักมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 ± 1.2 และ 1.1 ± 1.0 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ) โดยเด็กที่อาศัยในภาคกลางกินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด (1.3 ± 1.3 ส่วนมาตรฐาน) ขณะที่เด็กที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินผักในปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่ต่ำที่สุด (1.0 ± 1.0 ส่วนมาตรฐาน) (ตารางที่ 5.32)

เช่นเดียวกับการกินผัก กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้งกลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนและอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.1 ± 1.1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และ 1.1 ± 0.9 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) นอกจากนี้พบว่า ปริมาณเฉลี่ยในการกินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวันของเด็กที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเท่ากัน (1.1 ± 1.0 ส่วนมาตรฐาน) เด็กที่อาศัยในภาคใต้กินผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่มากที่สุด (1.3 ± 0.8 ส่วนมาตรฐาน) (ตารางที่ 5.33)

เมื่อพิจารณาปริมาณการกินผักและผลไม้ร่วมกัน (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค (ตารางที่ 5.34) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยทั้งกลุ่มอายุ 2 ปีถึง 5 ปี 11 เดือนและอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนกินผักและผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (1.8 ± 1.7 และ 2.0 ± 1.8 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ) เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลกินผักและผลไม้ในปริมาณเฉลี่ยต่อวันและเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน และปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนมีความผันแปรตามภูมิภาคที่อาศัย

เมื่อพิจารณาร้อยละของเด็กที่กินผัก ผลไม้ และ ผักและผลไม้ จำแนกเพศ อายุ และปริมาณส่วนที่บริโภคพบว่า เด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนร้อยละ 52.4 ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 29.3 กินผัก ผลไม้ และ ผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ตามลำดับ (รูปที่ 5.1-5.3)

การบริโภคผักและผลไม้ตามข้อเสนอแนะยังเป็นปัญหาสำหรับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปี ถึง 14 ปี 11 เดือนจากการประเมินความเพียงพอในการกินผัก พบว่า สัดส่วนเด็กชายอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนที่กินผักเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งมากกว่าสัดส่วนของเด็กหญิงที่กินผักเพียงพอตามข้อเสนอแนะ (ร้อยละ 8.3) เพียงเล็กน้อย ความเพียงพอในการกินผลไม้พบว่า เพียงร้อยละ 15.3 และร้อยละ 15.6 ของเด็กชายและเด็กหญิงอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน ที่กินผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เมื่อพิจารณาการกินทั้งผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 6 ปีถึง 14 ปี 11 เดือนทั้งชายและหญิง กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะเพียง ร้อยละ 6.3 และ 6.2 ตามลำดับ (รูปที่ 5.4)

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ปี 2563 พบว่าการสำรวจปี 2568 นี้มีการบริโภคผักผลไม้ลดลง โดยเด็กอายุ 2-5 ปี และ 6-14 ปี กินผักและผลไม้ 1.8 และ 2.0 ส่วนมาตรฐาน/วัน ซึ่งน้อยกว่าปี 2563 (เฉลี่ย 2.2 และ 2.3 ส่วนมาตรฐาน/วัน ตามลำดับ) และสัดส่วนของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมีเพียงร้อยละ 6.3 ซึ่งลดลงกว่าของปี 2563 (ร้อยละ 10.9)



	ปริมาณผักที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)							
	ชาย		หญิง		รวม		จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน		
อายุ								
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	784	1.0 (1.0); 0.9	795	1.0 (0.9); 0.7	1,579	1.0 (0.9); 0.9		
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,033	1.2 (1.1); 0.9	1,999	1.2 (1.2); 0.9	4,032	1.2 (1.1); 0.9		
เขตการปกครอง								
ในเขตเทศบาล	1,435	1.2 (1.1); 0.9	1,436	1.1 (1.2); 0.9	2,871	1.1 (1.2); 0.9		
นอกเขตเทศบาล	1,382	1.1 (1.0); 0.9	1,358	1.1 (1.1); 0.9	2,740	1.1 (1.0); 0.9		
ภาค								
เหนือ	646	1.1 (1.1); 0.9	644	1.0 (0.8); 0.9	1,290	1.0 (1.0); 0.9		
กลาง	652	1.3 (1.3); 1.0	670	1.3 (1.4); 1.0	1,322	1.3 (1.3); 1.0		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	655	1.0 (1.0); 0.9	650	1.0 (1.0); 0.7	1,305	1.0 (1.0); 0.7		
ใต้	636	1.2 (0.8); 1.0	591	1.2 (0.8); 1.1	1,227	1.2 (0.8); 1.0		
กทม.	228	1.0 (1.0); 0.9	239	1.0 (1.4); 0.6	467	1.0 (1.2); 0.7		
รวม	2,817	1.1 (1.1); 0.9	2,794	1.1 (1.1); 0.9	5,611	1.1 (1.1); 0.9		

ตารางที่ 5.33

ปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน) จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ปริมาณผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน
อายุ						
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	988	1.1 (1.1); 0.9	968	1.1 (1.1); 0.9	1,956	1.1 (1.1); 0.9
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,285	1.1 (0.9); 0.9	2,303	1.1 (1.0); 0.9	4,588	1.1 (0.9); 0.9
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,657	1.1 (1.0); 0.9	1,684	1.1 (1.0); 0.9	3,341	1.1 (1.0); 0.9
นอกเขตเทศบาล	1,616	1.0 (0.9); 0.9	1,587	1.1 (1.0); 0.9	3,203	1.1 (1.0); 0.9
ภาค						
เหนือ	747	0.9 (0.8); 0.7	757	0.9 (0.7); 0.7	1,504	1.0 (0.7); 0.7
กลาง	757	1.1 (1.2); 0.9	766	1.2 (1.3); 0.9	1,523	1.1 (1.2); 0.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	786	1.0 (1.0); 0.7	783	1.0 (1.0); 0.9	1,569	1.0 (1.0); 0.9
ใต้	717	1.3 (0.8); 1.1	691	1.3 (0.8); 1.1	1,408	1.3 (0.8); 1.1
กทม.	266	1.0 (0.9); 0.7	274	1.0 (0.8); 0.7	540	1.0 (0.8); 0.7
รวม	3,273	1.1 (1.0); 0.9	3,271	1.1 (1.0); 0.9	6,544	1.1 (1.0); 0.9

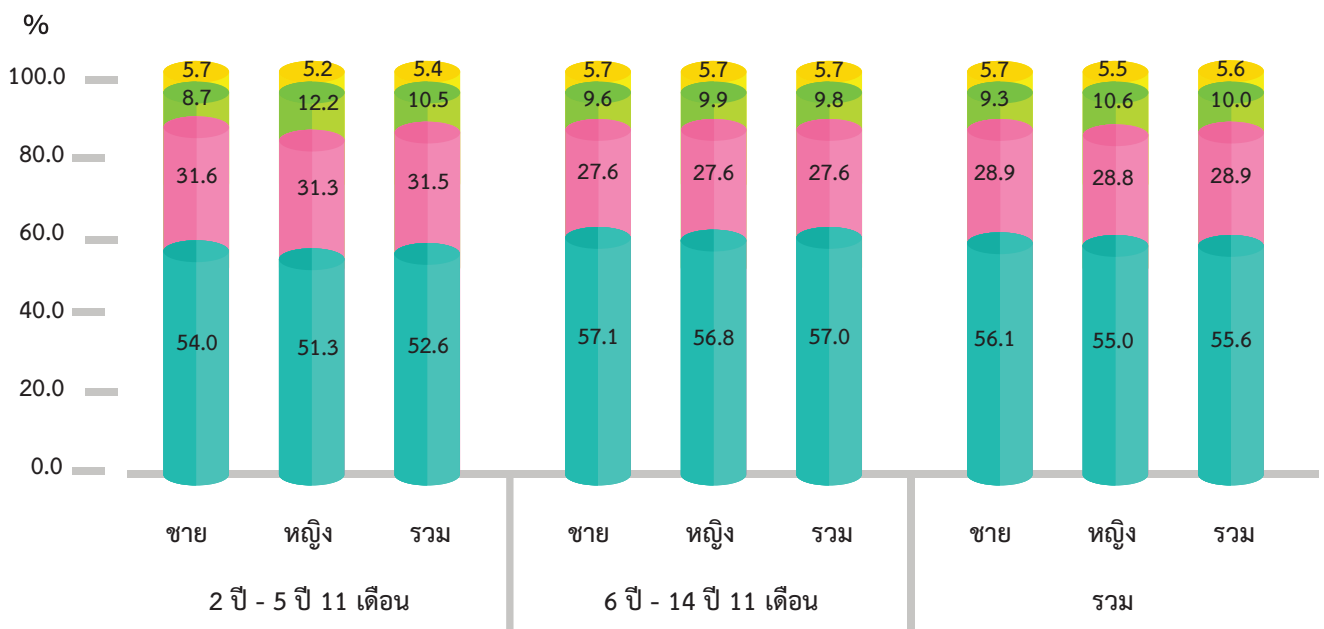


	ปริมาณผักและผลไม้ที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)									
	ชาย				หญิง				รวม	
	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน); ค่ามัธยฐาน		
อายุ										
2 ปี-5 ปี 11 เดือน	1,058	1.8 (1.8); 1.3	1,017	1.9 (1.7); 1.4			2,075	1.8 (1.7); 1.4		
6 ปี-14 ปี 11 เดือน	2,470	1.9 (1.7); 1.4	2,435	2.0 (1.9); 1.4			4,905	2.0 (1.8); 1.4		
เขตการปกครอง										
ในเขตเทศบาล	1,794	1.9 (1.8); 1.4	1,773	2.0 (1.8); 1.4			3,567	1.9 (1.7); 1.4		
นอกเขตเทศบาล	1,734	1.9 (1.6); 1.4	1,679	1.9 (1.8); 1.4			3,413	1.9 (1.9); 1.4		
ภาค										
เหนือ	826	1.7 (1.5); 1.3	814	1.7 (1.4); 1.3			1,640	1.7 (1.5); 1.3		
กลาง	810	2.1 (2.1); 1.6	802	2.2 (2.3); 1.6			1,612	2.1 (2.2); 1.6		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	844	1.7 (1.6); 1.3	833	1.7 (1.7); 1.3			1,677	1.7 (1.6); 1.3		
ใต้	743	2.2 (1.5); 2.0	705	2.3 (1.5); 2.0			1,448	2.3 (1.5); 2.0		
กทม.	305	1.6 (1.6); 1.1	298	1.7 (1.8); 1.3			603	1.7 (1.7); 1.3		
รวม	3,528	1.9 (1.7); 1.4	3,452	1.9 (1.8); 1.4			6,980	1.9 (1.8); 1.4		



■ <1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ 1-<2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ 2-<3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ ≥3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน

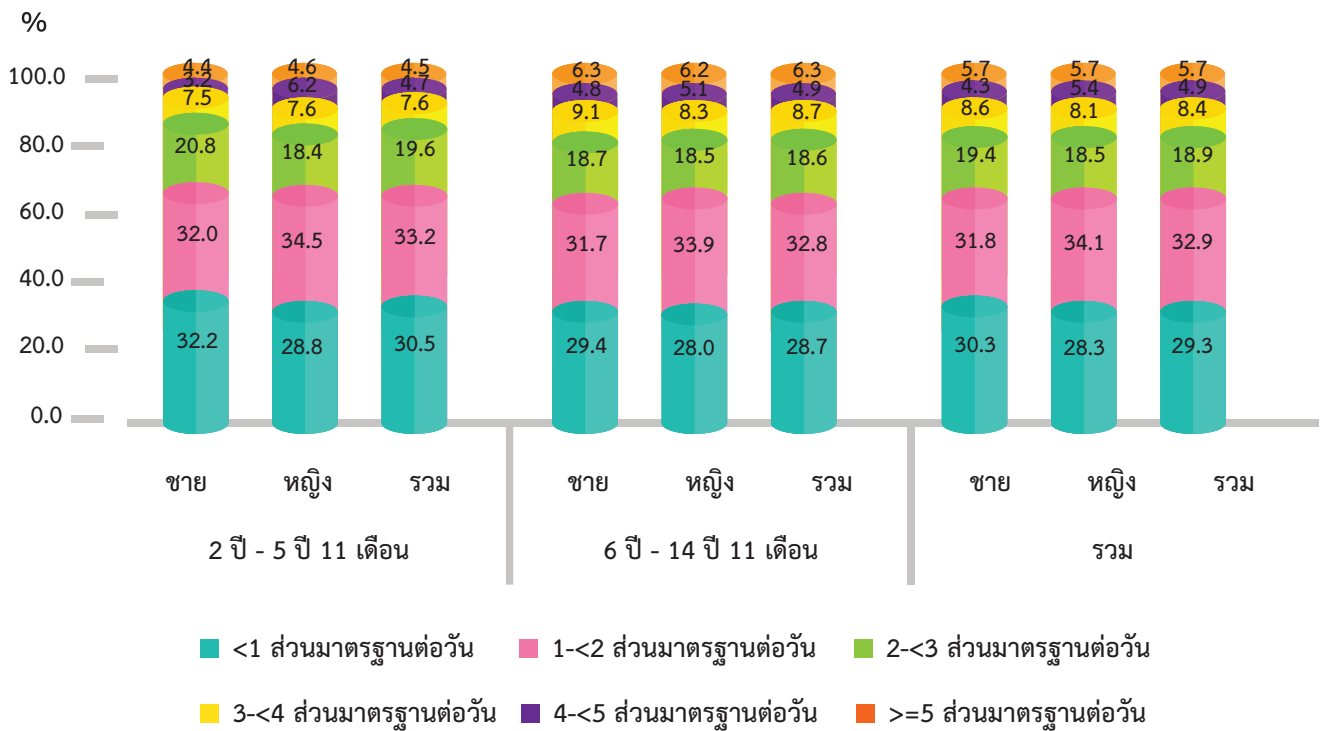
รูปที่ 5.1 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปีถึง 14 ปี 11 เดือน จำแนกตามเพศ อายุ และปริมาณผ้าที่บริโภค (ส่วนมาตรฐานต่อวัน)



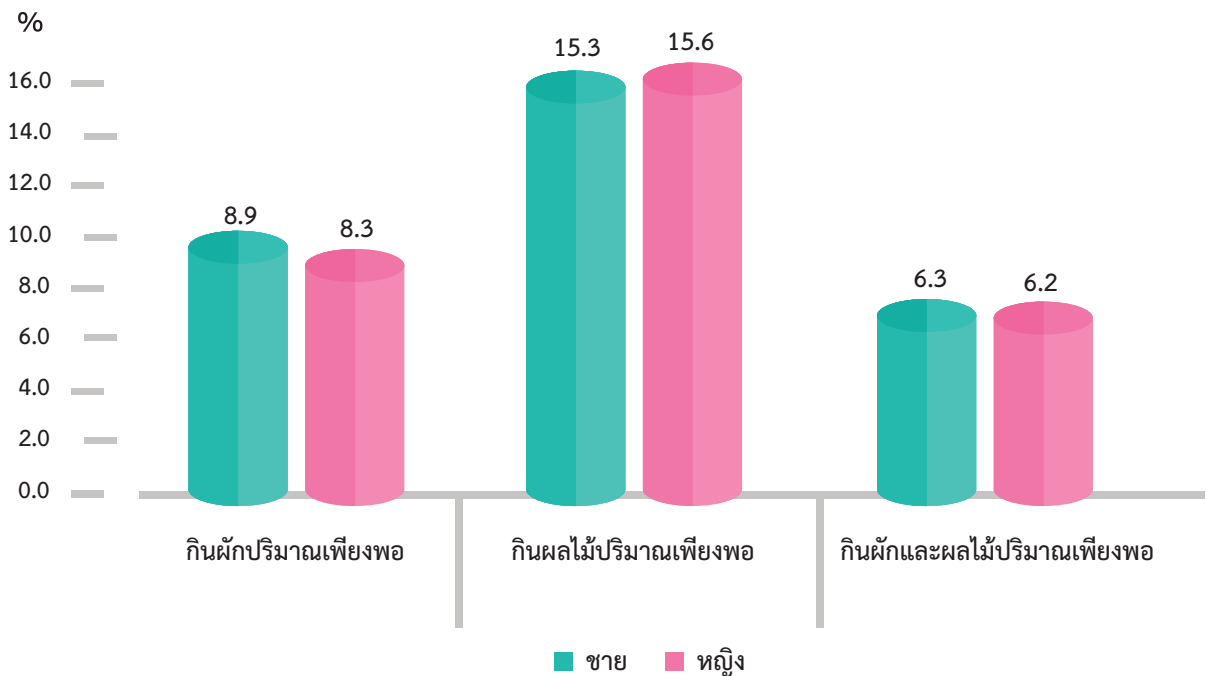
■ <1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ 1-<2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ 2-<3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน ■ ≥3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน

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 จำแนกตามเพศ

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



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. Rodriguez-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, Paoletta 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.

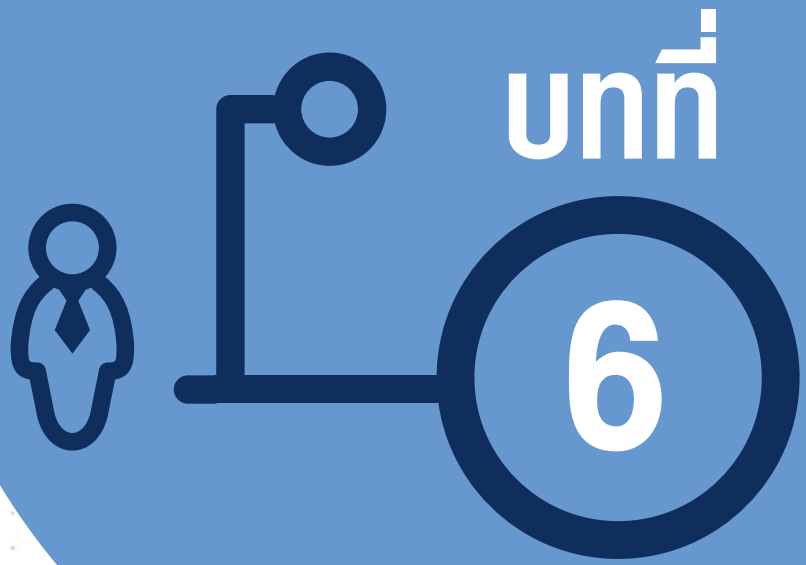
20. National Coordinating Committee on Food and Nutrition, Ministry of Health Malaysia. Malaysian dietary guidelines for children and adolescents [Internet]. 2013. Available from <https://www.moh.gov.my/moh/resources/auto%20download%20images/589d765c1b95f.pdf>. Access April 17, 2023.

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 สู้ทั่วไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2552.





สถานะสุขภาพทั่วไป



บทที่ 6 สถานะสุขภาพทั่วไป



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

ผลการศึกษาเด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 36.1 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 48.5 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี มีร้อยละ 15.5 (ชาย ร้อยละ 16.7 และหญิง ร้อยละ 15.5) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เมื่อ พ.ศ. 2563 ซึ่งพบร้อยละ 16.1 ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 15.5 และ 15.4 ตามลำดับ) ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีน้อยที่สุด

ความชุกของภาวะสุขภาพดี/ไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 6-9 ปี

ผลการศึกษาเด็กอายุ 6-9 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 38.7 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 49.7 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 6-9 ปีมีความชุกน้อยกว่ากลุ่มอายุ 1-5 ปี โดยพบว่ามี ร้อยละ 11.6 (ชาย ร้อยละ 13.2 และหญิง ร้อยละ 9.9) ซึ่งความชุกนี้ใกล้เคียงกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เมื่อ พ.ศ. 2563 ซึ่งพบร้อยละ 11.3

ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 12.8 และ 10.7 ตามลำดับ) ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือกรุงเทพฯ และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีน้อยที่สุด



ความชุกของภาวะสุขภาพดี/ไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 10-14 ปี

ผลการศึกษาเด็กอายุ 10-14 ปี มีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 45.9 ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 44.6 ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีในเด็กอายุ 10-14 ปี มีความชุกน้อยกว่าของกลุ่มอายุ 6-9 ปี พบมี ร้อยละ 9.5 (ชาย ร้อยละ 9.3 และหญิง ร้อยละ 9.6) ซึ่งน้อยกว่าผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เมื่อ พ.ศ. 2563 ซึ่งพบ ร้อยละ 9.8

ความชุกของภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีของเด็กในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลคือ ร้อยละ 11.1 และ 8.2 ตามลำดับ เด็กในกรุงเทพฯ และภาคเหนือมีภาวะสุขภาพไม่ค่อยดีสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ และภาคใต้มีความชุกของสุขภาพไม่ค่อยดีต่ำที่สุด (ตารางที่ 6.1)

ตารางที่ 6.1 ภาวะสุขภาพเด็กใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขต	นอกเขต	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	
1-5 ปี											
ดีมาก	808	34.1	36.1	36.2	36.0	29.4	39.2	35.6	39.8	32.2	36.1
ดี	1,163	49.1	48.5	48.5	48.6	48.9	48.2	47.2	48.8	51.4	48.5
ไม่ค่อยดี	359	16.7	15.5	15.5	15.4	21.8	12.6	17.1	11.4	16.5	15.5
6-9 ปี											
ดีมาก	839	35.6	42.0	36.4	40.5	30.5	40.4	41.4	42.3	32.9	38.7
ดี	1,128	51.2	48.1	50.8	48.8	54.3	46.2	49.2	50.5	52.1	49.7
ไม่ค่อยดี	261	13.2	9.9	12.8	10.7	15.2	13.4	9.5	7.2	15.0	11.6
10-14 ปี											
ดีมาก	1,168	47.6	44.3	42.6	48.5	38.0	49.8	49.2	48.8	33.8	45.9
ดี	1,249	43.1	46.1	46.4	43.3	49.1	41.3	41.2	46.2	53.2	44.6
ไม่ค่อยดี	260	9.3	9.6	11.1	8.2	13.0	8.9	9.6	5.1	13.0	9.5



การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

เด็กอายุ 1-14 ปีเคยมีการป่วยจนต้องเข้านอนในโรงพยาบาล ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 12.8 เด็กอายุ 1-5, 6-9 และ 10-14 ปีที่ป่วยจนเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลมีร้อยละ 19.2, 12.0 และ 7.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจฯ ปี 2563 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและอายุ 6-9 ปี (ร้อยละ 18.7 และ 11.5 ตามลำดับ) ส่วนอายุ 10-14 ปี ต่ำกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 (ร้อยละ 11.6)

ความชุกจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่าในเขต (ร้อยละ 13.2) สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 12.4) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด รองลงมา คือ กรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ (ตารางที่ 6.2)

