

## ตามแผนการดำเนินงาน ทบทวนสถานการณ์สุขภาพนักเรียนประถม(ตค60-เมย.61)

...ประเทศไทยได้มีการดำเนินงาน-อนามัยโรงเรียนมาอย่างต่อเนื่อง-มากกว่า 30 ปี เนื่องจากโรงเรียนเป็นที่รวมของเด็กจำนวนมากและเป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพการดูแลสุขภาพอนามัยในโรงเรียนนับเป็นกิจกรรมสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ทุกประเทศควรมีการพัฒนาโครงการด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยต้องครอบคลุม-สุขภาพพื้นฐานและให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายสำคัญเพื่อให้เด็กเกิด-ทักษะสุขภาพที่จะสามารถดูแลตนเองเมื่อพ้นจากโรงเรียนไปแล้ว

การจัดการงานอนามัยโรงเรียน-จะมีแนวคิดหลักในเรื่องของการบริการสุขภาพพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ\_เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม-อันพึงประสงค์ ดังนั้นเพื่อให้เกิดบริบทที่เอื้ออำนวยต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ องค์การอนามัยโลกภายใต้แนวคิด School initiative (WHO: 1998) ได้เสนอ-แนวทางหลักในการจัดเรื่องส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน (Health Promoting School) โดยได้นิยาม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ไว้ว่า “โรงเรียนที่มีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ การเรียนรู้ และการทำงาน”

ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะในโรงเรียน (School Health Policy)
2. การจัดการสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในโรงเรียน (School Physical Environment)
3. การจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงสังคมในโรงเรียน (School Social Environment)
- 4 การเพิ่มศักยภาพนักเรียน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Personal Health Skill)
- 5 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ( Community Relationship)
- 6 การจัดระบบบริการสุขภาพ (Health Service)

ปี 2545 ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้หลักการและแนวคิดโรงเรียนสุขภาพในระดับสากลมาปรับใช้ในการดำเนินงานในประเทศไทย โดยได้เลือกประเด็นสำคัญที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก จัดเป็นองค์ประกอบใหม่ เป็น 10 องค์ประกอบด้วยกัน คือนโยบายโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ บริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารปลอดภัย การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน การจัดการโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้มีการให้คะแนนด้วยแนวคิดให้โรงเรียนสามารถพัฒนาตนเองตามขั้นบันได โดยจัดแบ่งเป็น

- ระดับ เข้าสู่กระบวนการ
- ระดับทองแดง
- ระดับเงิน
- ระดับทอง

ซึ่งได้มีการขยายผลแนวคิดมาอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงศึกษาธิการ ในขณะนี้ มากกว่า 80% ของโรงเรียนประถมศึกษา เข้าร่วมในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดเชิงการจัดกระบวนการ จึงทำให้ ครูและบุคลากรในโรงเรียน รวมทั้งผู้บริหาร จะไม่ทราบถึงผลลัพธ์ในการดำเนินงานตาม

กระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาในปี พ.ศ 2556 กรมอนามัยจึงได้พัฒนาเกณฑ์ เชิง ผลลัพธ์ เพื่อเป็นบันไดขั้นสุดท้ายสำหรับโรงเรียนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดเป็น เกณฑ์ ระดับเพชร

ในปีเดียวกันที่มีการขยายผลโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับประเทศ ได้มีการจัดตั้ง ระบบหลักประกันสุขภาพ ในประเทศไทย และได้มีการกำหนดให้ประชาชนไทยทุกคน สามารถ เข้าถึงบริการพื้นฐาน และบริการที่จำเป็นได้ ซึ่งได้มีการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ในด้านต่างๆขึ้น ซึ่งสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะมีการระบุงบรายการที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มวัย ครอบคลุมตั้งแต่ งานส่งเสริมป้องกันถึงงานรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรายการที่กำหนดจะเป็นรายการดำเนินงานบริการ ที่ประชาชนจะมีสิทธิได้รับ และได้มีการดำเนินงานเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในประเทศมากขึ้นเรื่อยๆ

ภายใต้สถานการณ์ที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า มีการดูแลให้ประชาชนได้รับสิทธิทางด้าน สุขภาพ และมีจัดการให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ จะนำสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หากแต่ การดำเนินงานเป็นการพัฒนาแนวตั้ง เหมือนถนน 2 สายที่คู่ขนานกันไป โดยสิทธิประโยชน์ด้าน บริการ จะดูแลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่งานส่งเสริมสุขภาพในระดับ ประชากร (Population based) และระดับชุมชน (Community based) ถูกดำเนินการโดย กรมวิชาการ ใน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก จึงทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนยังคงไม่เชื่อมโยงกันและไม่ส่งผล กระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