ตารางที่ 6.2

ความชุกของการป่วยของเด็กที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-5	1,194	22.9	1,136	15.5	2,330	19.2
6-9	1,133	14.4	1,095	9.4	2,228	12.0
10-14	1,337	7.8	1,340	7.3	2,677	7.5
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,882	15.0	1,724	11.4	3,729	13.2
นอกเขตเทศบาล	1,782	14.6	1,847	10.1	3,506	12.4
ภาค						
เหนือ	852	12.3	846	12.6	1,698	12.4
กลาง	843	14.8	832	9.9	1,675	12.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	883	16.4	853	11.7	1,736	14.1
ใต้	764	13.7	725	9.1	1,489	11.5
กทม.	322	15.7	315	10.1	637	13.0
รวม	3,664	14.8	3,571	10.7	7,235	12.8



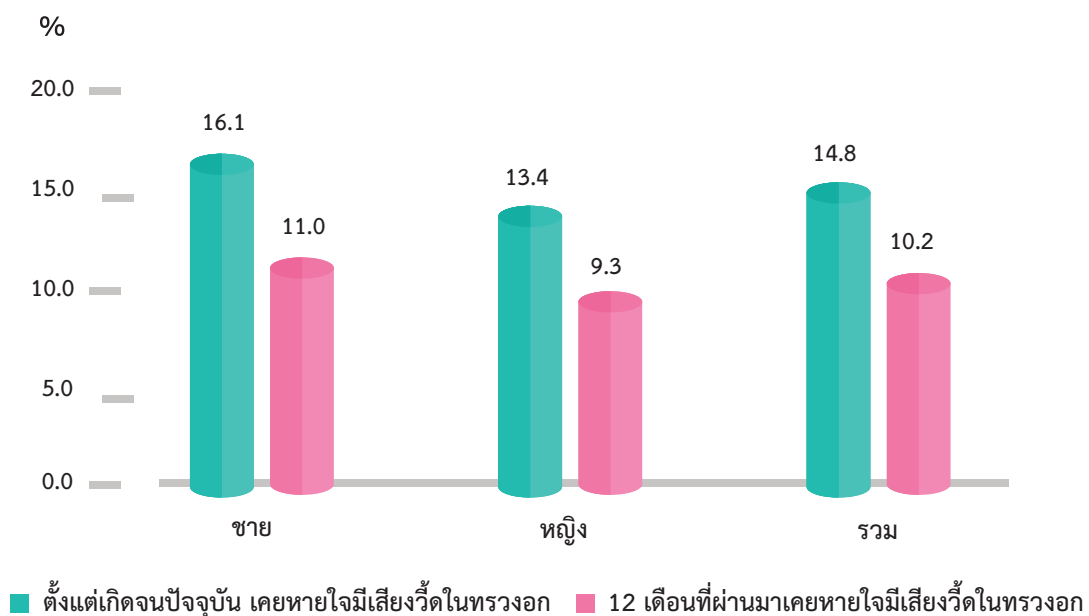
6.2 โรคหืด

โรคหืดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในวัยเด็กและเป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยเรื้อรังในเด็ก การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 นี้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการหอบหืดในเด็ก โดยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ISAAC (the International Study of Asthma and Allergies in Childhood)¹ ในการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและเด็กเกี่ยวกับอาการต่อไปนี้ คือ อาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกตั้งแต่แรกเกิด อาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกใน 12 เดือนที่ผ่านมา การเคยได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหืด การหายใจมีเสียงวี๊ดระหว่างหรือหลังออกกำลังกาย อาการไอแห้งๆ ในเวลากลางคืน การใช้ยาเกินและยาพ่นรักษาอาการหอบหืด และความรุนแรงของหอบหืด ได้แก่ การเคยหอบหืดจนต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ความถี่ของการมีอาหารหอบหืด การหอบหืดกลางคืน จนพูดไม่ได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติการได้รับควันบุหรี่ของเด็ก

ความชุกของอาการวี๊ดในทรวงอก

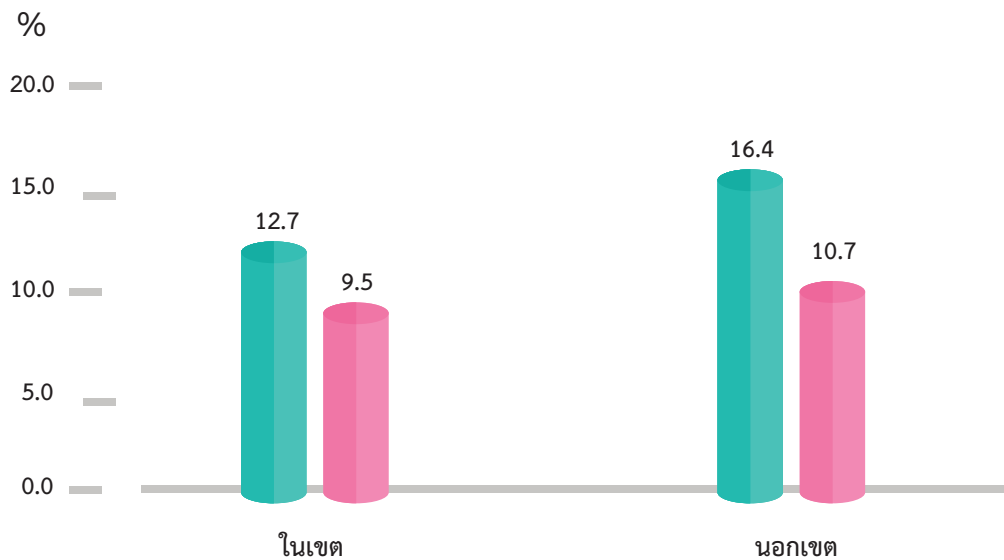
จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกของเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่าเด็กร้อยละ 14.8 เคยมีเสียงวี๊ดในอกตั้งแต่เกิด และร้อยละ 10.2 เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอกใน 12 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของเคยมีเสียงวี๊ดในอกแต่แรกเกิดในกลุ่มอายุ 1-5 ปีต่ำกว่าความชุกของการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 (ร้อยละ 17.3) ส่วนการมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในอก ใน 12 เดือนที่ผ่านมาใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 9.2)

เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าเพศชายมีความชุกของอาการหายใจมีเสียงวี๊ดมากกว่าเพศหญิง (รูปที่ 6.1) และเมื่อพิจารณาเขตการปกครอง พบว่านอกเขตเทศบาลมีความชุกมากกว่าในเขตเทศบาล (รูปที่ 6.2) เด็กอายุ 1-5 ปีที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของอาการหายใจมีเสียงวี๊ดใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุดคือร้อยละ 12.7 (รูปที่ 6.3) ซึ่งคล้ายในปี 2563 ที่ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่าของนอกเขตเทศบาล ในขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุดเช่นกัน



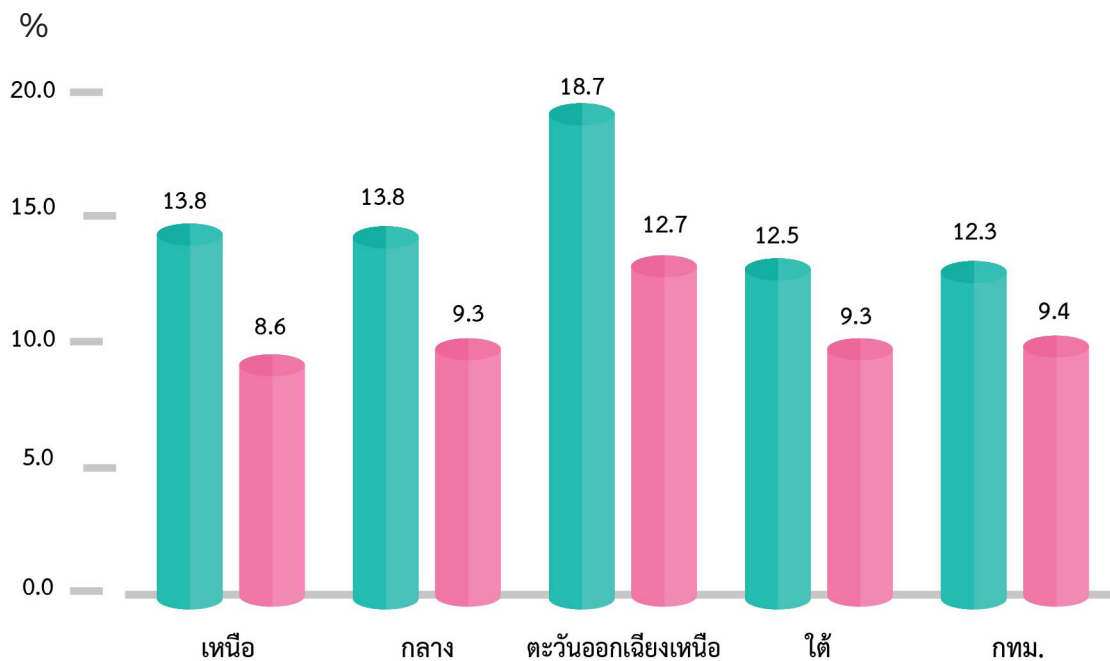
รูปที่ 6.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ





■ ตั้งแต่เกิดจนปัจจุบัน เคยหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอก ■ 12 เดือนที่ผ่านมาเคยหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอก

รูปที่ 6.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเขตการปกครอง



■ ตั้งแต่เกิดจนปัจจุบัน เคยหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอก ■ 12 เดือนที่ผ่านมาเคยหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอก

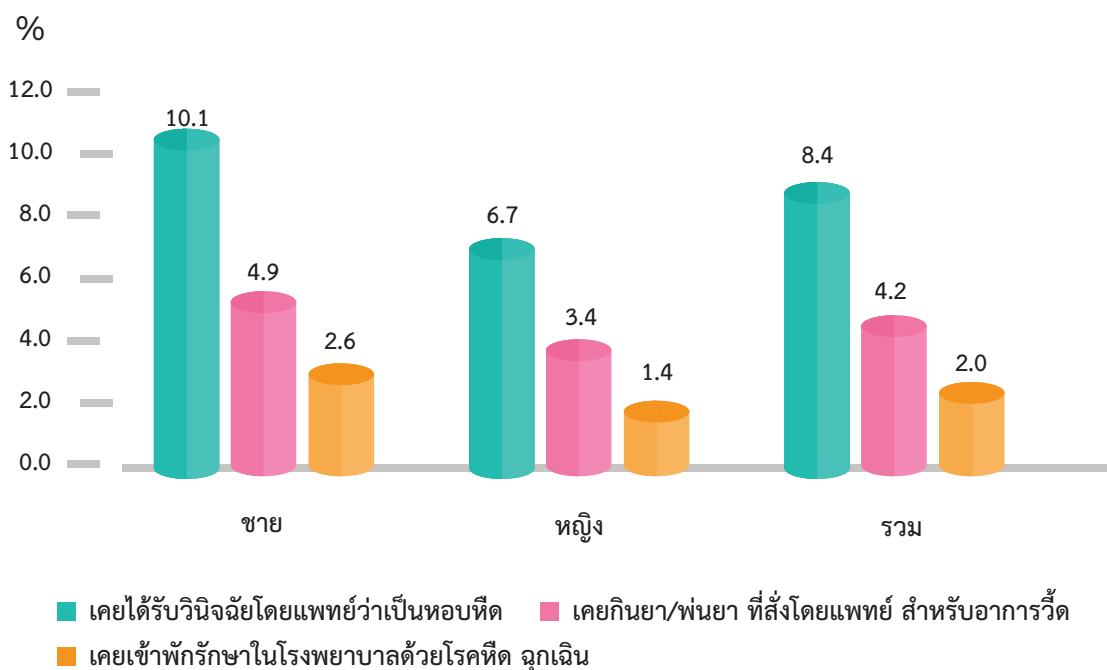
รูปที่ 6.3 ร้อยละของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่เคยมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ดในทรวงอกตั้งแต่แรกเกิด และใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามภาค

โรคหืดที่เคยได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์

ความชุกของโรคหืดที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์พบว่า ร้อยละ 8.4 ของเด็กอายุ 6-14 ปี เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ความชุกในเด็กชายสูงกว่าในเด็กหญิง เด็กที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (รูปที่ 6.4 – 6.5) ซึ่งต่ำกว่าความชุกในการสำรวจปี 2563 (ร้อยละ 13.3)

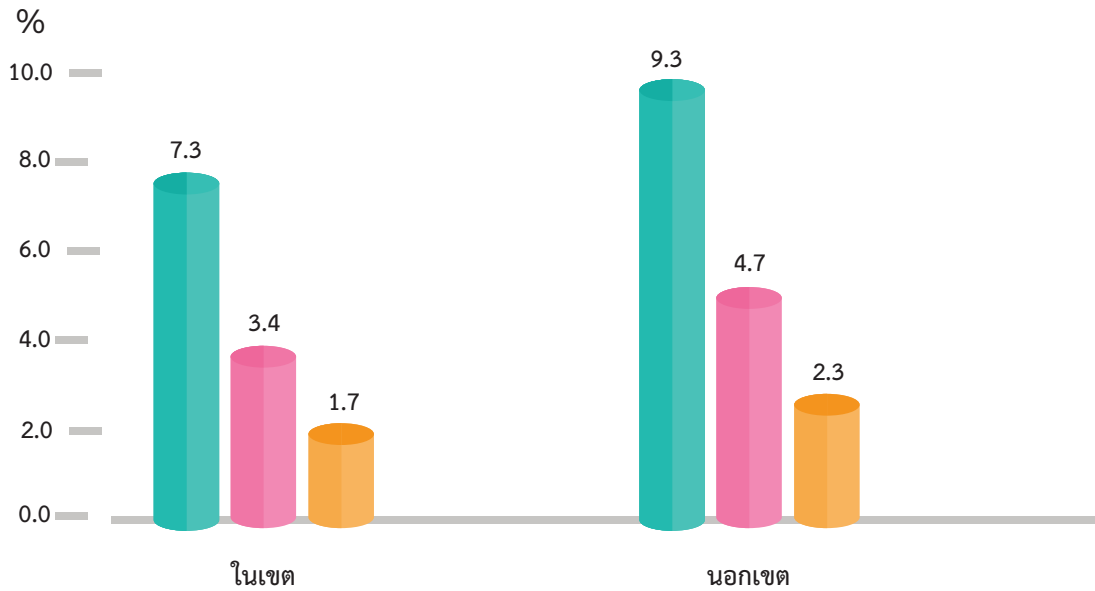
ความชุกของการเคยใช้ยาเกินและยาพ่นที่สั่งโดยแพทย์ในการรักษาอาการหอบหืดในเด็กอายุ 6-14 ปี มีร้อยละ 4.2 ซึ่งต่ำกว่าความชุกในการสำรวจปี 2563 (ร้อยละ 4.4) แต่ความชุกของการเคยมีอาการหอบหืดรุนแรงจนต้องเข้าห้องฉุกเฉิน ในการสำรวจครั้งนี้ (ร้อยละ 2.0) (รูปที่ 6.4) ซึ่งสูงกว่าการสำรวจปี 2563 (ร้อยละ 1.5)

เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าความชุกของโรคหืดที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์สูงที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ กรุงเทพฯ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ ผู้ที่เคยมีประวัติการเคยกินยาหรือพ่นยา แก้อาการหอบหืดพบว่า เด็กในภาคใต้มีสัดส่วนสูงที่สุด สำหรับการเคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดฉุกเฉิน มีความชุกสูงมากที่สุดในภาคกลาง (ร้อยละ 37.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 37.1) (รูปที่ 6.6)



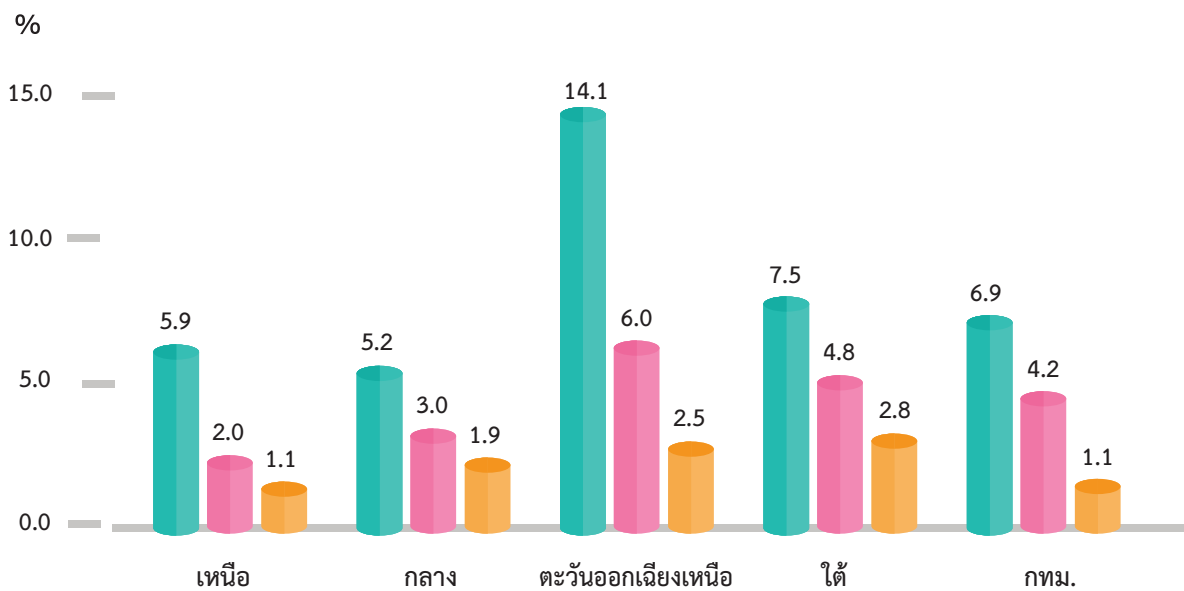
รูปที่ 6.4 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และการรักษาหอบหืด
จำแนกตามเพศ





- เคยได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นหอบหืด
- เคยกินยา/พ่นยา ที่สั่งโดยแพทย์ สำหรับอาการหอบหืด
- เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืด ถูกเงิน

รูปที่ 6.5 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหอบหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามเขตการปกครอง



- เคยได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นหอบหืด
- เคยกินยา/พ่นยา ที่สั่งโดยแพทย์ สำหรับอาการหอบหืด
- เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหอบหืด ถูกเงิน

รูปที่ 6.6 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหอบหืด และการรักษาหอบหืด จำแนกตามภาค



6.3 การบาดเจ็บ

การสัมภาษณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าเด็ก ร้อยละ 9.5 เคยบาดเจ็บจนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยความชุกในกลุ่มอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 6.1), และ 6-9 ปี (ร้อยละ 5.6) ใกล้เคียงกัน และ เพิ่มขึ้นในอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 10.1) สำหรับความชุกของการสำรวจ ครั้งที่ 6 กลุ่มอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 7.3) อายุ 6-9 ปี (ร้อยละ 9.4) ซึ่งสูงกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 7 แต่ความชุกในเด็กอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 10.0) ใกล้เคียงกับการสำรวจ ครั้งนี้

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาลมีความชุกใกล้เคียงกัน และการจำแนกตามภาคพบว่า กรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุดคือ ร้อยละ 13.6 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ (ตารางที่ 6.3)

จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ใน 12 เดือนที่ผ่านมาค่ามัธยฐานจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ 1 ครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างในและนอกเขตเทศบาล และ ไม่มีความแตกต่างระหว่างภูมิภาค

ตารางที่ 6.3

ความชุกของเด็กที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจนต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ (ปี)						
1-5	1,194	7.3	1,136	4.9	2,330	6.1
6-9	1,133	6.6	1,095	4.6	2,228	5.6
10-14	1,337	13.7	1,340	6.4	2,677	10.1
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	1,882	10.4	1,847	5.6	3,729	8.0
นอกเขตเทศบาล	1,782	8.8	1,724	5.2	3,506	7.0
ภาค						
เหนือ	852	9.1	846	6.4	1,698	9.1
กลาง	843	7.2	832	4.2	1,675	7.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	883	12.6	853	7.4	1,736	12.6
ใต้	764	5.8	725	2.5	1,489	5.8
กทม.	322	13.6	315	6.1	637	13.6
รวม	3,664	9.5	3,571	5.4	7,235	9.5



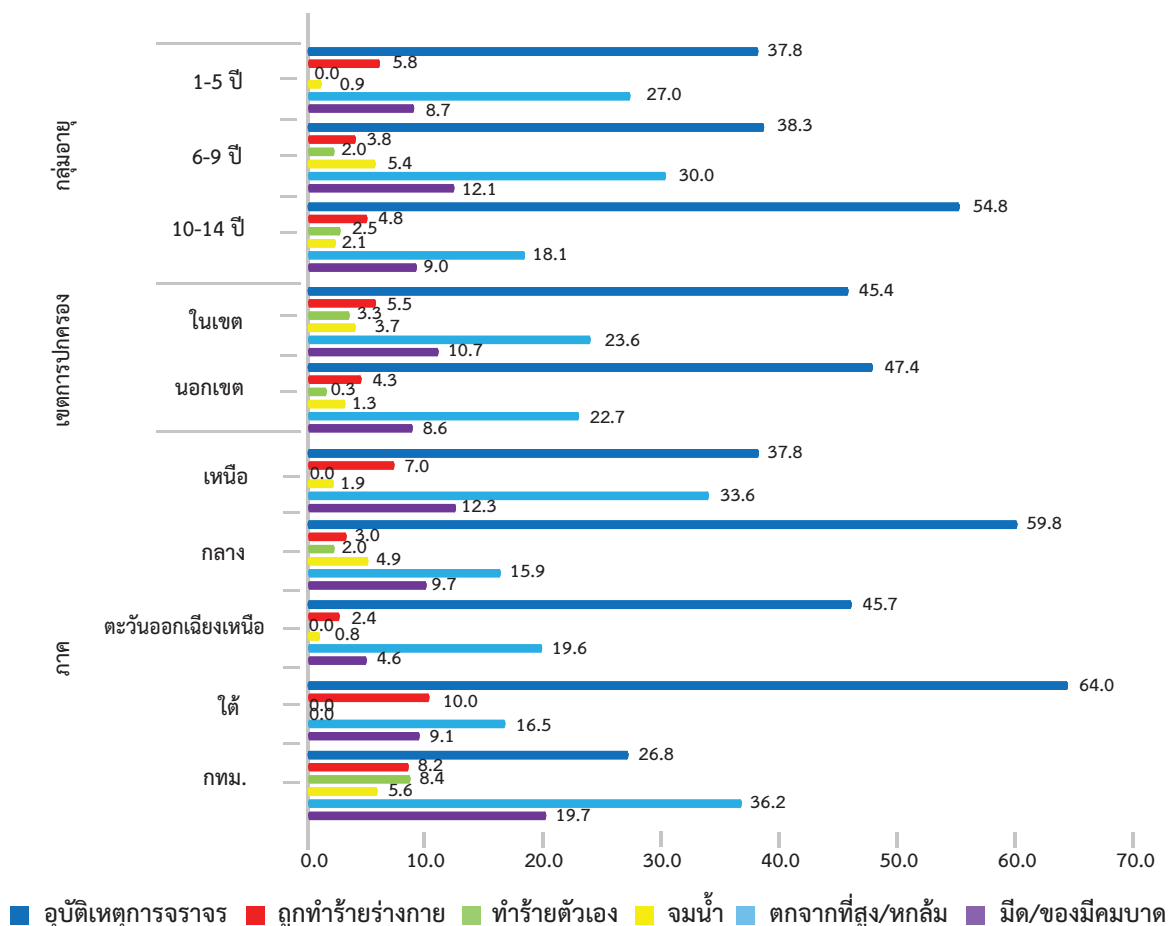
สาเหตุการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาล

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ทำให้เด็กต้องเข้านอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล คืออุบัติเหตุจราจร ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีร้อยละ 37.8, 38.3 และ 54.8 ตามลำดับ รองลงมาเป็นสาเหตุจากตกจากที่สูง/หกล้ม ร้อยละ 27.0, 30.0 และ 18.1 ตามลำดับ ต่อมาเป็นสาเหตุจากของมีคมบาด ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีร้อยละ 8.7, 12.1 และ 9.0 ตามลำดับ ทุกภูมิภาคมีสาเหตุสูงสุดจากอุบัติเหตุจราจร ยกเว้นการบาดเจ็บของเด็กในกรุงเทพฯ เกิดจากการตกที่สูง/หกล้มมากกว่าเกิดจากอุบัติเหตุจราจร

สาเหตุของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในการสำรวจฯ ครั้งที่ 7 นี้ มีความชุกสูงกว่าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ในเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 19.8) และเด็กอายุ 6-9 ปี (ร้อยละ 27.6)

การสำรวจฯ ครั้งนี้ สาเหตุของการบาดเจ็บในเด็กอายุ 1-5 ปี เกิดจากอุบัติเหตุจราจร สูงกว่าการตกที่สูง/หกล้ม ซึ่งต่างจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ที่พบความชุกจากการตกที่สูง/หกล้มมากที่สุด

ส่วนการบาดเจ็บที่เกิดจากถูกทำร้ายร่างกายมีในเด็กอายุ 1-5 ปี, 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีร้อยละ 5.8, 3.8 และ 4.8 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี และ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.1, 4.9 และ 1.1 ตามลำดับ)



รูปที่ 6.7 สาเหตุของอุบัติเหตุที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล (ข้อมูลแสดงเป็นร้อยละ) จำแนกตามอายุ เขตการปกครอง และภาค



6.4 ความสามารถในการว่ายน้ำได้

ภาวะจมน้ำเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยในเด็ก และการว่ายน้ำเป็นมิได้เป็นปัจจัยหลักของการป้องกันการจมน้ำของเด็ก แต่การว่ายน้ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการจมน้ำ จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสามารถในการว่ายน้ำของเด็ก พบว่า เด็กอายุ 1-5 ปี สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเองมีเพียงร้อยละ 2.1 และเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี มีร้อยละ 15.9 และ 37.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 6.4) ข้อมูลที่พบในการสำรวจครั้งนี้แสดงว่าสัดส่วนของเด็กอายุ 1-5 ปี ที่สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากผลการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อ พ.ศ. 2563 (ร้อยละ 1.9) แต่กลุ่มอายุ 6-9 ปี และ 10-14 ปี เด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง มีความชุกลดลงจากการสำรวจ ครั้งที่ 6 ซึ่งมี ร้อยละ 17.0 และ 43.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 6.4 ร้อยละของเด็กที่สามารถว่ายน้ำได้ จำแนกตามเพศ อายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ	จำนวน	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค					รวม
		ชาย	หญิง	ในเขต	นอกเขต	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม.	
1-5 ปี											
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	60	2.3	1.9	2.4	1.9	3.3	2.3	1.3	3.0	0.8	2.1
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	127	5.1	5.8	7.3	4.0	4.3	7.6	2.8	4.0	10.9	5.4
ว่ายน้ำไม่เป็น	2,143	92.6	92.4	90.4	94.1	92.4	90.2	96.0	93.0	88.3	92.5
6-9 ปี											
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	378	16.9	14.9	17.2	14.9	13.6	15.0	12.7	21.5	19.7	15.9
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	381	16.2	16.4	20.5	13.0	17.0	16.8	11.2	14.3	30.1	16.3
ว่ายน้ำไม่เป็น	1,469	66.9	68.7	62.3	72.1	69.4	68.2	76.1	64.2	50.2	67.8
10-14 ปี											
ว่ายน้ำได้ด้วยตนเอง	980	44.1	29.7	38.5	35.8	36.2	36.9	32.5	42.0	42.0	37.0
ว่ายน้ำพอได้ต้องมีคนช่วย	433	18.2	12.1	17.3	13.6	13.3	16.0	13.3	11.0	27.9	15.2
ว่ายน้ำไม่เป็น	1,264	37.8	58.2	44.2	50.5	50.5	47.0	54.3	47.0	30.1	47.8





6.5 ความพิการ

จากการสัมภาษณ์และสังเกตพบ ลักษณะร่างกายทั่วไปที่มีความพิการ ของเด็กอายุ 1-14 ปี ดังนี้ ความพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 0.82 ในชาย และ ร้อยละ 0.21 ในหญิง ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ในชายและหญิง ร้อยละ 0.25 และ 0.03 ตามลำดับ ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 0.16 และ 0.20 ตามลำดับ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 0.21 และ 0.14 ตามลำดับ โดยความชุกของการพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย, พิกัดทางจิตใจ และพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (ตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.5

ความชุก (ร้อยละ) ของภาวะความพิการจากการสัมภาษณ์และสังเกต ตามประเภทความพิการจำแนกตามเพศ

ความพิการ	IWF	
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)
พิการทางการมองเห็น	0.09	0.04
พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	0.21	0.14
พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	0.16	0.20
พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	0.25	0.03
พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้	0.82	0.21



6.6 ภาวะซึมเศร้า

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 นี้มีชุดคำถาม PHQ-A 9² ข้อเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนรวม	ระดับภาวะซึมเศร้า
0-4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
5-9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
10-14	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
15-19	มีภาวะซึมเศร้ามาก
20-27	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง



จากการสำรวจฯ พบว่าเด็กไทยอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 15.4 มีภาวะซีมเศร้่าเล็กน้อย ร้อยละ 3.4 มีภาวะซีมเศร้่าปานกลาง ร้อยละ 0.6 มีภาวะซีมเศร้่ามาก และร้อยละ 0.2 มีภาวะซีมเศร้่ารุนแรง (ตารางที่ 6.6)

ตารางที่ 6.6

ความชุก (ร้อยละ) ของเด็กอายุ 10-14 ปี ตามระดับภาวะซีมเศร้่า จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

	ไม่มีภาวะซีมเศร้่า	มีภาวะซีมเศร้่าเล็กน้อย	มีภาวะซีมเศร้่าปานกลาง	มีภาวะซีมเศร้่ามาก	มีภาวะซีมเศร้่ารุนแรง
เพศ					
ชาย	85.3	11.8	2.4	0.5	0.0
หญิง	75.2	19.2	4.5	0.8	0.3
เขตการปกครอง					
ในเขตเทศบาล	77.6	16.8	4.2	1.0	0.4
นอกเขตเทศบาล	82.5	14.4	2.8	0.3	0.0
ภาค					
เหนือ	76.9	19.0	3.4	0.6	0.2
กลาง	86.3	13.0	0.3	0.4	0.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	76.2	18.7	4.8	0.3	0.0
ใต้	91.9	5.9	2.0	0.3	0.0
กทม.	62.4	23.9	10.2	2.7	0.9
รวม	80.4	15.4	3.4	0.6	0.2

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของภาวะซีมเศร้่าระดับปานกลางขึ้นไป หรือคะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป พบว่า เด็กไทยอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 4.2 มีภาวะซีมเศร้่าระดับปานกลางขึ้นไป โดยเด็กหญิงมีความชุกสูงกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 5.6 และร้อยละ 2.8) เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะซีมเศร้่าระดับปานกลางขึ้นไปสูงกว่านอกเขตเทศบาล เมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่ากรุงเทพฯ มีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 13.8





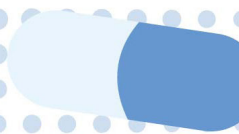
เอกสารอ้างอิง

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhino-conjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet 1998; 351: 1225-32.
2. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. J Adolesc Health. 2002;30(3):196-204.





ภาวะโภชนาการ ของเด็กไทย



บทที่ 7 ภาวะโภชนาการ ของเด็กไทย

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

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการพร่องลงน้อยลงแต่ทรงตัว และกลับเพิ่มขึ้นในบางภูมิภาคในช่วงหลัง ในขณะที่พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคต

หลักฐานจากการวิจัยบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะในสองปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาต่ำ ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนานและรุนแรง⁴ และยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่⁵

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ได้เก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยกลุ่มตัวอย่างอายุ 1 ปี-14 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน สำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสติปัญญาและสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในระยะยาว



วิธีเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลน้ำหนักคือ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลยี่ห้อ Tanita® ซึ่งชั่งได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม เครื่องมือวัดส่วนสูงเป็นที่วัดส่วนสูงภาคสนามที่สร้างขึ้นเองโดยใช้สายวัดโลหะมาตรฐาน วัดค่าเป็นเซนติเมตร ได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้รับการอบรมวิธีการวัดมาตรฐานก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนามและควบคุมคุณภาพด้วยการนิเทศและตรวจเช็คโดยผู้จัดการภาค



7.1 มาตรฐานและเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กและการประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กเป็นค่าที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลน้ำหนักและความยาวหรือส่วนสูงจากเด็กที่ได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยบ่อย และสามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพตามพันธุกรรม (full growth potential) ด้วยเครื่องมือวัดและวิธีการวัดมาตรฐาน โดยจำนวนของเด็กแต่ละกลุ่มอายุและเพศมีจำนวนคนที่มากพอ ภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความเป็นอยู่และการเจริญเติบโตของเด็ก เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่น ๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี พ.ศ. 2542⁶ ที่เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งผ่านมา 30 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 7 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 เพื่อประเมินการเจริญเติบโตกับเกณฑ์อ้างอิงที่เป็นปัจจุบันและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบกับ การสำรวจครั้งต่อไป



ดัชนีภาวะโภชนาการและจุดตัด (cut-off point) รายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 7 นี้ใช้จุดตัดและการแบ่งระดับภาวะโภชนาการของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (length- or height-for-age) สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในอดีต ดัชนีนี้จึงบ่งชี้ภาวะการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง (chronic malnutrition) โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7.1

ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Length- or Height-for-age)

ช่วงที่	ค่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	เหนือเส้น +2 SD	สูง	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมาก
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	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหารเรื้อรัง
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	เตี้ย	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารเรื้อรัง

2. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age) เป็นผลรวมของการเติบโตด้านส่วนสูงและภาวะโภชนาการ ปัจจุบัน แยกการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลันและเรื้อรังไม่ได้ เด็กอายุเดียวกันที่มีน้ำหนักเท่ากันแต่มีส่วนสูงต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเด็กสมส่วน ผอม หรืออ้วน จะถูกประเมินด้วยดัชนีตัวนี้ว่ามีภาวะโภชนาการระดับเดียวกันหมด ดัชนีนี้กำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 7.2

ตารางที่ 7.2

ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight-for-age)

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	น้ำหนักอาจอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	น้ำหนักน้อย	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหาร



3. น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงหรือความยาว (weight-for-height or -length) สามารถแยกแยะภาวะโภชนาการของเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันได้ บ่งชี้ภาวะโภชนาการเกินและภาวะการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลันได้ โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 7.3

ตารางที่ 7.3

ความหมายของค่าที่ใช้แสดงระดับการเจริญเติบโตและความหมายของระดับการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-height)

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	อยู่เหนือเส้น +3 SD	อ้วน	ภาวะอ้วนชัดเจน
2	อยู่เหนือเส้น +2 SD ถึงเส้น +3 SD	เริ่มอ้วน	น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน
3	อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ท้วม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะเริ่มอ้วน
4	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สมส่วน	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมกับส่วนสูง
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึงเส้น -2 SD	ค่อนข้างผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะผอม
6	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	ผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารแบบฉับพลัน



7.2 การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย

รายงานความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กของนานาชาติปัจจุบันประเมินโดยใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เนื่องจากเป็นดัชนีที่ใช้วินิจฉัยภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับการวัดไขมันโดยตรงและเชื่อมโยงกับ obesity-related co-morbidities เพื่อให้การวัดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต จึงมีข้อเสนอแนะให้ใช้ดัชนีมวลกายวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วย แต่ดัชนีมวลกายแปรตามอายุ เพศ เชื้อชาติและ pubertal stage จึงไม่สามารถใช้ค่าค่าเดียวในการวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กได้ เกณฑ์อ้างอิงสากลสำหรับดัชนีมวลกายในเด็กมี 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

ในการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5-19 ปี พ.ศ. 2563 สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำเกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็กอายุ 5-19 ปีไว้ด้วย แนวเวชปฏิบัติ การป้องกันและดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น พ.ศ. 2568 ของสมาคมโภชนาการเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้จุดตัดดัชนีมวลกายที่ BMI z-score > +2 เพื่อวินิจฉัยโรคอ้วน และ BMI z-score > +1 ถึง +2 เพื่อวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (overweight)¹¹

ในรายงานนี้ได้แสดงความชุกที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็กไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 และดัชนีมวลกายที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติ





7.3 การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2568

ระหว่าง พ.ศ. 2539-2568 มีการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ 6 ครั้ง ได้แก่ การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544¹² การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างและจำนวนเด็กตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 7.4

ตารางที่ 7.4

การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2539-2568

	การสำรวจภาวะสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการ แบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
วิธีการสุ่ม	Stratified three-stage sampling โดยใช้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง	Stratified three-stage sampling	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากทะเบียนราษฎร์และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากรายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่างและสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากทะเบียนราษฎร์รายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่างและสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจาทะเบียนราษฎร์รายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่างและสุ่มรายบุคคล
จำนวนจังหวัด	ภาคละ 8 จังหวัด และ กทม. รวม 33 จังหวัด	ภาคละ 4 จังหวัด และ กทม. รวม 17 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และ กทม. รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และ กทม. รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และ กทม. รวม 21 จังหวัด	ภาคละ 5 จังหวัด และ กทม. 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	1-5 ปี 2,330 คน 6-14 ปี 4,905 คน





7.4 การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กไทย

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ส่วนสูงของเด็กจะยังเพิ่มขึ้นได้อีกมาก หากเด็กได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เจ็บป่วยบ่อย ส่วนสูงของเด็กจึงเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้ชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศได้

แม้สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงผันผวนอย่างมากหลายครั้งในช่วง พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2568 เด็กไทยยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 5.2 ซม. (พิสัย 3.3 – 7.9 ซม.) เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 6.5 ซม. (พิสัย 4.5 – 10.0 ซม.) สำหรับในช่วง ปี 2557 และ 2567-2568 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นชัดเจน แต่เด็กชายอายุ 14 ปี ยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 7.5 และ 7.6)

ตารางที่ 7.5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568

อายุ (ปี)	การสำรวจสมภาวะสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการ แบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
2	84.0	83.0	88.3	89.4	87.8	89.8
3	92.0	91.6	96.2	98.5	96.7	97.1
4	100.0	99.7	103.1	103.4	103.3	103.5
5	106.0	106.3	109.4	109.3	109.8	110.1
6	113.0	111.8	115.8	115.3	115.8	116.8
7	118.0	117.6	122.0	122.5	121.6	121.6
8	124.0	123.4	126.8	127.9	126.9	128.5
9	129.0	129.7	133.2	133.3	134.4	135.1
10	134.0	134.8	138.5	140.8	140.3	142.7
11	142.0	141.0	145.6	146.9	146.9	147.6
12	147.0	147.0	151.1	151.1	151.4	152.7
13	-	151.8	153.1	155.3	154.8	156.0
14	-	154.3	155.8	157.2	157.7	157.6



อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการเด็ก แบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
2	85.5	84.5	89.9	90.9	89.7	90.2
3	94.0	92.5	98.6	98.1	98.5	98.9
4	101.0	100.8	104.5	104.1	104.4	105.3
5	107.0	107.1	110.4	110.9	110.7	112.2
6	115.0	113.4	116.0	116.5	116.7	118.6
7	118.0	118.9	122.3	123.8	121.8	123.9
8	124.0	123.1	126.4	127.8	128.6	128.6
9	130.0	128.7	131.1	132.4	133.5	133.8
10	133.0	133.3	137.2	138.9	139.1	139.7
11	138.0	138.5	142.7	144.2	144.1	146.6
12	144.0	143.4	148.2	151.9	151.2	153.4
13	-	151.4	156.6	159.4	158.8	160.3
14	-	157.6	161.8	163.8	165.8	166.0

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กไทยจาก พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2568 เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.8 กก. เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.4 กก. โดยที่อายุตั้งแต่ 9 ถึง 14 ปี เด็กชายและเด็กหญิงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.5 กก. และ 5.7 กก. (ตารางที่ 7.7 และ 7.8) มีข้อสังเกตว่าเด็กอายุ 1 ปีทั้งหญิงและชายมีน้ำหนักต่ำกว่าการสำรวจครั้งที่ 4 เป็นต้นมา

ตารางที่ 7.7

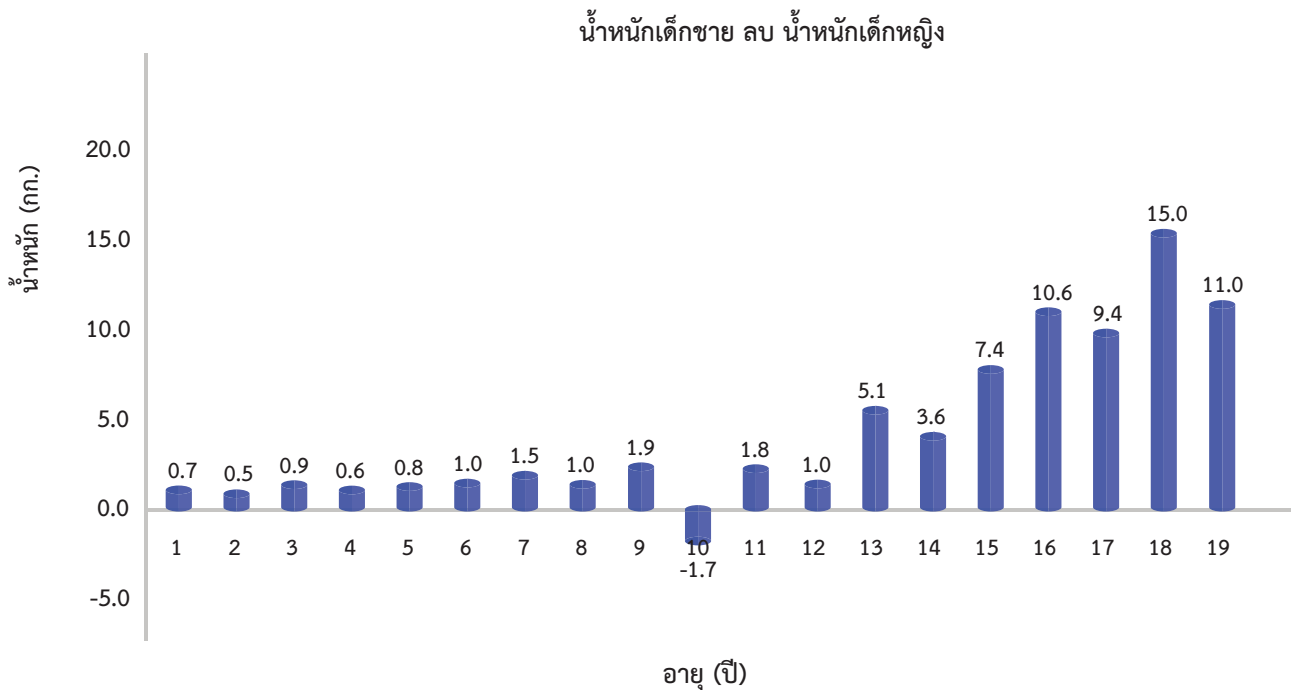
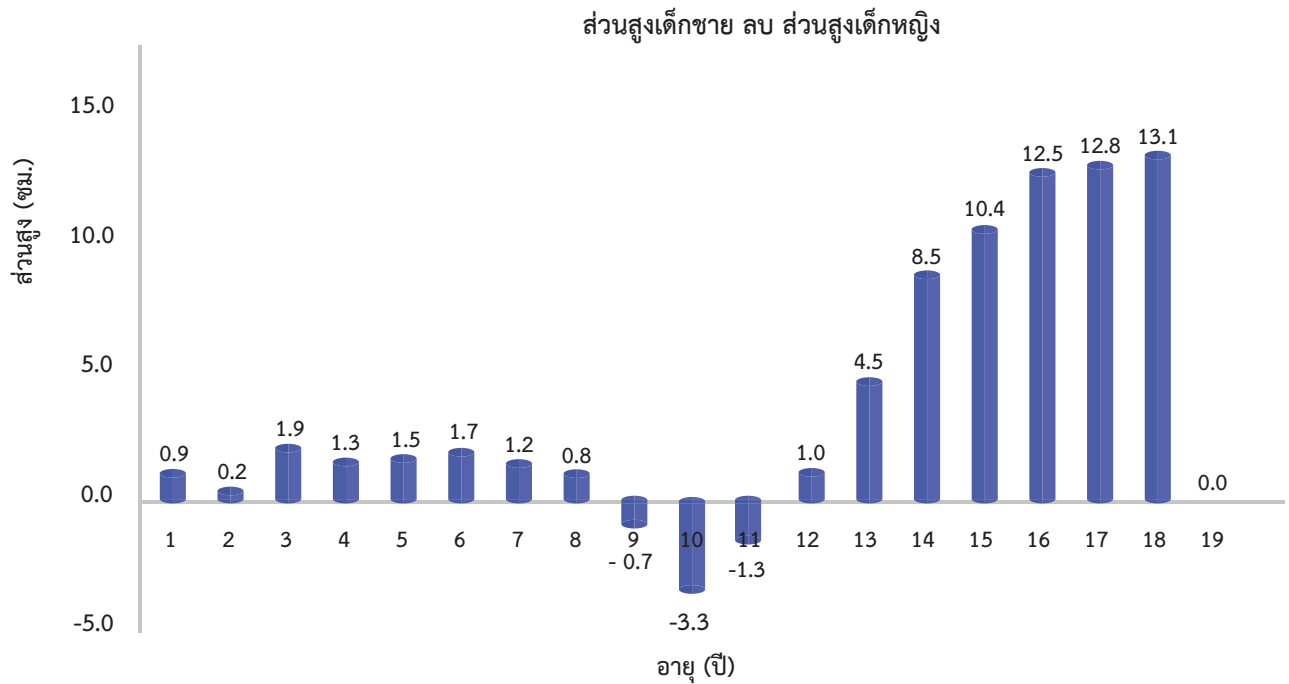
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2568