กลุ่มวัยเรียน เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ และแม้ว่าจะเป็นกลุ่มแรกที่มีการพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมานาน แต่ยังคงพบช่องว่างมากมายที่ไม่สามารถจัดการให้เด็กนักเรียน ได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม และมีการร่วมกันในการดูแลระบบสุขภาพสำหรับเด็กกลุ่มนี้ อย่างมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การดำเนินงานและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้จะมีความครอบคลุมใน หลายมิติ หากแต่ยังคงไม่ได้ใส่ใจในบริบทที่หลากหลายของสังคมไทย การพัฒนาที่ยั่งยืนอยู่เพียง มาตรฐานและเกณฑ์ เดิมที่ได้เคยดำเนินการมานานกว่า 20 ปี ในขณะที่ผู้ให้บริการของสาธารณสุข เองก็มุ่งเน้นเพียงการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ตามแนวทางของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปรากฏการณ์ที่สภาวะสุขภาพของเด็กนักเรียนยังคงมีปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้น ทั้งในเรื่องของ ภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจางในเด็ก ปัญหาสายตา ปัญหาการได้ยิน สภาวะโรคฟันผุ และปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นต้น ล้วนแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่ได้มีการ ดำเนินการต่อเนื่องมา ยังไม่มีประสิทธิภาพ หรือยังไม่สามารถทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ปัญหาหลักมาจากการคิดและการดำเนินการแบบผู้เชี่ยวชาญสาขาที่ไม่ยึดโยงกับบริบทและพลวัต ของสังคม

จึงจะเห็นได้ว่า ยังมีช่องว่างที่จะต้องพัฒนาอยู่อีกมากที่จะนำสู่สภาวะ ของนักเรียน โดยแท้จริง เพราะในนัยของสิทธิประโยชน์ ควรจะครอบคลุม มิติต่างๆที่จะทำให้เด็กนักเรียน สามารถมีสภาวะที่ดีได้อย่างแท้จริง ดังนั้น สิทธิประโยชน์จึงไม่ใช่เพียงการที่เด็กจะได้สิทธิการ รักษาพยาบาลเท่านั้น หากสิทธิประโยชน์ สำหรับเด็กจึงควรหมายรวมถึง “ชุดการดูแลสุขภาพเด็ก ที่คำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพวะ ทั้งในมิติของสุขภาพบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคม โดยสอดคล้องกับบริบทของสังคม ซึ่งจะต้องมีการพัฒนากลไกที่ทำให้เด็กสามารถได้รับสิทธิ ประโยชน์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ”

การศึกษาที่จะต้องทำความเข้าใจ พัฒนาการการทำงาน พลวัตของสังคมและปัจจัยต่างๆที่หลากหลายเพื่อจะปิดช่องว่างในการดูแลเด็กนักเรียนจึงสำคัญสำหรับการพัฒนาข้อเสนอให้เด็กนักเรียนจะต้องรับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพโดยไม่จำกัดเฉพาะสิทธิการรับบริการ ซึ่งการจัดการดังกล่าวจะต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องร่วมกันพัฒนาและกำหนดบทบาทที่เหมาะสม โดยเป็นการศึกษาระยะยาวเพื่อทดลองแนวคิด และกลไกระบบ รวมทั้งการประเมินผลเพื่อวางแนวทางการขยายผล และจะต้องมีการนำเสนอ นโยบายและกลไกสำคัญเชิงระบบ สำหรับชุดสิทธิประโยชน์องค์รวม (Holistic package)

## สถานการณ์เด็กวัยเรียน

### ๑ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ มีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่

๑. ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมี การพัฒนาทักษะทางสมอง และทักษะทางสังคมที่ เหมาะสม

๒. พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ ทักษะกา ร ทำงานและการใช้ชีวิตที่พร้อม

เข้าสู่ตลาดงาน

๓. ลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพและให้ทุกภาคส่วนค้ำนึ่ง ถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

๔. ผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง

### ๒ ผลการทดสอบของ PISA

จากผลการทดสอบของ PISA ที่หลายประเทศเริ่มใช้คะแนน PISA ในการตั้งเป้าหมายและวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาพบว่า ประเทศไทยคะแนนวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และการอ่าน ลดลงจากการทดสอบครั้งก่อนเมื่อปี ๒๐๑๒ ในทุกวิชา

### ๓ แผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

#### ๑. หน่วยงานเจ้าภาพ

กลุ่มเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย)

กลุ่มวัยเรียน กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มวัยรุ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กลุ่มวัยทำงาน กระทรวงแรงงาน

กลุ่มผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข

(กรมอนามัย)

#### ๒. หน่วยงานที่ร่วมบูรณาการ

- ๖ กระทรวง สธ. ศธ. รง. ยธ. วธ. พม.