อายุ (ปี)	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษา พัฒนาการ แบบองค์รวม ของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจ สภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
1	8.7	9.7	10.7	10.5	11.0	10.4
2	11.0	11.6	13.0	12.8	13.0	13.3
3	13.0	13.3	14.6	15.3	14.9	15.1
4	14.8	15.5	16.0	16.2	16.4	16.6
5	16.0	17.1	18.3	18.6	18.2	18.8
6	19.0	19.0	20.3	20.2	21.0	20.7
7	20.0	20.8	23.3	23.6	23.8	23.2
8	23.0	23.7	25.9	27.3	26.4	27.5
9	25.2	27.7	30.4	31.4	31.0	31.5
10	29.0	30.4	32.5	34.6	36.1	37.5
11	35.0	34.9	38.3	40.5	41.2	40.7
12	37.0	39.5	43.8	44.1	47.0	46.6
13	-	44.3	45.7	47.0	47.5	47.7
14	-	46.8	50.2	53.1	51.9	53.9



อายุ (ปี)	การสำรวจภาวะสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการเด็ก แบบองค์รวมของเด็กรไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563	การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568
1	10.0	10.2	11.8	11.6	11.7	11.1
2	12.0	12.1	13.4	13.6	13.3	13.6
3	14.0	14.1	15.8	15.4	16.5	16.0
4	15.0	16.0	17.2	16.9	16.7	18.2
5	16.5	17.9	19.0	19.6	19.5	19.7
6	19.0	19.8	20.7	22.1	22.1	22.6
7	21.0	22.4	24.4	26.2	24.0	26.1
8	23.0	23.9	25.9	28.1	27.9	28.0
9	25.0	26.7	28.7	30.5	31.7	32.0
10	27.5	30.3	33.1	37.5	38.7	36.6
11	30.0	33.4	37.2	39.5	41.7	42.1
12	35.0	37.1	40.5	46.5	46.4	46.3
13	-	43.0	46.6	51.9	52.1	54.3
14	-	46.6	51.6	52.5	57.7	56.9

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 นี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่า ช่วงอายุ 1- 8 ปีเด็กชายมีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิง ตั้งแต่อายุ 9 – 11 ปี เด็กหญิงมีการเติบโตเร็วกว่าเด็กชาย จนถึงอายุ 12 ปีเด็กชายกลับมามีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิงอย่างชัดเจน โดยที่อายุ 14 ปีวัยรุ่นชายมีส่วนสูงเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นหญิง 8.5 ซม. และสูงกว่ามากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สำหรับน้ำหนัก เด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงเกือบทุกช่วงปีโดยเฉพาะในช่วงอายุ 13 ปีขึ้นไปเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงมาก (รูปที่ 7.1)



รูปที่ 7.1 เปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักระหว่างชายและหญิง ในการสำรวจครั้งนี้

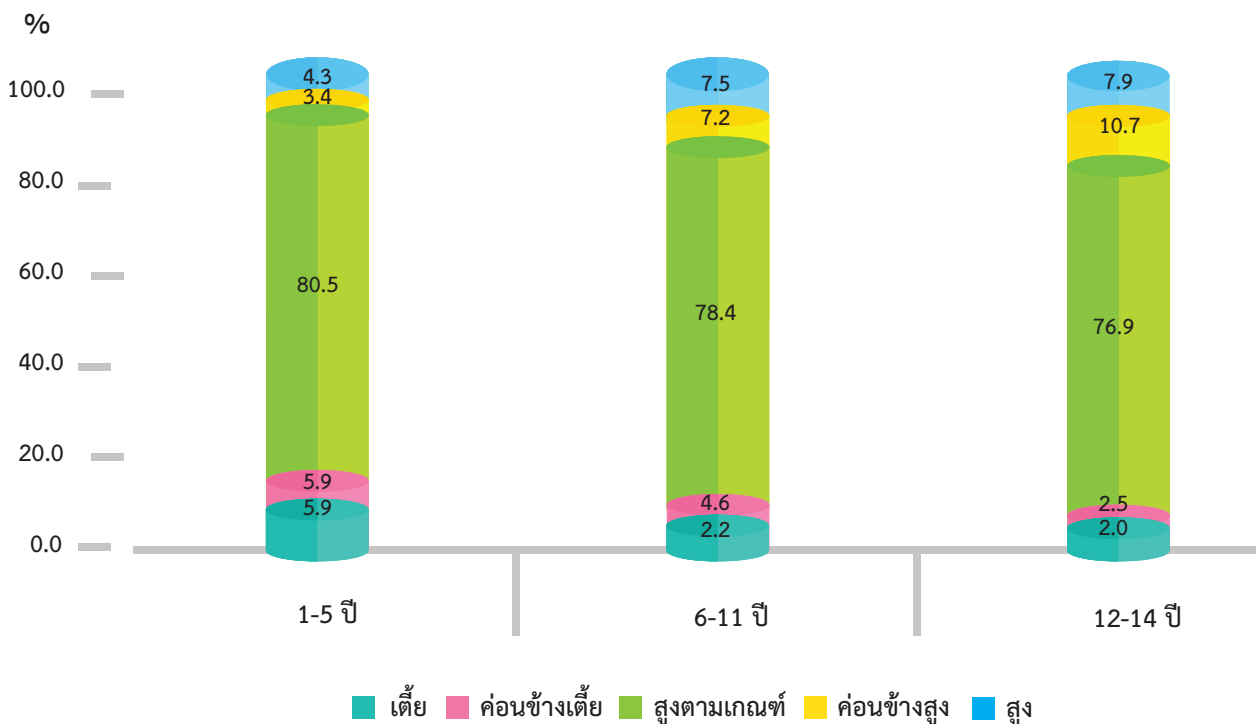


7.5 ภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2568

1. ภาวะส่วนสูง/ความยาวตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 ร้อยละ 3.4 มีส่วนสูงอยู่ในระดับ “เตี้ย” (น้อยกว่าการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 ซึ่งมีร้อยละ 5.1) ในขณะที่ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิง การเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ความชุกของเด็กอายุ 1-14 ปีที่มีภาวะเตี้ยเท่ากับร้อยละ 5.0 (น้อยกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ซึ่งมีร้อยละ 6.0)

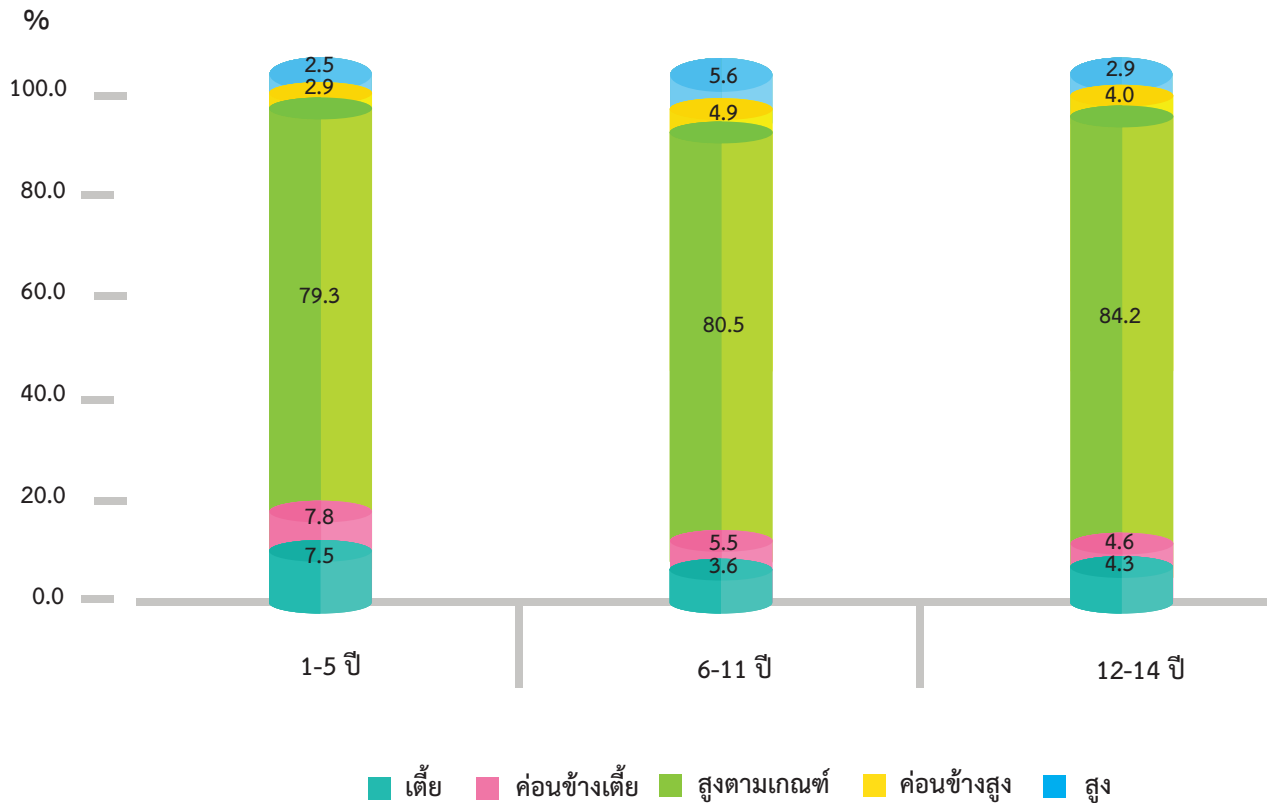
การสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กไทยอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 2.8 (น้อยกว่าการสำรวจครั้งที่ 6 ร้อยละ 9.8) ตามเกณฑ์ อ้างอิงฯ ของไทย พ.ศ. 2542 หรือร้อยละ 3.3 (น้อยกว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ร้อยละ 11.2) ตามมาตรฐาน การเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรง (ความยาวตามเกณฑ์อายุ < -3 SD) เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อการมีสติปัญญาต่ำ ส่งผลให้มีปัญหาการเรียนและการมีงานทำในวัยผู้ใหญ่^{13, 14}

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกของเด็กสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี และ 1-5 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 7.2) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พ.ศ. 2563 และมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 ความชุกของภาวะเตี้ยสูงกว่า ในขณะที่ความชุกของภาวะสูงต่ำกว่าเมื่อใช้เกณฑ์ฯ ปี 2542 เด็กอายุ 1-5 ปีมีความชุก ของภาวะเตี้ย ร้อยละ 7.5 เด็กอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 3.6 และเด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 4.3 (รูปที่ 7.3) สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปีเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2007 ความชุกของภาวะเตี้ย เท่ากับร้อยละ 3.5 และ 4.1 ซึ่งสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ปี 2542 แต่ใกล้เคียงกับเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทยปี 2563 (รูปที่ 7.4)



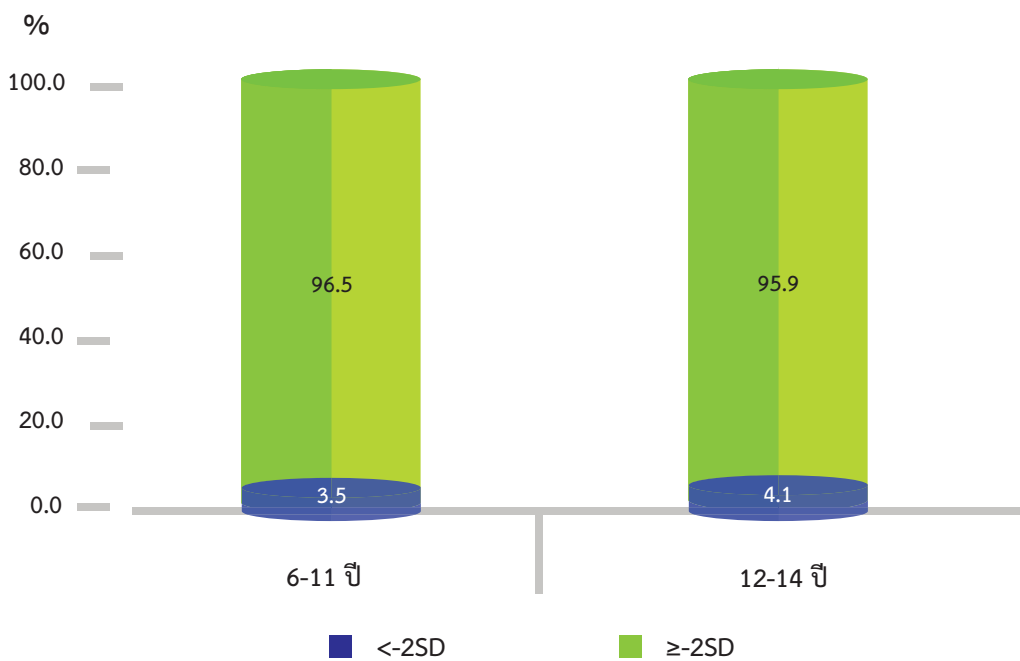
รูปที่ 7.2 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542





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

รูปที่ 7.3 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก อายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2563



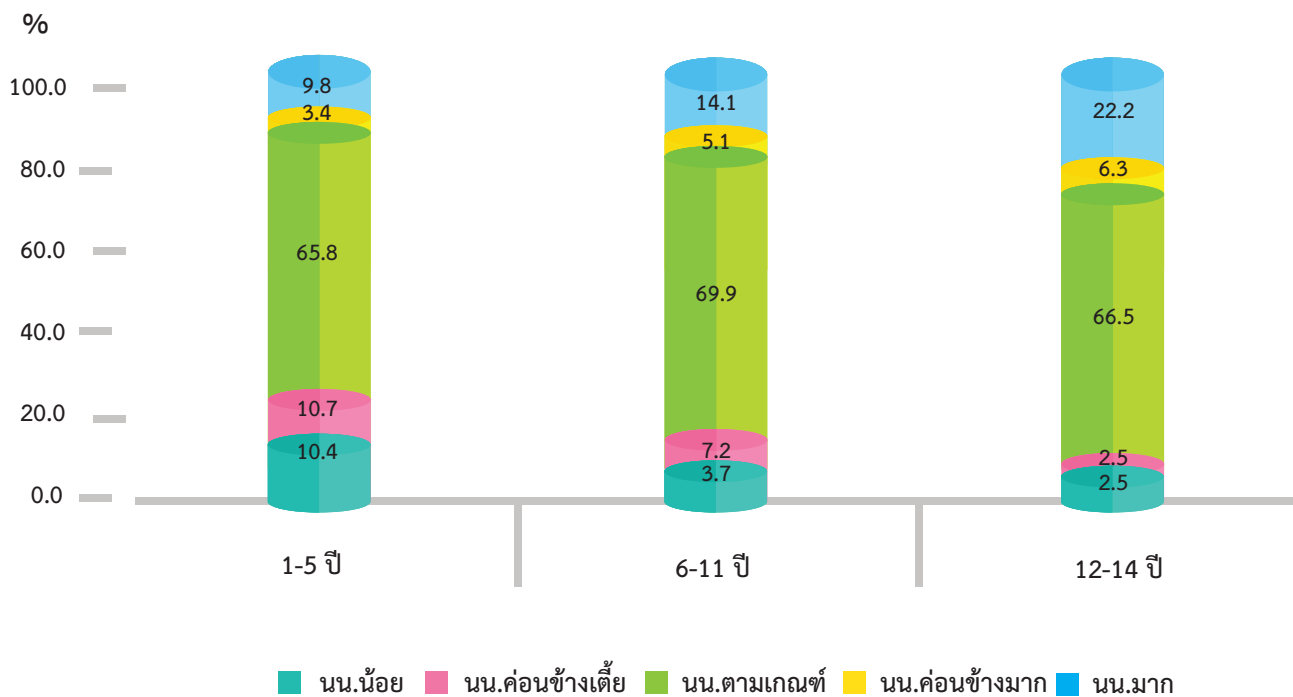
รูปที่ 7.4 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงๆ ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (chronic malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลาง (moderate stunting, ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-2SD ถึง -3SD) เท่ากับร้อยละ 6.1 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 6.9) และมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังรุนแรง (severe stunting, ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-3SD) เท่ากับร้อยละ 1.4 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 1.1)

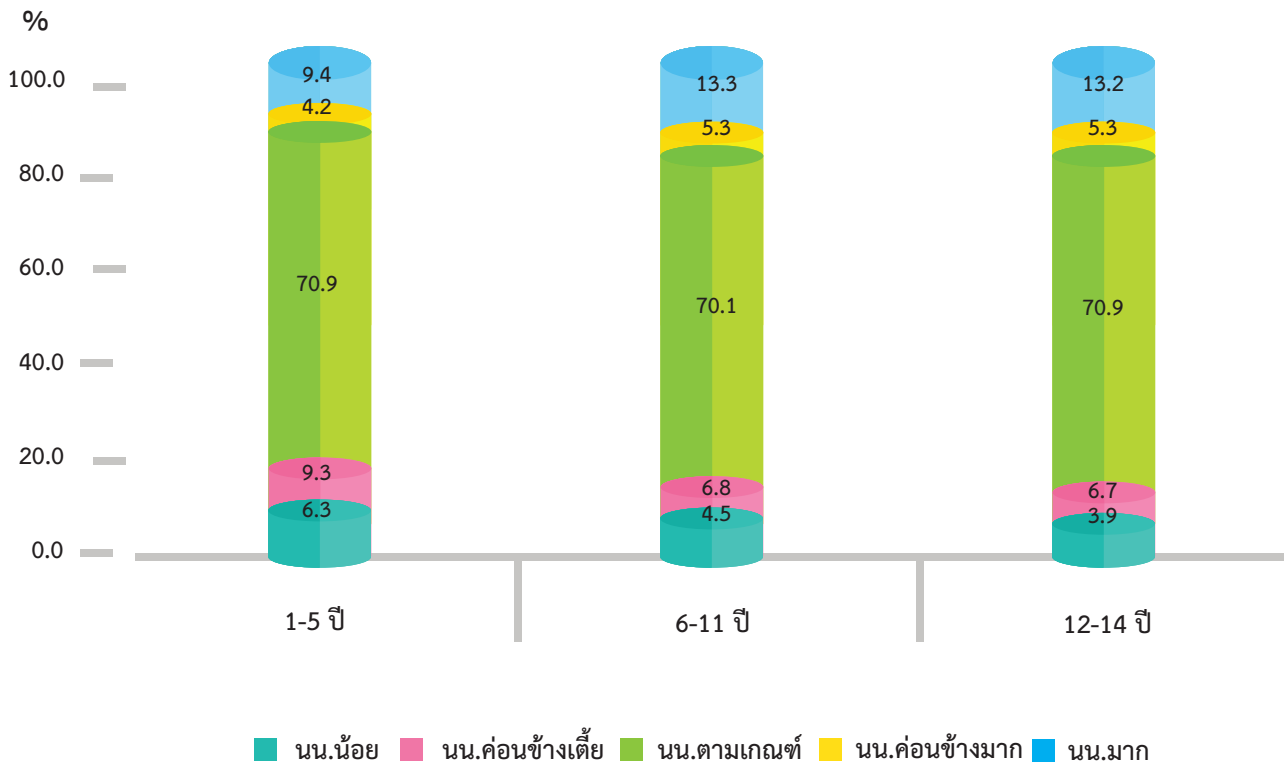
2. ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กอายุ 1-14 ปีตามเกณฑ์อ้างอิงไทย พ.ศ. 2542 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.7 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 4.0) เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ความชุกของเด็กอายุ 1-14 ปีที่มีน้ำหนักน้อย เท่ากับร้อยละ 7.3 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 7.6)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทยฯ พ.ศ. 2542 เด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะน้ำหนักมากสูงกว่าภาวะน้ำหนักน้อย ความชุกของภาวะน้ำหนักมากเพิ่มขึ้นตามวัย ในทางกลับกันความชุกของน้ำหนักน้อยลดลงตามวัย เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทยฯ ปี 2563 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยของกลุ่มอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปีสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงของเด็กไทยฯ ปี 2542 (รูปที่ 7.5 – 7.6)



รูปที่ 7.5 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542





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

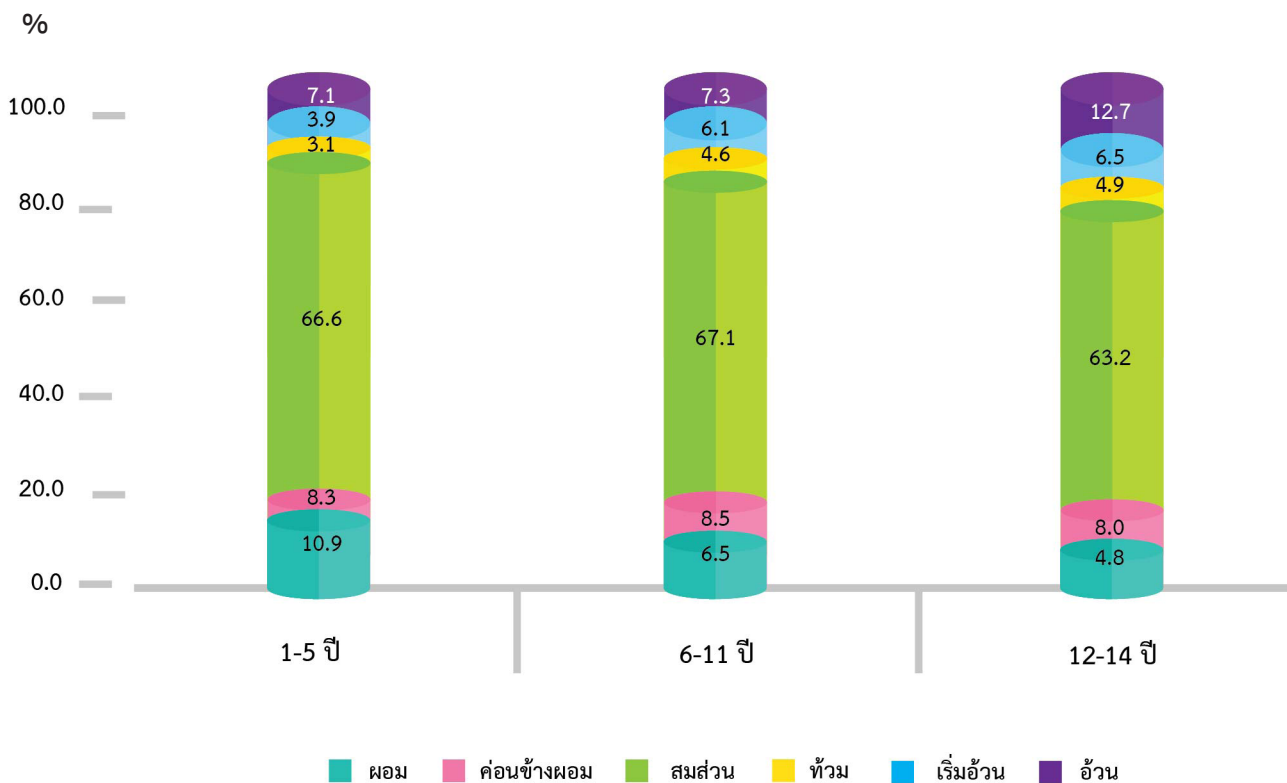
รูปที่ 7.6 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



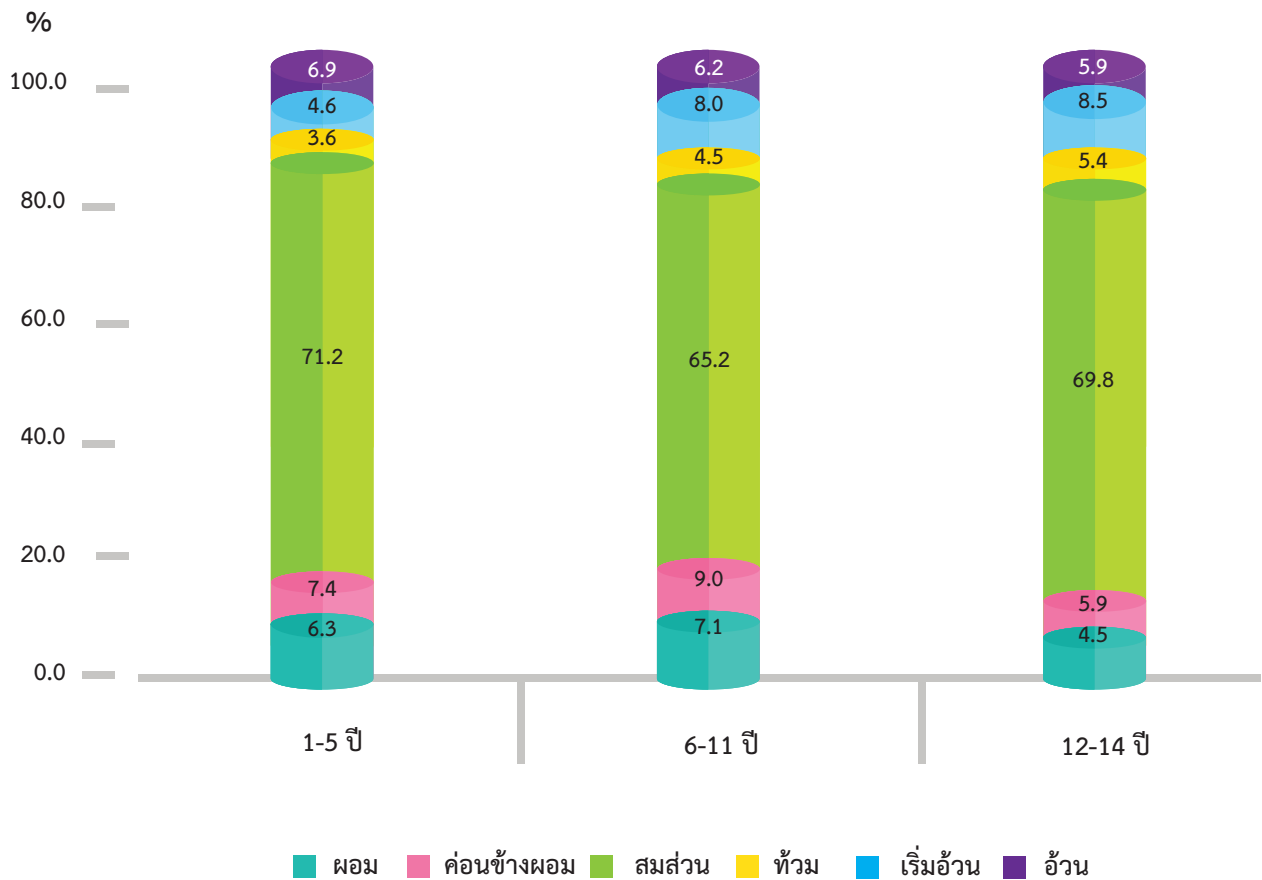
3. **ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง/ความยาว** ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 ร้อยละ 5.5 เริ่มอ้วน (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 5.9) และร้อยละ 8.4 มีภาวะอ้วน (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 7.0) เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ เด็กไทยปี 2563 มีร้อยละ 8.2 และ 6.3 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 8.0 และ 6.5) ตามลำดับ เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบสูงขึ้นมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงอ้วนทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันเลือดสูง⁵

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าภาวะผอม เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนรวมกันสูงสุด (ร้อยละ 19.2) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 13.4) และเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 11.0) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 6 ที่พบร้อยละ 20.6, 12.9 และ 10.5 ตามลำดับ เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกลดลง และในเด็กอายุ 6-11 ปีและเด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะผอมต่ำกว่าเด็กอายุ 1-5 ปี (รูปที่ 7.7)

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ.2563 (รูปที่ 7.8) ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนของเด็กทุกกลุ่มอายุสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 และความชุกของภาวะอ้วนของเด็กทุกกลุ่มอายุต่ำกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 ในขณะที่ความชุกของภาวะผอมในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและ 12-14 ปีต่ำกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542



รูปที่ 7.7 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



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

รูปที่ 7.8 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563

ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน (acute malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือภาวะผอมปานกลาง (moderate wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <math><-2SD</math> ถึง $-3SD$) ร้อยละ 4.8 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 4.2) และทุพโภชนาการฉับพลันรุนแรง (severe acute malnutrition) หรือภาวะผอมรุนแรง (severe wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <math><-3 SD</math>) เท่ากับร้อยละ 1.1 (การสำรวจฯ ครั้งที่ 6 มีร้อยละ 1.3)



4. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเพศ

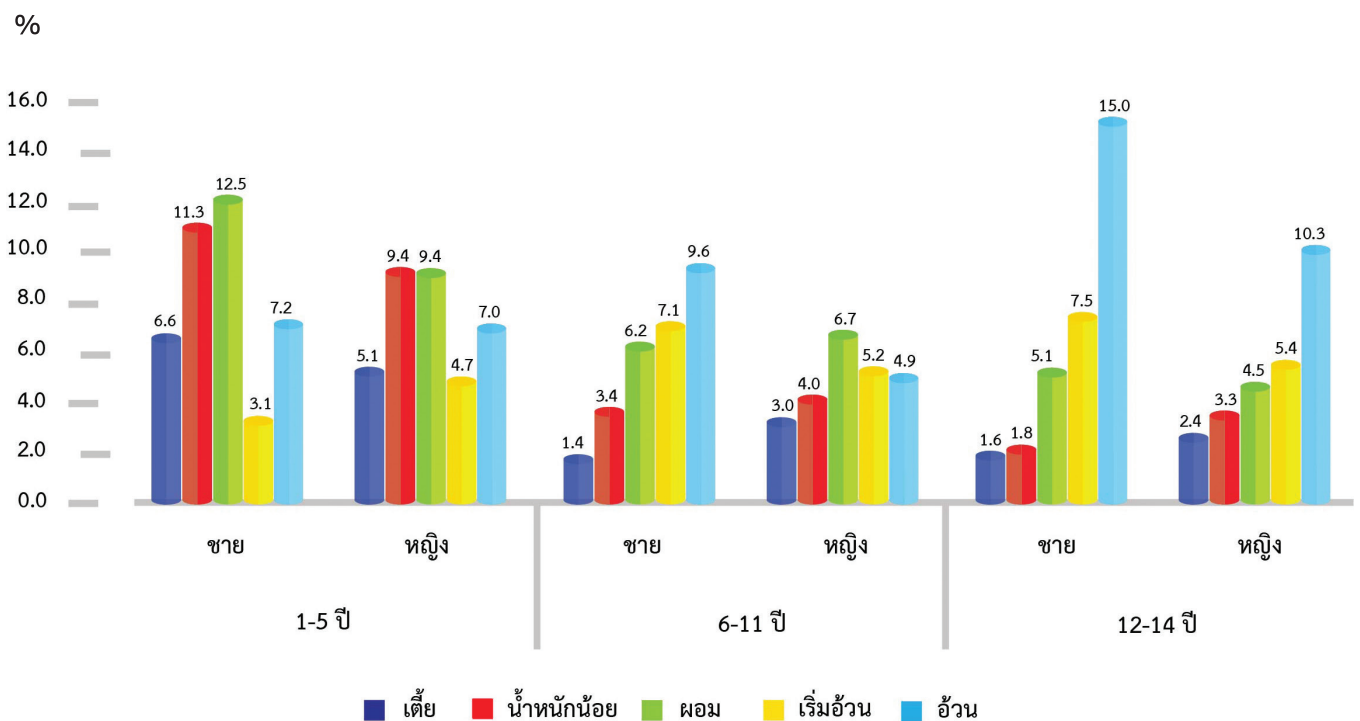
เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 และมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ปี 2563 เด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนในกลุ่มอายุ 1-5 ปีของชายต่ำกว่าหญิง แต่ของชายสูงกว่าหญิงในกลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปี

สำหรับปัญหาโภชนาการพร่อง ตามเกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 เด็กชายกลุ่มอายุ 1-5 ปีมีความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่กลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิง (รูปที่ 7.9)

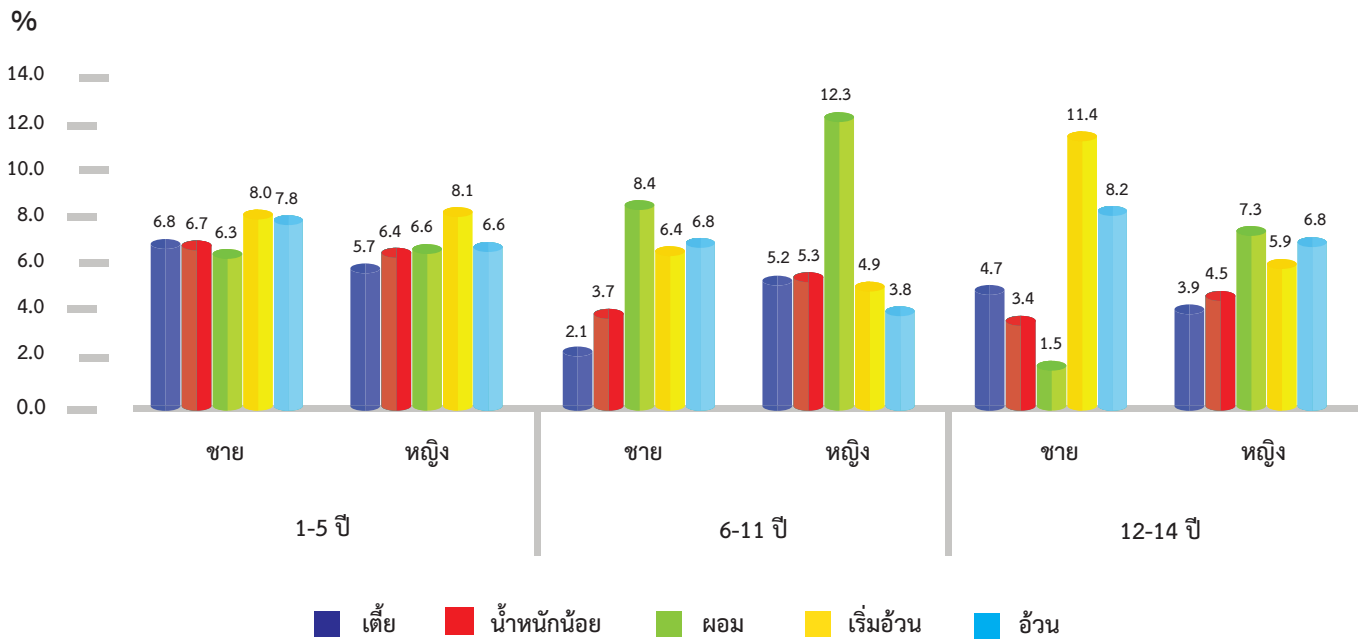
เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ปี 2563 เด็กชายกลุ่มอายุ 1-5 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่กลุ่มอายุ 6-11 ปีมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิงมาก (รูปที่ 7.10)

สำหรับภาวะผอม ตามเกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 เด็กชายกลุ่มอายุ 1-5 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่กลุ่มอายุ 6-11 ปีมีความชุกของภาวะผอมต่ำกว่าเด็กหญิง (รูปที่ 7.9)

เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ ปี 2563 เด็กชายกลุ่มอายุ 1-5 ปีมีความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยสูงกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย แต่กลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิง สำหรับภาวะผอม เด็กชายกลุ่มอายุ 1-5 ปีมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกต่ำกว่าเด็กหญิงมาก (รูปที่ 7.10)



รูปที่ 7.9 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามอายุและเพศ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



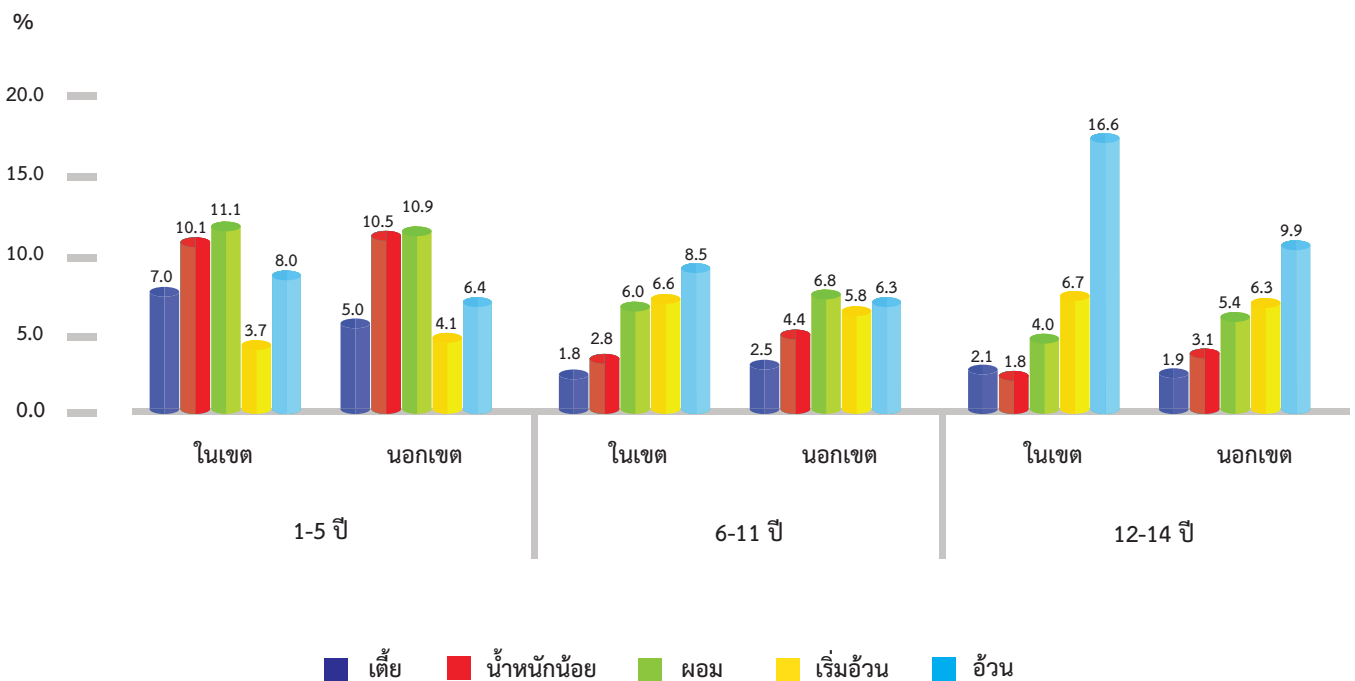
*สำหรับเฉพาะกลุ่มอายุ 1-5 ปี 0 เดือน ประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

รูปที่ 7.10 เปรียบเทียบความชุกของภาวะคัน น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามอายุ และเพศ โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563

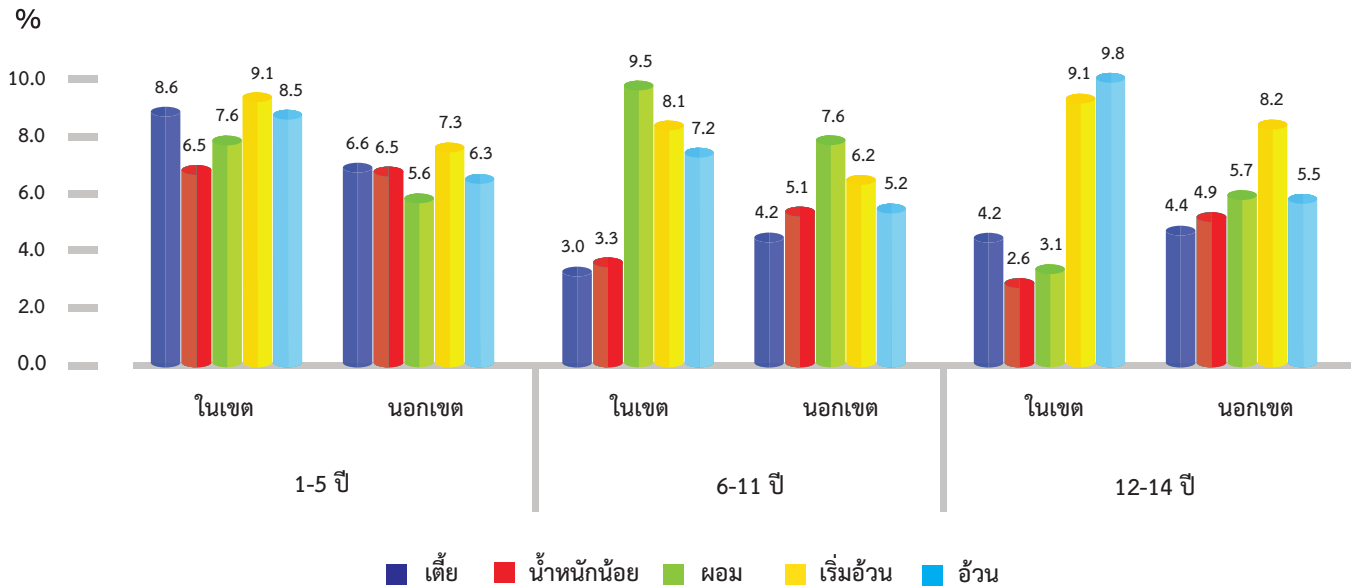
5. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตการปกครองโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มอายุ 6-11 ปีในเขตเทศบาลที่มีภาวะเตี้ยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับภาวะน้ำหนักน้อย เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีภาวะน้ำหนักน้อยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีในเขตเทศบาลมีภาวะผอมสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่กลุ่มอายุ 6-11 ปีและกลุ่มอายุ 12-14 ปีในเขตเทศบาลมีภาวะผอมต่ำกว่า สำหรับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีภาวะทั้งสองรวมกันสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 12-14 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาลมาก(รูปที่ 7.11)

เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย ปี 2563 เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี ในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกิน (เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน) สูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่มีภาวะน้ำหนักน้อยเท่ากัน เด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะเตี้ย และน้ำหนักน้อยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่มีภาวะผอม เริ่มอ้วน และอ้วนมากกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนกลุ่มอายุ 12-14 ปี เด็กในเขตเทศบาลมีภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล แต่มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่า (รูปที่ 7.12)



รูปที่ 7.11 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามอายุ และเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



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

รูปที่ 7.12 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน จำแนกตามอายุ และเขตการปกครอง โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563

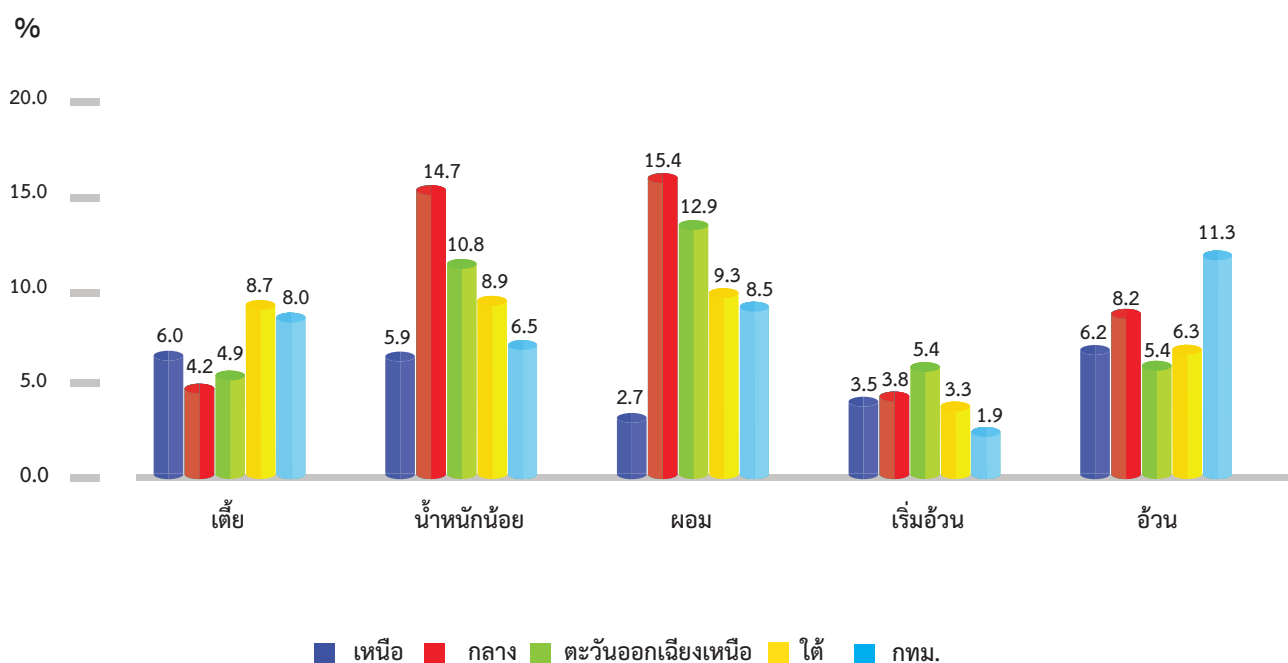


6. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างภาค

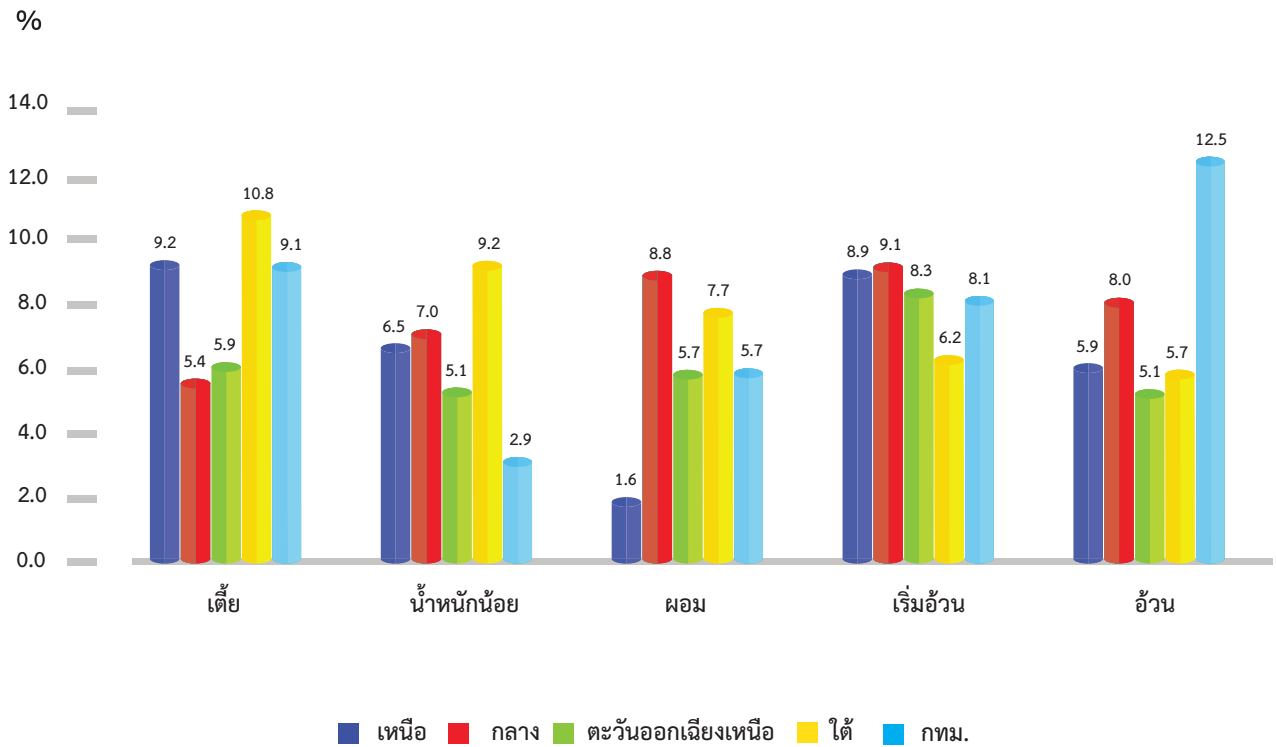
6.1 กลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี

การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการแยกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 พบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี ภาคกลางเป็นภาคที่มีความชุกของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักน้อยและผอมสูงสุด ในขณะที่ภาคเหนือมีความชุกของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักน้อยและผอมต่ำสุด ส่วนภาคใต้มีความชุกของปัญหาเตี้ยสูงสุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของปัญหาเริ่มอ้วนสูงสุด และกรุงเทพฯ มีความชุกของปัญหาอ้วนสูงสุด แต่มีความชุกของภาวะเตี้ยเป็นที่สองรองจากภาคใต้ (รูปที่ 7.13)

เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พ.ศ. 2563 เด็กอายุ 1-5 ปีในภาคใต้มีความชุกของภาวะเตี้ยและภาวะน้ำหนักน้อยสูงสุดและมีความชุกของภาวะผอมสูงเป็นที่ 2 รองจากภาคกลาง ภาคกลางมีความชุกของภาวะผอมและเริ่มอ้วนสูงสุด ในขณะที่กรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุดและมีความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยต่ำสุด (รูปที่ 7.14)



รูปที่ 7.13 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

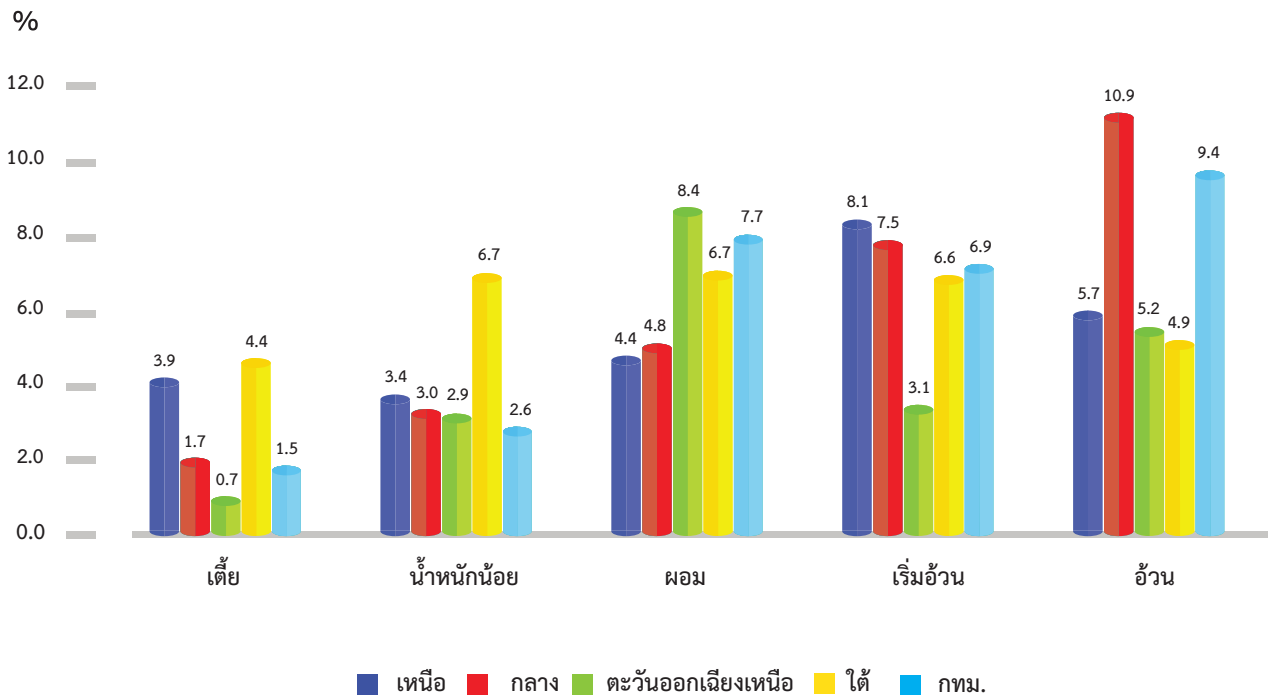


รูปที่ 7.14 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักร้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของเด็ก พ.ศ. 2563

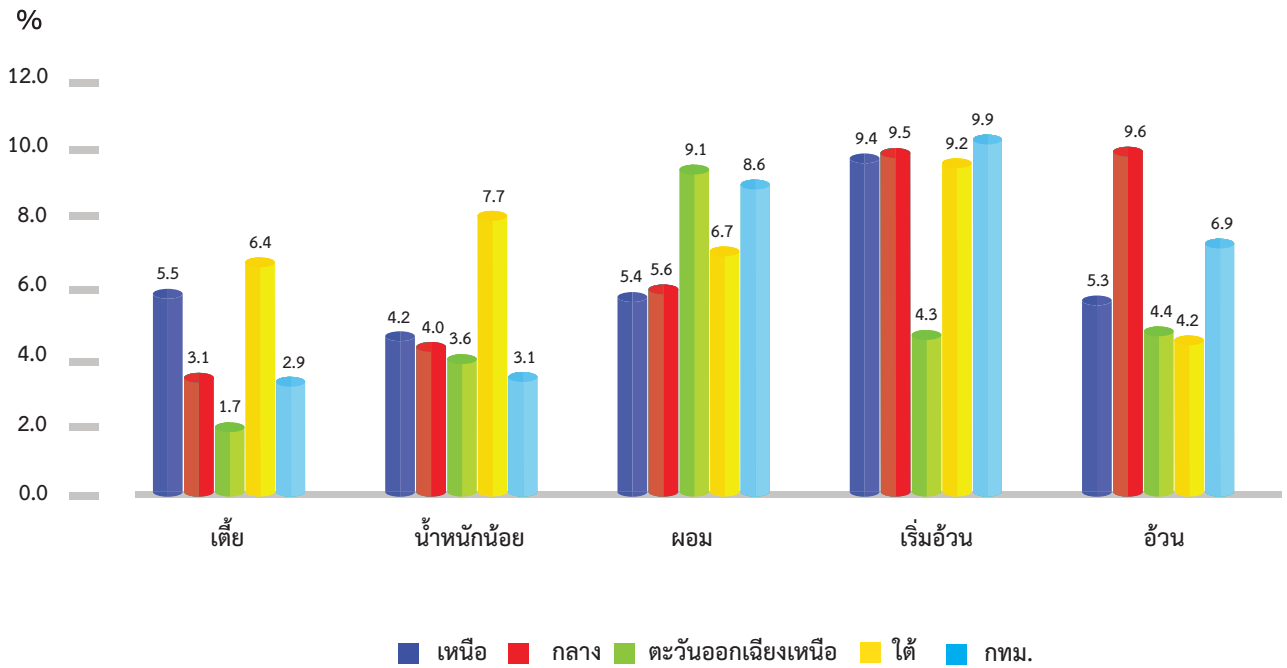


6.2 กลุ่มเด็กอายุ 6-11 ปี

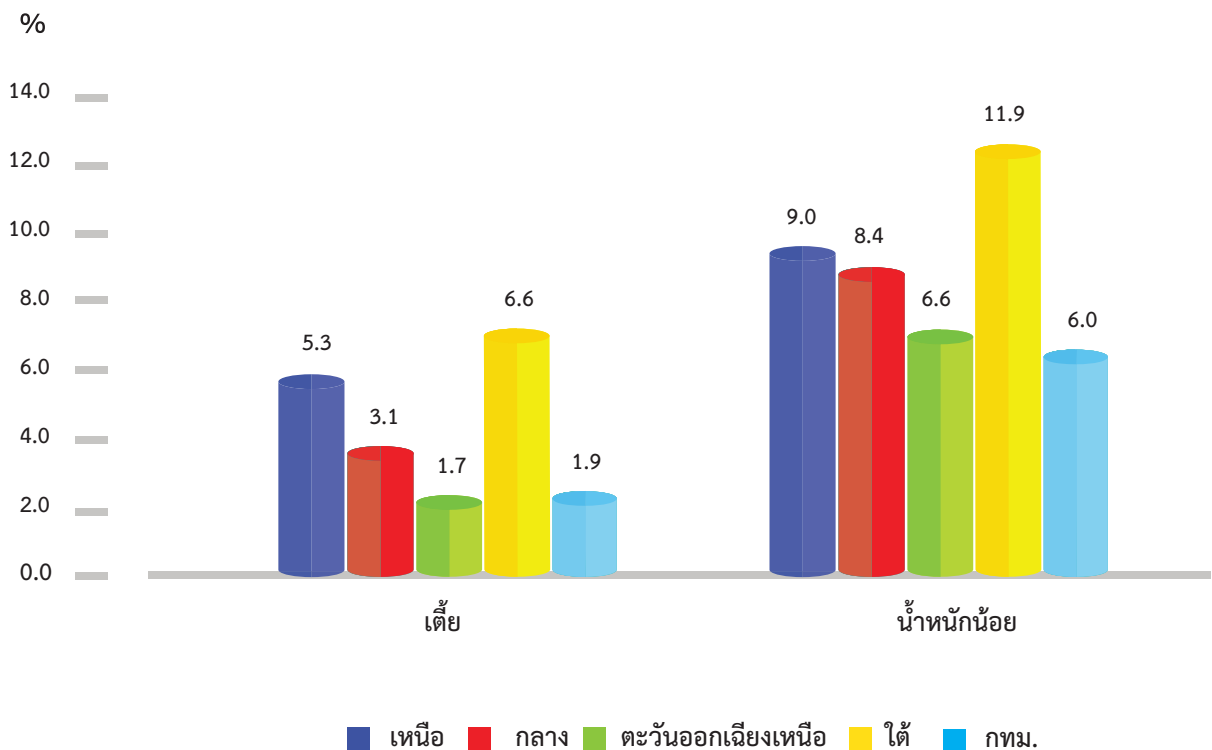
เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี ภาคใต้มีความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของภาวะผอมสูงสุดแต่มีความชุกของภาวะเตี้ยต่ำสุด ภาคเหนือมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนสูงสุดแต่มีความชุกของภาวะเตี้ยสูงเป็นอันดับ 2 และภาคกลางมีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุดและมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 (รูปที่ 7.15) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พ.ศ. 2563 ความแตกต่างระหว่างภาคมีแบบแผนเดียวกัน ยกเว้นความชุกของภาวะเริ่มอ้วน ซึ่งกรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนสูงสุด (รูปที่ 7.16) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ภาคใต้มีความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุดในเด็กอายุ 6-11 ปีเช่นเดียวกับการใช้เกณฑ์อ้างอิงของไทย (รูปที่ 7.17)



รูปที่ 7.15 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 7.16 เปรียบเทียบความชุกของภาวะดี น้ำหนักน้อย พอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563

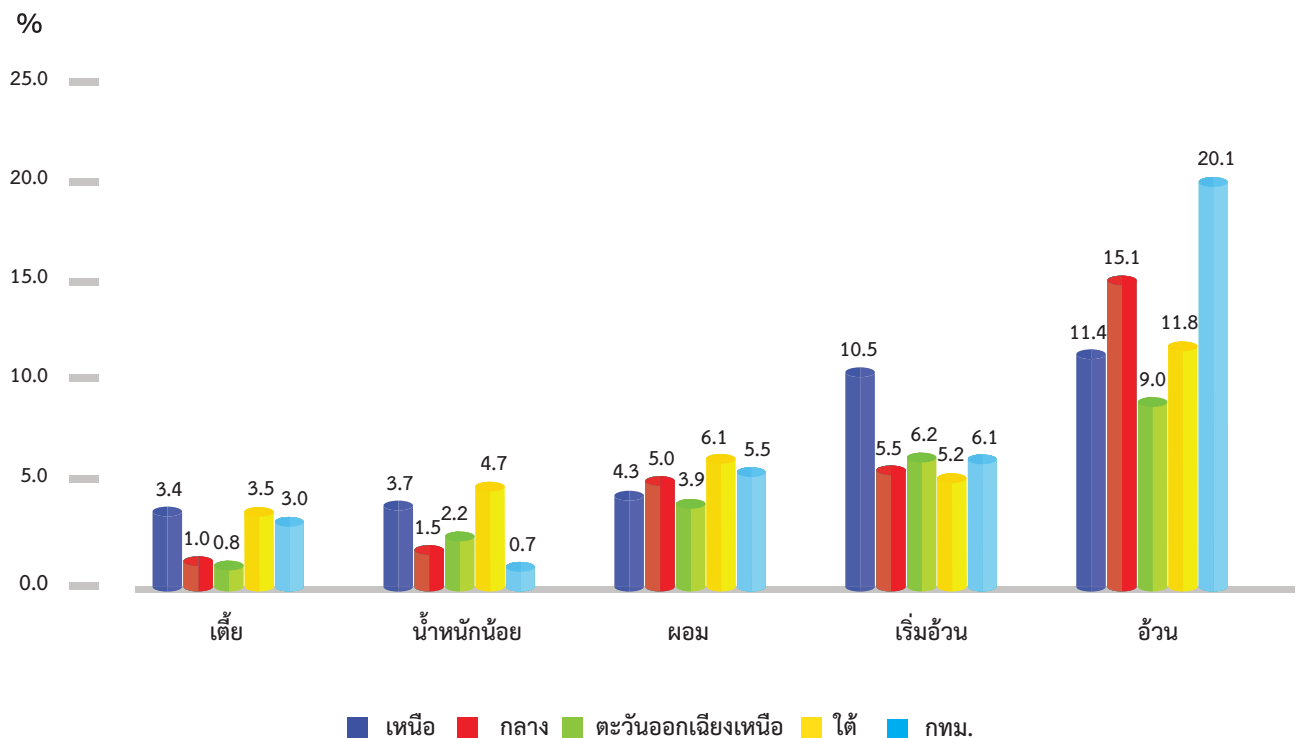


รูปที่ 7.17 เปรียบเทียบความชุกของภาวะดีและน้ำหนักน้อยของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007

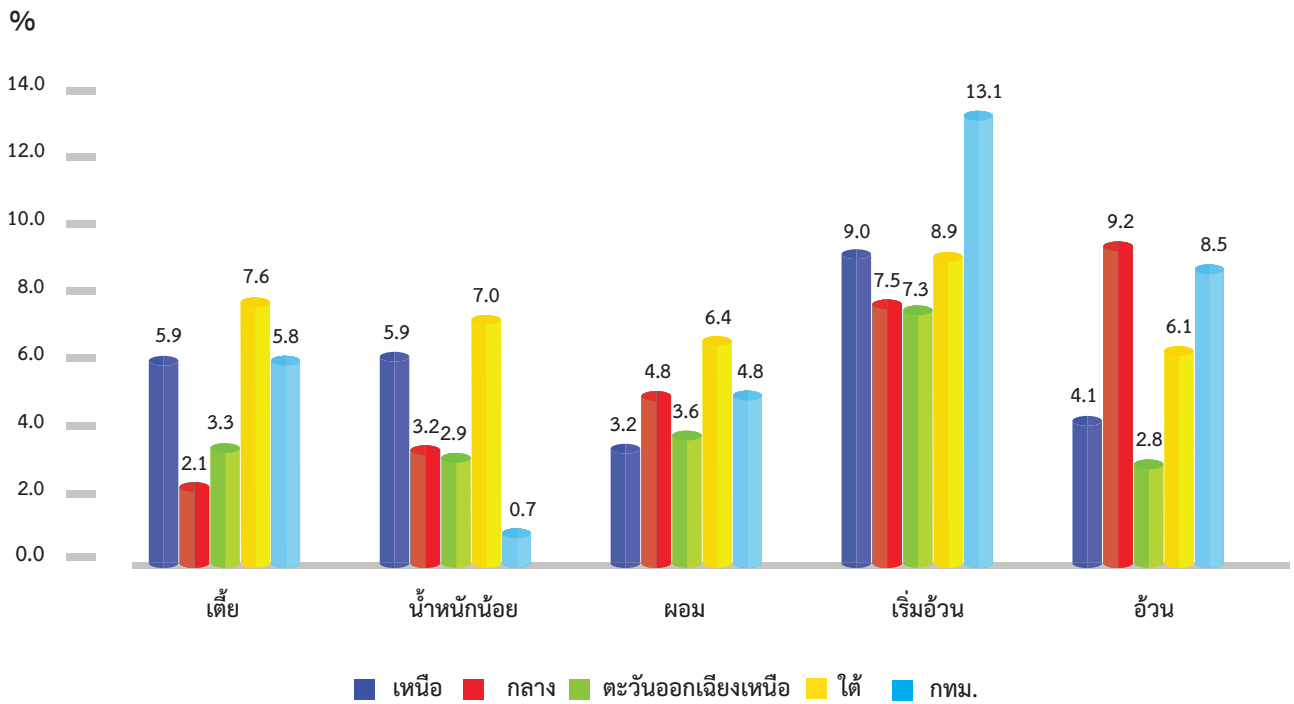


6.3 กลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปี

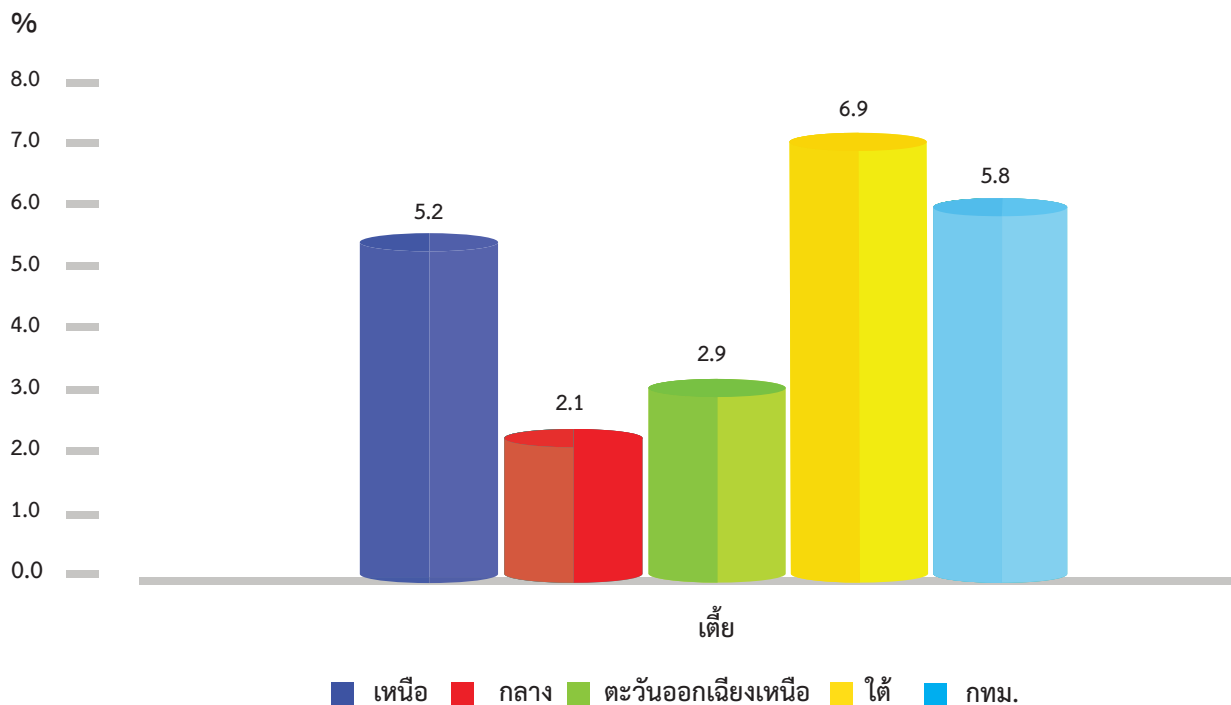
เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กในกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อย ภาคใต้มีความชุกของภาวะผอมสูงสุด ส่วนภาคเหนือมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนสูงสุด และกรุงเทพฯ มีความชุกของเด็กที่มีภาวะอ้วนสูงสุดถึงร้อยละ 20.1 (รูปที่ 7.18) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ ของเด็กไทย พ.ศ. 2563 ความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯ พ.ศ. 2542 ภาคใต้มีความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อยและผอมสูงสุด กรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนสูงสุด และภาคกลางมีความชุกของภาวะอ้วนสูงสุด (รูปที่ 7.19) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ภาคใต้มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเตี้ยสูงสุดเช่นเดียวกัน รองลงมาคือกรุงเทพฯ และภาคเหนือตามลำดับ (รูปที่ 7.20)



รูปที่ 7.18 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วน และอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 7.19 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วน และอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



รูปที่ 7.20 เปรียบเทียบความชุกของภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (เตี้ย) ของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