- ๑๙ หน่วยงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมการจัดหางาน

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน หอภาพยนตร์(องค์การมหาชน) สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือก กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรม

กิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- ๔๔ สถาบันการศึกษา/มหาวิทยาลัย

## เป้าหมายที่ ๑ คนไทยมีการพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต ๔ แนวทาง

๑. ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพและการมีพัฒนาการสมวัย (เด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี)
๒. ส่งเสริมการเรียนรู้และทักษะการดำรงชีวิตสู่ศตวรรษที่ ๒๑ (เด็กวัยเรียน วัยรุ่น นักศึกษา ๕-๒๑ ปี)
๓. พัฒนาทักษะและสมรรถนะสู่ศตวรรษที่ ๒๑ อย่างต่อเนื่อง (วัยแรงงาน ๑๕-๕๙ ปี)
๔. เสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการพัฒนาตลอดชีวิต (ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

## เป้าหมายที่ ๒ คนไทยทุกช่วงชีวิตมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ๔ แนวทาง

๑. สร้างความพร้อมในเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)
๒. พัฒนาโอกาสทางการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น และเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (เด็กวัยเรียน วัยรุ่น นักศึกษา ๕-๒๑ ปี)
๓. สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แรงงาน (วัยแรงงาน ๑๕-๕๙ ปี)
๔. สร้างความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

## ๔ ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน

### ๑. ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทย พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๕๗

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พบว่า ความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อยลดลงได้ ๒.๕ เท่า ในช่วง ๑๙ ปี โดยนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล ๑.๒ เท่า ส่วนความชุกของเด็กผอมลดลง ๑.๗ เท่า ในช่วง ๑๔ ปี จากปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ หลังจากนั้นเพิ่มขึ้น ๑.๓ เท่า ใน ๕ ปี ที่ผ่านมา โดยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ๑.๔ เท่า

### ๒. ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก

ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF พบว่า ความชุกในเด็กอายุ ๒-๑๙ ปี ทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๗.๑ ระหว่าง ค.ศ. ๑๙๘๐ ถึง ค.ศ. ๒๐๑๓ หรือในช่วง ๓๓ ปี

### ในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว

- เด็กชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๖.๙ ในปี ค.ศ. ๑๙๘๐ เป็นร้อยละ ๒๓.๘ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓ หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐.๘ ในช่วง ๓๓ ปี
- เด็กหญิงจากร้อยละ ๑๖.๒ เป็นร้อยละ ๒๒.๖ หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๙ ในช่วงเวลาเดียวกัน

### ในประเทศกำลังพัฒนา

- เด็กชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๑ ในปี ค.ศ. ๑๙๘๐ เป็นร้อยละ ๑๒.๙ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓
- เด็กหญิงจากร้อยละ ๘.๔ เป็นร้อยละ ๑๓.๔ ทั้งชายและหญิงมีความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๙ ในช่วงเวลา ๓๓ ปี

### ๓. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กไทยอายุ ๖-๑๔ ปี ที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พบว่าความชุกของกลุ่มเด็กชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๖.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒๖.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๖ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาซึ่งสูงกว่าอัตราเพิ่มของความชุกทั่วโลก ในช่วง ๓๓ ปี และใกล้เคียงกับอัตราเพิ่มของเด็กในประเทศกำลังพัฒนาในช่วง ๓๓ ปี

เด็กหญิงเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเด็กชายโดยเพิ่มจากร้อยละ ๑๕.๒ เป็นร้อยละ ๑๙.๐ หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา

#### ๔. ข้อมูลจาก HDC

OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (คน)

เขตสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๗๖.๒

เขตสุขภาพที่ ๒ ร้อยละ ๗๐.๐๓

เขตสุขภาพที่ ๓ ร้อยละ ๗๓.๑๗

เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละ ๖๗.๙๑

เขตสุขภาพที่ ๕ ร้อยละ ๖๔.๙๒

เขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๗๑.๘๙

เขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละ ๗๙.๐๔

เขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๗๙.๓๔

เขตสุขภาพที่ ๙ ร้อยละ ๗๒.๑๖

เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๗๙.๙๒

เขตสุขภาพที่ ๑๑ ร้อยละ ๖๑.๘๗

เขตสุขภาพที่ ๑๒ ร้อยละ ๕๖.๐๕

ภาพรวมของประเทศร้อยละ ๗๑.๗๐

#### ๕. ข้อมูลประเทศไทย GSHS

จากการสำรวจภาวะนักเรียนในประเทศไทย ปี ๒๕๕๘ พบว่า

##### ๕.๑ ภาวะน้ำหนักเกิน

- ๑ ใน ๕ ของนักเรียนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๗.๑

##### ๕.๒ พฤติกรรมการบริโภค

- เด็กนักเรียนไทยแค่ ๑ ใน ๓ รับประทานผักเป็นประจำร้อยละ ๓๒.๕

- เด็กนักเรียนไทยมากกว่าครึ่งดื่มน้ำอัดลมร้อยละ ๕๖.๑

##### ๕.๓ พฤติกรรมเนือยนิ่ง

- มากกว่าครึ่งของเด็กนักเรียนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งร้อยละ ๕๓.๘