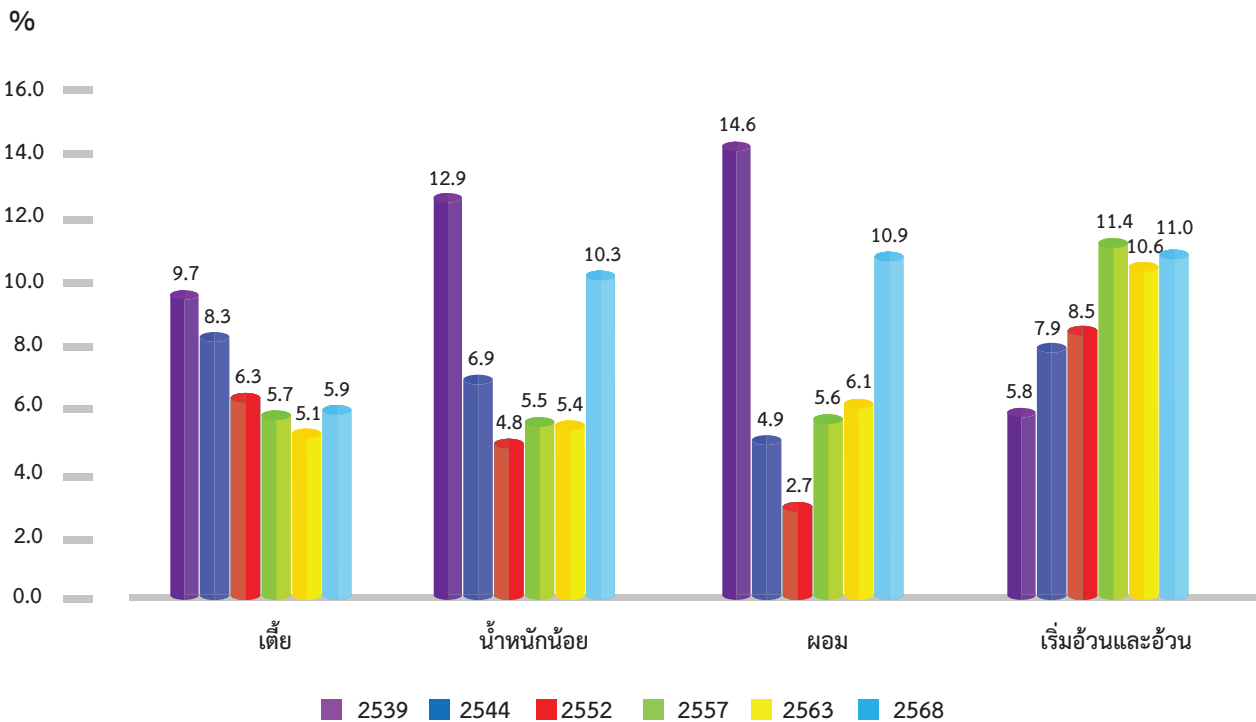


7.6 แนวโน้มภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 29 ปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในช่วง 29 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มพบเด็กภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ในขณะที่พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น

1. เด็กอายุ 1-5 ปี การสำรวจในเด็กอายุ 1-5 ปีที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 มีให้เปรียบเทียบย้อนหลังได้ 29 ปี แม้อาจมีข้อจำกัดที่กรอบการสุ่มไม่เหมือนกันบ้าง แต่ก็พอเปรียบเทียบได้ว่า ประเทศไทยสามารถลดภาวะโภชนาการพร่องได้ระดับหนึ่ง ความชุกของภาวะเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2568 เท่ากับลดลงได้ร้อยละ 39.2 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยจากปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552 ลดลงได้ 2.7 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2568 ทำให้ความชุกลดลงร้อยละ 20.2 ใน 29 ปี เช่นเดียวกับปัญหาเด็กที่มีภาวะผอมที่ลดลงอย่างมากจากปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2552 ลดลง 5.4 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2557- 2568 ซึ่งเป็นเรื่องที่ควรเฝ้าระวังต่อไป (รูปที่ 7.21)

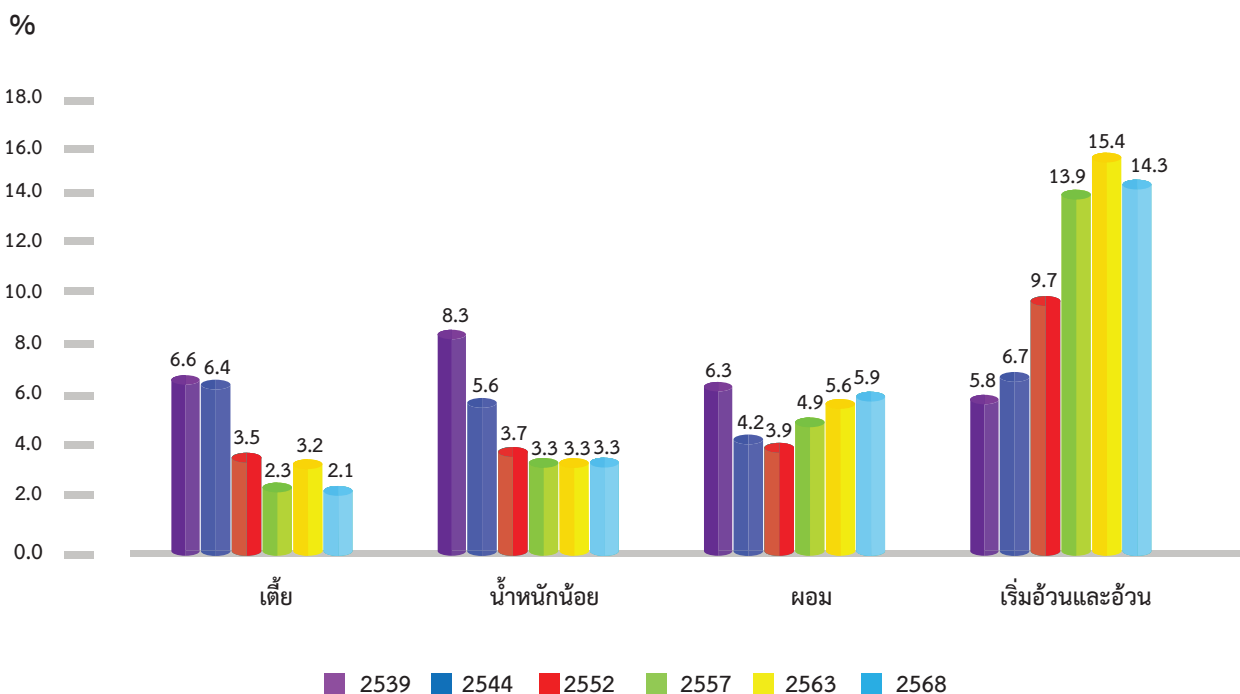
ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในช่วง 19 ปี กลับมาลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2563 แต่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 11.0 (รูปที่ 7.21)



รูปที่ 7.21 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กอายุ 1-5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2568 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



2. เด็กอายุ 6-14 ปี การสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในเด็กอายุ 6-14 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2568 ซึ่งมีกรอบอายุของเด็กที่ต่างกันบ้าง ความชุกของปัญหาเด็กมีภาวะเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือประมาณหนึ่งในสามและมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยลดลงได้ 2.5 เท่าโดยนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล 1.6 เท่า ส่วนความชุกของเด็กที่มีภาวะผอมลดลง 1.7 เท่าในช่วง 13 ปีจากปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าใน 16 ปีที่ผ่านมาจากปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2568 โดยรวมในรอบ 29 ปี ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า แต่ความชุกเริ่มเพิ่มด้วยอัตราที่ลดลงจากปี 2557 ถึงปี 2563 และความชุกลดลงในปี 2568 มีข้อสังเกตว่า ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนปัญหาภาวะผอม น้ำหนักน้อย และเตี้ยในเขตเทศบาลต่ำกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (รูปที่ 7.22 และตารางที่ 7.9)



รูปที่ 7.22 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทย พ.ศ. 2539-2568 จากการสำรวจต่างๆ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4, 5, 6, 7 พ.ศ. 2552, 2557, 2562-2563, 2567-2568 ตามลำดับ



การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม และเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2568 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประเทศไทย พ.ศ. 2542

ภาวะโภชนาการ	พ.ศ. 2539-2540		พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2551-2552		พ.ศ. 2557		พ.ศ. 2562-2563		พ.ศ. 2567-2568	
	รวม	6-12 ปี	รวม	6-12 ปี	รวม	6-14 ปี	รวม	6-14 ปี	รวม	6-14 ปี	รวม	6-14 ปี
เริ่มอ้วนและอ้วน	5.8	10.1	5.3	13.1	8.2	16.6	12.1	15.4	15.2	15.6	14.3	16.8
ผอม	6.3	4.0	5.1	3.9	4.3	4.9	4.3	5.6	5.0	5.9	5.9	5.4
น้ำหนักน้อย	8.7	4.4	6.6	3.7	4.1	2.9	3.5	3.3	3.5	3.1	3.3	2.5
เตี้ย	6.6	4.1	7.9	3.5	3.1	2.0	2.5	3.2	3.8	2.9	2.1	1.9

รวม = ทั่วประเทศ, ใน = ในเขตเทศบาล, นอก = นอกเขตเทศบาล

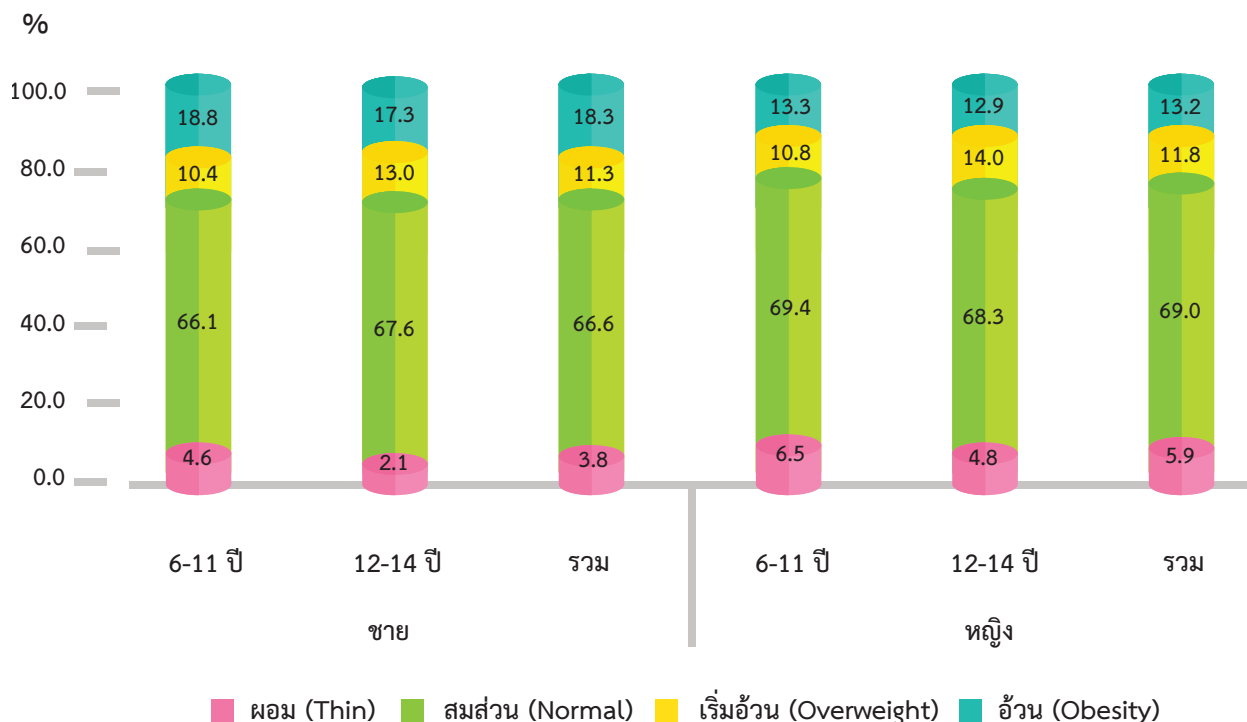
หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568



7.7 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็กไทย

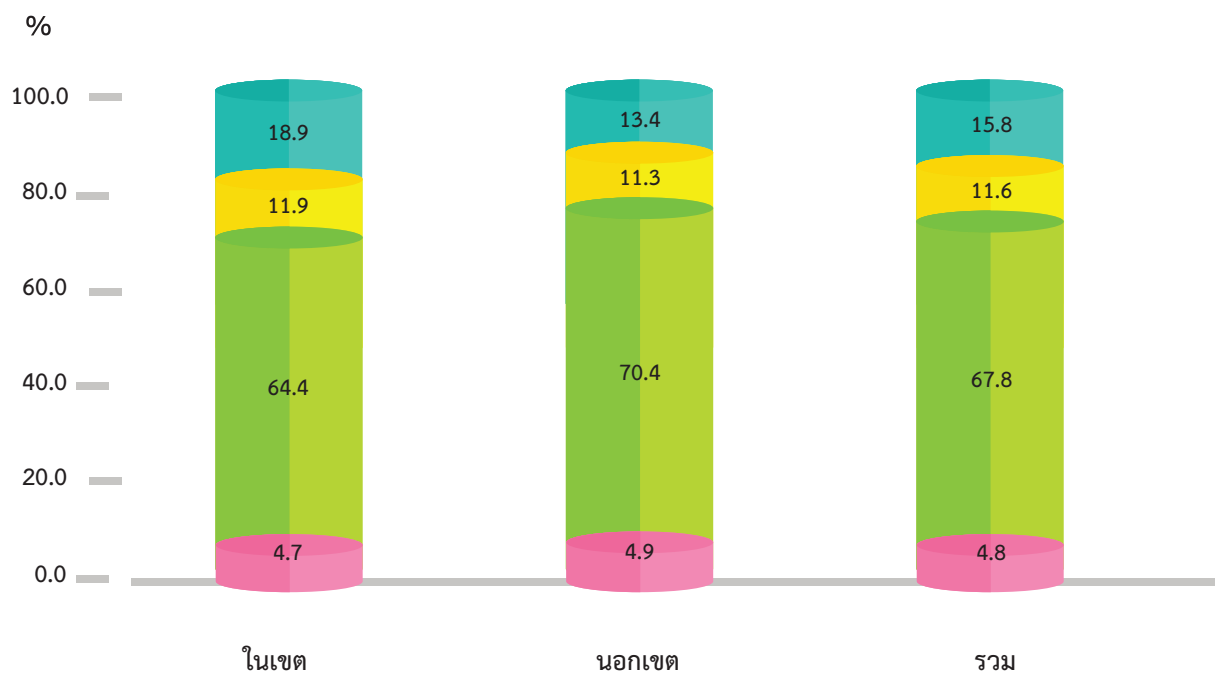
สำหรับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็กไทย พ.ศ. 2563 และจุดตัดดัชนีมวลกายตามแนวเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น พ.ศ. 2563 ของสมาคมโภชนาการเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ที่กำหนดให้ BMI z-score > +1 ถึง +2 วินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (overweight) และ BMI z-score > +2 วินิจฉัยโรคอ้วน (obesity) พบว่า ในการสำรวจครั้งที่ 7 นี้ ร้อยละ 11.6 และร้อยละ 15.8 ของเด็กอายุ 6-14 ปีมีภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วนและอ้วนตามลำดับ เท่ากับมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันร้อยละ 27.4 ซึ่งสูงกว่าเมื่อประเมินด้วยดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ร้อยละ 15.4) 1.8 เท่า เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ เด็กชายอายุ 6-14 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วนร้อยละ 11.3 และความชุกของภาวะอ้วนร้อยละ 18.3 เด็กหญิงร้อยละ 11.8 และ 13.2 ตามลำดับ (รูปที่ 7.23)

เมื่อวิเคราะห์แยกตามอายุ กลุ่มอายุ 6-11 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินต่ำกว่ากลุ่มอายุ 12-14 ปี เล็กน้อย แต่มีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่ามาก เมื่อแยกตามเพศ เด็กชายทั้ง 2 กลุ่มอายุมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กหญิงทั้ง 2 กลุ่มอายุ แต่มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินต่ำกว่าเล็กน้อย (รูปที่ 7.23) ความแตกต่างระหว่างเพศสำหรับความชุกของภาวะอ้วนเป็นแบบแผนเดียวกันกับเมื่อประเมินด้วยดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แต่ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมีแบบแผนตรงข้ามกัน เมื่อแยกตามเขตการปกครอง เด็กในเขตมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงกว่านอกเขต (รูปที่ 7.24) เมื่อแยกระหว่างภาค กรุงเทพฯ มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินสูงสุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนภาคใต้มีความชุกต่ำสุด สำหรับความชุกของภาวะอ้วน ภาคกลางมีความชุกสูงสุด รองลงมาคือกรุงเทพฯ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำสุด (รูปที่ 7.25)



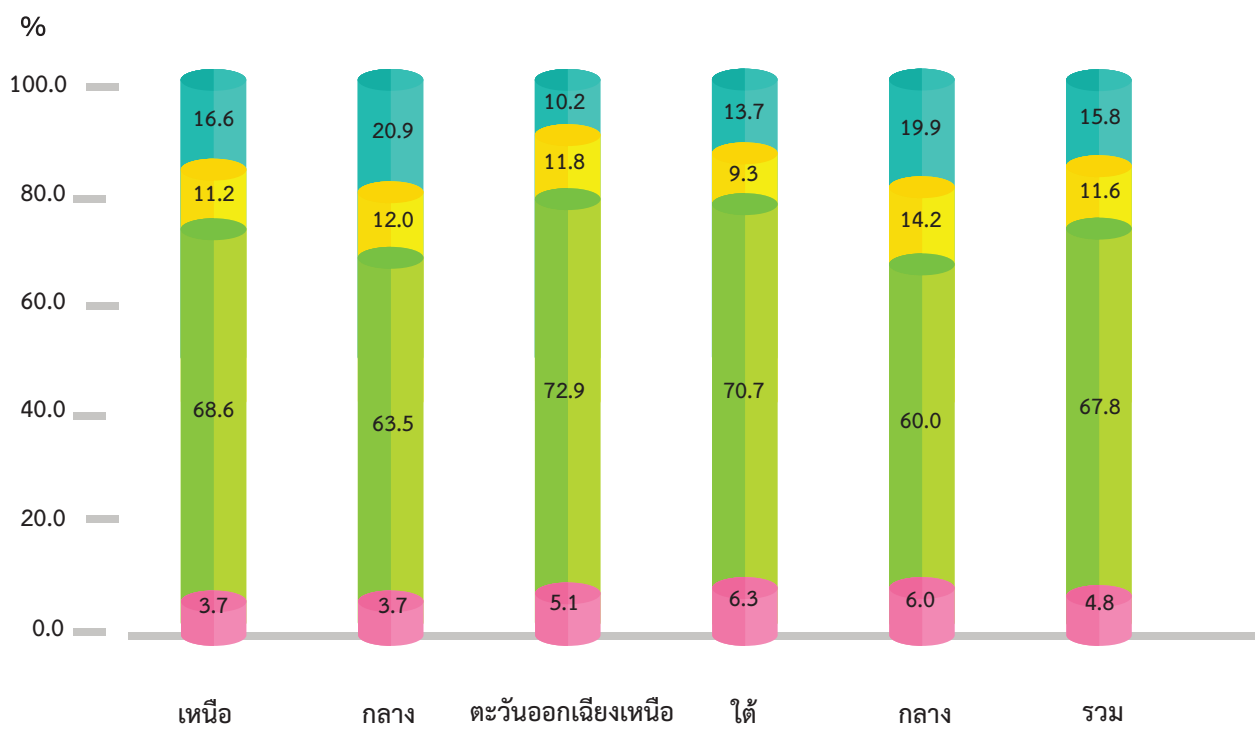
รูปที่ 7.23 เปรียบเทียบภาวะดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปี จำแนกตามเพศ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็ก พ.ศ. 2563





■ ผอม (Thin) ■ สมส่วน (Normal) ■ เริ่มอ้วน (Overweight) ■ อ้วน (Obesity)

รูปที่ 7.24 เปรียบเทียบภาวะดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกตามเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของเด็ก พ.ศ. 2563



■ ผอม (Thin) ■ สมส่วน (Normal) ■ เริ่มอ้วน (Overweight) ■ อ้วน (Obesity)

รูปที่ 7.25 เปรียบเทียบภาวะดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 6-14 ปี จำแนกตามภาค โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก พ.ศ. 2563



7.8 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเปรียบเทียบกับนานาชาติ

World Obesity Federation ได้รวบรวมข้อมูลความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกไว้ใน Global Obesity Observatory¹⁵ ตารางที่ 8.10 ได้แสดงค่าความชุกที่วิเคราะห์ด้วยดัชนีมวลกายของประเทศต่าง ๆ ที่เป็นการสำรวจระดับประเทศในช่วงปี ค.ศ. 2019-2025 และใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ประเทศส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีค่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูง ร้อยละ 17.7-41.9 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (ร้อยละ 12.9) คีร์กีซสถาน (ร้อยละ 12.7) และอุซเบกิสถาน (ร้อยละ 9.4) มีความชุกต่ำ ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กไทยอายุ 6-14 ปี ในการสำรวจครั้งนี้ (พ.ศ. 2567-2568) เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ได้ค่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน ร้อยละ 12.7 (ชาย 12.2 หญิง 13.1) (การสำรวจ ครั้งที่ 6 ร้อยละ 13.3 (ชาย 12.3 หญิง 14.3)) และอ้วนร้อยละ 14.3 (ชาย 17.8 หญิง 10.7) (การสำรวจ ครั้งที่ 6 ร้อยละ 15.2 (ชาย 19.9, หญิง 10.3)) อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความชุกสูง ค่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 นี้ (ร้อยละ 27) ใกล้เคียงกับค่าความชุกที่ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายตามอายุของเด็กไทย พ.ศ. 2563 (ร้อยละ 27.4) แต่สูงกว่าค่าความชุกที่ใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของไทย พ.ศ. 2563 (เริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ 8.2 และ 6.1 ตามลำดับ) 1.8 เท่า ค่าความชุกนี้ลดลงจากการสำรวจ ครั้งที่ 6 (ร้อยละ 28.5) (ตารางที่ 7.10) เนื่องจากมีผลการศึกษาที่เชื่อมโยงดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดัชนีมวลกายจึงเป็นตัวชี้วัดที่ควรนำมาใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อให้การดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ให้เหมาะสมต่อไป

ตารางที่ 7.10

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กประเทศต่าง ๆ ที่สำรวจระดับประเทศ ระหว่างปี ค.ศ. 2019-2025 โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลก 2007

ประเทศ	ปี ค.ศ.	อายุ (ปี)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Albania	2024	8	33.9	28.0	31.4
Austria	2022-2024	8	28.5	20.7	24.6
Azerbaijan	2022-2024	8	28.3	25.3	26.9
Bulgaria	2022-2024	7	32.6	33.0	32.8
Canada	2022-2024	5-17	34.3	26.5	30.5
Croatia	2022-2024	8	38.4	33.7	36.1
Cyprus	2022-2024	9	47.9	36.2	41.9
Czechia	2022-2024	7	21.6	20.3	21.0
Denmark	2022-2024	7	18.5	21.7	20.0
Estonia	2022-2024	7	28.9	23.7	26.2
Georgia	2022-2024	7	29.3	25.3	27.4



ประเทศ	ปี ค.ศ.	อายุ (ปี)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Hungary	2022-2024	7	27.5	26.6	27.0
Israel	2022-2024	7	17.7	17.8	17.7
Kazakhstan	2024	5-9	26.8	19.0	23.0
Kyrgyzstan	2022-2024	7	14.0	11.6	12.7
Latvia	2022-2024	7	22.7	20.6	21.7
Lithuania	2022-2024	7	23.7	22.8	23.2
Luxembourg	2022-2024	7	22.0	26.7	21.7
Malaysia	2024	5-19	32.4	23.3	28.0
Malta	2022-2024	7	36.0	34.8	35.5
Moldova	2022-2024	7	21.1	19.0	20.1
Montenegro	2022-2024	7	36.2	29.0	32.6
North Macedonia	2022-2024	7	34.0	28.3	31.2
Poland	2022-2024	8	36.1	29.7	32.9
Portugal	2022-2024	7	30.6	31.9	31.3
Romania	2022-2023	5-19	45.5	35.6	40.4
San Marino	2022-2024	8	32.9	32.6	32.8
Slovakia	2022-2024	7	27.5	29.3	26.1
Slovenia	2022-2024	7	25.9	29.1	25.2
Sweden	2022-2024	8	34.2	31.6	32.9
Switzerland	2023-2024	6-17	11.4	14.5	12.9
Turkey	2022-2024	7	23.8	21.2	22.5
Ukraine	2022-2024	7	22.9	20.7	21.9
Uzbekistan	2022-2024	7	10.70	8.00	9.40
Thailand	2019-2020	6-14	32.2	24.6	28.5
Thailand	2024-2025	6-14	30.0	23.8	27.0



ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 แสดงว่าเด็กไทยมีการเติบโตทางกายดีขึ้น จากปี 2544 จนถึงปี 2568 เด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 14 ปีมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กชายประมาณ 8.4 ซม. เด็กหญิง 3.3 ซม. ในขณะที่เด็กชายมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10.3 กก. และเด็กหญิงเพิ่มขึ้น 7.1 กก. อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังเผชิญทั้งภาวะโภชนาการพร่องและภาวะโภชนาการเกิน แม้ว่าความชุกของภาวะเตี้ย (ทุพโภชนาการเรื้อรัง) ในเด็กไทยอายุ 1-5 ปีจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 5.9 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.3 และภาวะผอม (ทุพโภชนาการฉับพลัน) ซึ่งลดลงอย่างมากเช่นกันกลับมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเป็นร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2568 เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อสุขภาพไม่แข็งแรง และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรงเสี่ยงต่อระดับเขาวนปัญญาต่ำ ซึ่งบั่นทอนคุณภาพประชากรในอนาคต

การสำรวจฯ ครั้งนี้พบว่า ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่เคยเพิ่มขึ้นอย่างมากต่อเนื่อง มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วง 10 ปีหลังในเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี ส่วนในกลุ่มเด็กวัยเรียนมีความชุกลดลงในการสำรวจครั้งที่ 7 นี้ แต่ก็ยังมีค่าความชุกสูงถึงร้อยละ 27 เมื่อใช้การประเมินด้วยเกณฑ์ดัชนีมวลกายตามอายุตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ปัญหาอ้วนในเด็กนี้นอกจากก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อเด็กแล้วยังส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่กระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ หลักฐานการทบทวนงานวิจัยพบว่าการลดน้ำหนักในเด็กก่อนเข้าวัยรุ่นได้ผลในการกำจัดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เกือบหมด และลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้มาก¹⁶ จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทุกระดับด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษาที่ครอบคลุมกลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และร่วมกันลดสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน (obesogenic environment)

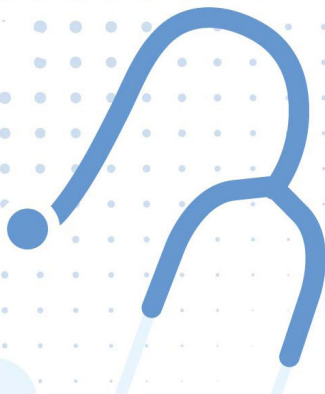


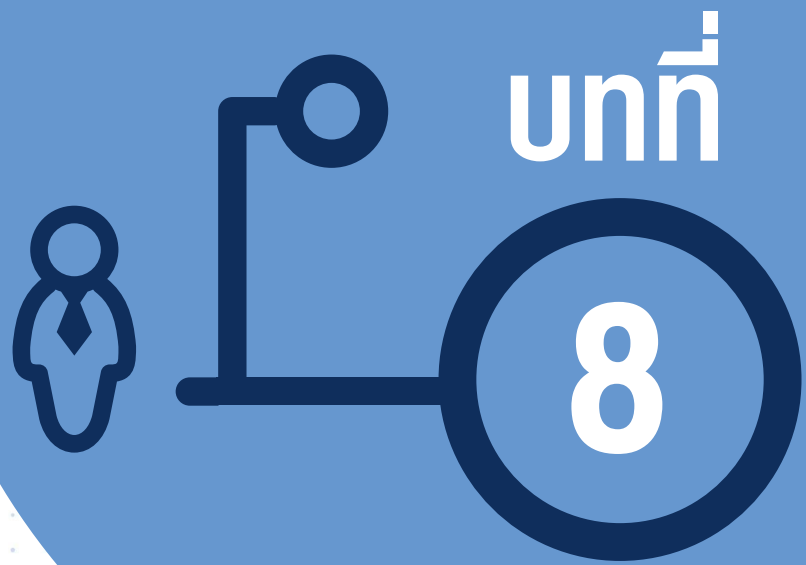


1. Loesch DZ, Stokes K, Huggins RM. Secular trend in body height and weight of Australian children and adolescents. *Am J Phys Anthropol.* 2000;111:545-56.
2. Bettina Gohlke, Joachim Woelfle. Growth and Puberty in German Children. Is There Still a Positive Secular Trend? *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 377-82.
3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557: สุขภาพเด็ก.
4. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะขาดพลังงานและโปรตีน. ใน: ประยงค์ เวชวินชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 275-88.*
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. ใน: ประยงค์ เวชวินชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 289-310.*
6. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนักส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย 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. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัททำด้วยใจจำกัด; 2564. <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. เศรษฐโชค มโหฬารกิจ. การวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. ใน: พัชราภา ทวีกุล, สุรณัฐ แก้วณิมีย์, อรวรรณ เอ็มโอภาส, บรรณาธิการ. *แนวเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สมาคมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 2568. หน้า 10-20.*
12. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองदारกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิตีเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่: ลิมบราเดอร์สการพิมพ์จำกัด; 2547.

13. 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.
14. 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.
15. 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/>.
16. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity-Long-term consequences and effect of weight loss. *J Intern Med*. 2022;292:870–91.







อภิปราย และข้อเสนอแนะ



บทที่ 8

อภิปราย และ ข้อเสนอแนะ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ในกลุ่มเด็กอายุ 1-14 ปี พบประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายเพื่อความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันและวางแผนพัฒนาสุขภาพของเด็กไทย ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวและระบบการเลี้ยงดู

ผลการสำรวจสะท้อนให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของครอบครัวไทยอย่างมีนัยสำคัญ โดย แม่ยังคงเป็นผู้เลี้ยงดูหลักแต่มีสัดส่วนลดลงเหลือร้อยละ 50.8 ในขณะที่บทบาทของ ปู่ย่าตายายเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 38.7 เมื่อเทียบกับปี 2563 สอดคล้องกับสถานภาพสมรสของพ่อแม่ที่อยู่ด้วยกันมีแนวโน้มลดลงในทุกช่วงอายุ โดยพบการหย่าร้างแยกกันอยู่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.7 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 24.8 ในครั้งนี้ การที่เด็กถูกส่งต่อไปให้ผู้สูงอายุดูแลมากขึ้นเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาถึงความพร้อมของเทคนิคการเลี้ยงดูในยุคสมัยที่เปลี่ยนไป

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยงรอบตัวเด็ก

แม้พื้นที่ส่วนใหญ่จะมีสิ่งแวดล้อมที่ดีในระยะเดินถึง เช่น โรงเรียน (ร้อยละ 76.8) และสนามกีฬา (ร้อยละ 64.8) แต่สิ่งที่น่ากังวลคือ ความหนาแน่นของปัจจัยเสี่ยง โดยพบร้านขายบุหรี่ยุคสูงถึงร้อยละ 62.6 และร้านขายสุราร้อยละ 56.5 ในละแวกบ้าน นอกจากนี้ ยังเริ่มพบการขยายตัวของ ร้านขายบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 4.2) กัญชา (ร้อยละ 4.5) และกระท่อม (ร้อยละ 7.9) กระจายอยู่ใกล้ที่พักอาศัย ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เด็กเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายขึ้น



วิกฤติพฤติกรรมหน้าจอและคุณภาพการนอน

เด็กไทยกำลังเผชิญกับภาวะ “ติดหน้าจอ” อย่างหนัก โดยเด็กอายุ 10-14 ปี เข้าถึงสมาร์ทโฟนสูงถึงร้อยละ 96.8 พฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ส่วนใหญ่เน้นไปที่การ เล่นเกม (ร้อยละ 46.3) มากกว่าการเรียน (ร้อยละ 9.1) พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการนอนหลับ โดยพบว่า สัดส่วนของเด็กที่นอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ เมื่อเทียบกับปี 2563 ซึ่งการนอนน้อยสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและพัฒนาการทางสติปัญญา

สถานการณ์บุหรี่ยุคใหม่และบุหรี่ไฟฟ้า: จุดเปลี่ยนที่น่ากังวล

หนึ่งในข้อมูลที่น่าตกใจที่สุดคือ ความชุกของการเคยสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 10-14 ปี เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.5 จากเดิมเพียงร้อยละ 2.9 ในปี 2563 และมีเด็กที่ เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 7.1 นอกจากนี้ เด็กกว่าร้อยละ 57.6 ยังคงได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับควันบุหรี่ภายในบ้านและในห้องเดียวกับเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าการสำรวจครั้งก่อนสะท้อนถึงมาตรการควบคุมพื้นที่ปลอดบุหรี่ในระดับครัวเรือนที่ยังไม่เข้มแข็งพอ

ภาวะโภชนาการ: ความสำเร็จของนมแม่สวนทางกับนิสัยการกิน

ในด้านบวก พบความสำเร็จที่โดดเด่นในการส่งเสริม การกินนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 33.6 อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการกินของเด็กวัยเรียนยังน่าห่วง โดยเฉพาะการ งดมื้อเช้า และการบริโภคผักผลไม้ที่ต่ำมาก โดยมีเด็กเพียง ร้อยละ 6.3 เท่านั้นที่กินผักผลไม้เพียงพอตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ส่งผลให้ความชุกของ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็ก 6-14 ปี สูงถึงร้อยละ 27.4 เมื่อประเมินด้วยดัชนีมวลกาย (BMI)

ความปลอดภัยและการเจ็บป่วย

อุบัติเหตุจรรยาจรยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะที่พฤติกรรมกำบัง เช่น การสวมหมวกนิรภัยทั้งคนขับขี่รถจักรยานยนต์ และคนซ้อนมีแนวโน้มลดลง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ภาพรวมสุขภาพเด็กไทยมีหลายประเด็นที่ดีขึ้น เช่น การกินนมแม่และการออกกำลังกาย แต่ยังมี “วิกฤตซ้อน” ในเรื่องการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า พฤติกรรมการติดหน้าจอที่กระทบต่อการนอน และภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อ ลดสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนและปัจจัยเสี่ยง (Obesogenic and Risk environment) รอบตัวเด็กอย่างจริงจัง เพื่อให้เด็กไทยเติบโตอย่างมีคุณภาพในอนาคต



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของเด็กไทยอย่างยั่งยืน รายงานฉบับนี้มีข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนต่าง ๆ ดังนี้:

1. การควบคุมสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ (Risk Environment)

- **มาตรการควบคุมการเข้าถึงสารเสพติด:** รัฐบาลและท้องถิ่นต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ตรวจสอบการขายบุหรี่ไฟฟ้า และการขายกัญชาและกระท่อม เพื่อสันตนาการ และการห้ามขายบุหรี่ให้แก่เยาวชนอายุ <20 ปี
- กำหนดแนวทางมาตรการคุ้มครองเด็กเพื่อไม่ให้เด็กได้รับควันบุหรี่มือสอง ทั้งในบ้านและสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน
- **การจัดการพื้นที่เพื่อกิจกรรมทางกาย:** เพิ่มพื้นที่สนามกีฬาและสวนสาธารณะที่ปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่าย ส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายทั้งในโรงเรียน และที่บ้าน ให้เพิ่มขึ้นจากปัจจุบันที่ทำได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 33.5

2. การยกระดับโภชนาการและพฤติกรรมบริโภค

- **การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่:** แม้จะมีสัดส่วนดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 50 ขององค์การอนามัยโลก จึงควรเพิ่มมาตรการสนับสนุนแม่ในที่ทำงานและสร้างระบบช่วยเหลือในชุมชน
- **มาตรการอาหารเข้าและโภชนาการ:** เนื่องจากพบเด็กวัยเรียนส่วนหนึ่งดื่มมื้อเช้า พ่อแม่และผู้ปกครอง และโรงเรียนควรมีนโยบายสนับสนุนให้เด็กกินมื้อเช้าที่มีคุณภาพ และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้มากขึ้นเป็นต้น
- **การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนเชิงระบบ:** เนื่องจากเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงถึงร้อยละ 27.4 เมื่อประเมินด้วยดัชนีมวลกาย (BMI) รัฐควรควบคุม “สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน” (Obesogenic environment) โดยจำกัดการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่น้ำตาลและไขมันสูงรอบสถานศึกษา
- **มาตรการเฝ้าระวังภาวะเตี้ยและผอม:** เนื่องจากความชุกของภาวะเตี้ยในเด็ก 1-5 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.9 และภาวะผอมเพิ่มเป็นร้อยละ 10.9 ในปี 2568 จึงควรมีระบบคัดกรองและช่วยเหลือครอบครัวที่มีครอบครัวเปราะบางเพื่อให้เข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง



3. การจัดการพฤติกรรมหน้าจอและเทคโนโลยีดิจิทัล

- **มาตรการแนวปฏิบัติ การดูหน้าจอ:** กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ สถานศึกษา องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีความเข้าใจถึงผลเสียของการใช้หน้าจอในเด็กเล็ก

4. การสร้างความปลอดภัยและลดการบาดเจ็บ

- **การรณรงค์และบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัย:** อุบัติเหตุจราจรคือสาเหตุอันดับ 1 ของการเข้าโรงพยาบาล เด็กอายุ 10-14 ปี มีการขับขี่รถจักรยานยนต์เองร้อยละ 45.8 มีสัดส่วนน้อยมากในการสวมหมวกนิรภัย ทั้งเป็นคนขับขี่เองและคนซ้อน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังทั้งกับคนขับขี่และคนซ้อน

5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมความรุนแรง

- **ระบบคัดกรองในโรงเรียนและชุมชน:** เพิ่มระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กในโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรง การถูกข่มขู่ และการถูกลวนลามทางเพศ

6. การสนับสนุนครอบครัวที่มีการดูแลข้ามรุ่น (Intergenerational Care)

- **นโยบายสนับสนุนผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน:** เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงดูหลักมากขึ้น รัฐควรมีโครงการอบรมทักษะการเลี้ยงเด็กยุคใหม่ (เช่น โภชนาการที่เหมาะสมและการจำกัดเวลาหน้าจอ) ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดูแลลูกหลานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จำเป็นต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และหน่วยงานระดับนโยบาย เพื่อร่วมกันลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเติบโตที่มีคุณภาพของประชากรไทยในอนาคต



ตัวชี้วัดทางสุขภาพและพฤติกรรม (หน่วย: ร้อยละ)	ครั้งที่ 4 (2551-2552)	ครั้งที่ 5 (2557)	ครั้งที่ 6 (2562-2563)	ครั้งที่ 7 (2567-2568)
ลักษณะครอบครัวและปัจจัยแวดล้อม				
เด็กที่อยู่กับทั้งพ่อและแม่ (เด็กอายุ 1-5 ปี)	72.9	67.0	65.9	56.0
สวนหย่อม/สวนสาธารณะใกล้บ้าน*(เด็กอายุ 1-14 ปี)	37.4	37.4	32.2	43.8
สนามเด็กเล่น/ลานกีฬา/สนามกีฬาใกล้บ้าน* (เด็กอายุ 1-14 ปี)	75.2	66.3	56.5	61.8
ร้านขายสุรา ใกล้บ้าน*(เด็กอายุ 1-14 ปี)	90.6	64.7	76.5	56.5
ร้านขายบุหรี่ ใกล้บ้าน*(เด็กอายุ 1-14 ปี)	-	82.2	85.4	62.6
ภาวะโภชนาการ (เกณฑ์อ้างอิงกรมอนามัย 2542)				
ภาวะเตี้ย (Stunting) ในเด็กอายุ 1-5 ปี	6.3	5.7	5.1	5.9
ภาวะน้ำหนักน้อย (Underweight) ในเด็กอายุ 1-5 ปี	4.8	5.5	5.4	10.3
ภาวะผอม (Wasting) ในเด็กอายุ 1-5 ปี	2.7	5.6	6.1	10.9
ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ในเด็กอายุ 1-5 ปี	8.5	11.4	10.6	11.0
ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ในเด็กอายุ 6-14 ปี	9.7	13.9	15.4	14.3
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เด็กอายุ 1-1.11 ปี)				
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน	7.1	15.0	12.5	33.6
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 3 เดือน	31.1	42.0	26.1	56.5
การบริโภคผักและผลไม้ (เด็กอายุ 6-14 ปี)				
กินผักและผลไม้เพียงพอ (≥ 5 ส่วนมาตรฐาน/วัน)	6.8	8.1	10.9	6.3
กินผักน้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐาน/วัน	68.0	66.9	48.4	51.3
กินผลไม้น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐาน/วัน	54.9	50.9	66.6	57.0
กินผักโดยเฉลี่ย mean (median) ส่วนมาตรฐาน/วัน	0.8 (0.5)	0.9 (0.5)	1.4 (1.0)	1.2 (0.9)
กินผลไม้โดยเฉลี่ย mean (median) ส่วนมาตรฐาน/วัน	1.3 (0.9)	1.5 (0.9)	0.9 (0.6)	1.1 (0.9)
กินผักและผลไม้โดยเฉลี่ย mean (median) ส่วนมาตรฐาน/วัน	1.9 (1.5)	2.0 (1.5)	2.3 (1.3)	2.0 (1.4)

*สามารถเดินถึงภายในเวลา 30 นาทีหรือในรัศมี 1 กิโลเมตร

ตัวชี้วัดทางสุขภาพและพฤติกรรม (หน่วย: ร้อยละ)	ครั้งที่ 4 (2551-2552)	ครั้งที่ 5 (2557)	ครั้งที่ 6 (2562-2563)	ครั้งที่ 7 (2567-2568)
พฤติกรรมกาบิณและมืออาหาร				
ทำกิจกรรมอื่น (ดูหน้าจอลเล่น) ขณะกินอาหาร (เด็กอายุ 6-14 ปี)	77.5	75.5	69.8	75.9
การงดอาหารมือหลักอย่างน้อย 1 มื้อ (เด็กอายุ 6-14 ปี)	18.6	20.8	21.0	19.6
การงดอาหารมือเข้า (ในกลุ่มที่กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ)	61.3	52.6	56.9	57.5
พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยง				
กิจกรรมทางกายเพียงพอ (เด็กอายุ 10-14 ปี)	33.7	28.8	20.2	33.5
การไม่ใช้หน้าจอล ในเด็กอายุ <2 ปี	-	-	26.2	34.7
การใช้เวลาหน้าจอลรวม ชั่วโมง (<1 ชม.ต่อวันธรรมดา/ <3 ชม.ต่อวัน วันหยุด) ในเด็กอายุ <2-5 ปี	-	-	49.1/ 83.4	38.8/76.4
การใช้เวลาหน้าจอลรวม ชั่วโมง (เด็กอายุ 1-5/6-9/10-14 ปี) วันธรรมดา	-	-	1.2/1.5/1.9	1.9/3.8/6.7
การสูบบุหรี่และสุรา (เด็กอายุ 10-14 ปี)				
เคยสูบบุหรี่	3.4	3.5	2.9	8.5
เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า/สูบในปัจจุบัน	-	-	1.2/-	7.1/1.6
ดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	3.8	5.5	4.5	5.7
การได้รับควันบุนหรีมือสอง				
เคยอยู่ใกล้และได้รับควันบุนหรีจากผู้อื่นใน 30 วันที่ผ่านมา (เด็กอายุ 6-14 ปี)	78.0	77.9	69.3	57.6
ได้รับควันบุนหรีในบ้าน (เด็กอายุ 1-5/10-14 ปี ที่ได้รับควันบุนหรีมือสอง)	57.5/65.3	55.5/78.1	55.1/71.5	46.5/73.4
ประวัติมารดาเด็กสูบบุหรีขณะตั้งครรภ์ (เด็กอายุ 1-5/6-14 ปี)	1.9/2.1	1.5/1.6	1.5/2.5	3.1/3.2
มีคนอาศัยในบ้านด้วยกันสูบบุหรี (เด็กอายุ 1-5/6-14 ปี)	57.5/55.0	55.5/55.0	55.1/51.2	46.5/42.7
พ่อสูบขณะอยู่ในห้องเดียวกับเด็ก (เด็กอายุ 1-5/6-14 ปี)	19.3/21.7	12.1/15.9	11.6/8.9	4.2/6.3
ความปลอดภัย (เด็กอายุ 10-14 ปี)				
เคยพกมีดหรืออาวุธ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	1.7	4.0	1.6	1.3
เคยชกต่อยทะเละวิวาท ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	19.8	24.4	15.7	10.1
สวมหมวกนิรภัยขณะขี่จักรยานยนต์ ทุกครั้งที่ขี่	4.5	9.5	8.2	6.6
สวมหมวกนิรภัยขณะซ้อนจักรยานยนต์ ทุกครั้งที่ซ้อน	5.6	8.5	7.9	7.2
เด็กอายุ 10-14 ปี ที่ว่ายน้ำเป็นด้วยตนเอง	44.9	43.7	43.1	37.0





โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สุขภาพเด็ก

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

www.thai-nhes.com



Scan เพื่อ Download รายงาน