##### ๕.๔ สุขอนามัย

- เกือบ ๑ ใน ๕ ของนักเรียนไทยไม่ค่อยล้างมือก่อนรับประทานอาหารร้อยละ ๑๕.๗

##### ๕.๕ ปัจจัยเสี่ยง

- บุหรี่ พบว่า ๑ ใน ๑๐ ของนักเรียนไทยสูบบุหรี่ร้อยละ ๑๐.๔

- แอลกอฮอล์ พบว่า ๑ ใน ๕ ของนักเรียนไทยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๒๒.๒

- การบาดเจ็บ พบว่า ๑ ใน ๔ ของนักเรียนไทยได้รับการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจาก

ยานพาหนะร้อยละ ๒๖.๙

- การฆ่าตัวตาย พบว่า ๑ ใน ๑๐ ของนักเรียนไทยเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ ๑๓.๐

- เพศสัมพันธ์ พบว่า เกือบ ๑ ใน ๕ ของนักเรียนไทยเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ ๑๘.๖

#### ๖. ระดับ IQ ของเด็กไทย

ผลการสำรวจระดับ IQ ของเด็กไทย พบว่าในปี ๒๕๕๙ เด็กไทยมีระดับ IQ เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙๘.๒ จากปี ๒๕๕๔ ร้อยละ ๙๔.๐ แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ที่มา : หนังสือเชื่อมั่นเด็กไทย ไอคิวดี อีคิวเด่น)

ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ พบว่าเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ มี IQ มากกว่า ๙๐ ร้อยละ ๓๑.๘

สถานการณ์ ๔ โรคหลักในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ จากการประเมินด้วยแบบสังเกต พฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสติก แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า ๖-๑๒ ปี โดยครู พบว่า ความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นร้อยละ ๑๐ กลุ่มอาการออทิสติกร้อยละ ๒ กลุ่มแอลดีร้อยละ ๑๔.๗ และกลุ่มเด็กเรียนรู้ช้า (ระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์)ร้อยละ ๗.๗

จากผลการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กวัยเรียน ปี 2560 พบว่า ในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี มีภาวะค่อนข้างดีและดีโดยรวมกัน ร้อยละ 4.1 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนรวมกันสูงถึง ร้อยละ 16.6 และร้อยละ 62.5 มีภาวะสูงดีสมส่วนตามเกณฑ์ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย นอกจากนี้พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ที่สำคัญ พบว่า เด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ \_\_\_\_ โดยที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ..... และแปรงฟันนาน 2 นาทีขึ้นไป ร้อยละ ..... โดยพบว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพื้นฐาน ร้อยละ ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบว่า บริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ เพียงร้อยละ 33.7 กินผักในมื้อกลางวันมากกว่า 4 ซ่อนกินข้าวขึ้นไป เพียงร้อยละ 37.2 กินไข่เฉลี่ย 1-2 ฟอง/วัน ร้อยละ 48.3 ดื่มนมอ้อย่างน้อย 1 แก้วนอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้ ร้อยละ 68.4 และพบเพียงร้อยละ 13.1 ที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่โรงเรียน พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่เด็กที่นอนหลับมากกว่า 9 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 54.3 เด็กที่เข้านอนก่อนเวลา 22.00 น. ร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังพบเด็กที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (เล่นคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และแทปเล็ต นานกว่า 2 ชั่วโมง) มากถึงร้อยละ 38 โดยพบว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลระดับพื้นฐาน ร้อยละ 39.8 พบเด็กที่มีกิจกรรมทางกายเหมาะสม ประกอบด้วยทำกิจกรรมทางกาย 60 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 17.7 และลำดับสุดท้าย คือ พบเด็กที่มีพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยระดับพื้นฐาน ร้อยละ 7.3 ซึ่งพบว่าเด็กมีพฤติกรรมการทิ้งขยะลงถังขยะทุกครั้ง ร้อยละ 81.7 และคัดแยกขยะก่อนทิ้งทุกครั้ง ร้อยละ 31.6 และสวมหมวกกันน็อคทุกครั้งขณะขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เพียงร้อยละ 9.5 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวัดระดับพฤติกรรมที่ประสงค์ทุกด้านทั้งหมดแล้ว พบว่า เด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ระดับน้อย ปานกลาง และมาก เท่ากับ ร้อยละ 49.3, 48.6 และ 2 ตามลำดับ จากผลการสำรวจข้างต้นสามารถเห็นได้ว่า พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนยังถือว่าอยู่ในระดับต่ำมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพนั้น จะสามารถช่วยให้เด็กวัยเรียนเกิดวินัยสุขภาพที่ดีได้