บทที่ 8
ภาวะโภชนาการของเด็กไทย

ลัดดา เหมาะสุวรรณ
วิชัย เอกพลากร

บทนำ

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว[1, 2] ต่างจากเด็กในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังเติบโตไม่ได้เต็มตามศักยภาพ ผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจึงยังพบว่าเด็กไทยมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3]

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง อย่างไรก็ตามยังพบเด็กน้ำหนักน้อยและเตี้ยได้ในเด็กยากจนด้อยโอกาส ในขณะเดียวกัน ก็พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคต

หลักฐานจากการวิจัยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะในสองปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาต่ำ ภูมิต้านทานโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนานและรุนแรง[4] และยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่[5]

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ได้เก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยกลุ่มตัวอย่างอายุ 1 ปี – 14 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน สำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสติปัญญาและสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในระยะยาว

วิธีเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลน้ำหนักคือ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลยี่ห้อ Tanita® ซึ่งชั่งได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม เครื่องมือวัดส่วนสูงเป็นที่วัดส่วนสูงภาคสนามที่สร้างขึ้นเองโดยใช้สายวัดโลหะมาตรฐานวัดค่าเป็นเซนติเมตรได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้รับการอบรมวิธีการวัดมาตรฐานก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนามและควบคุมคุณภาพด้วยการนิเทศและตรวจเช็คโดยผู้จัดการภาค

มาตรฐานและเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กและการประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กเป็นค่าที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลน้ำหนักและความยาวหรือส่วนสูงจากเด็กที่ได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยบ่อยและสามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพตามพันธุกรรม (full growth potential) ด้วยเครื่องมือวัดและวิธีการวัดมาตรฐาน โดยจำนวนของเด็กแต่ละกลุ่มอายุและเพศมีจำนวนคนที่มากพอ ภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความเป็นอยู่และการเจริญเติบโตของเด็ก เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่น ๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี พ.ศ. 2542[6] ที่เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งผ่านมา 20 ปีแล้วจึงไม่เหมาะสมกับภาวะปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้จัดทำมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็ก ค.ศ. 2006[7] ซึ่งเป็นมาตรฐานการเจริญเติบโตชุดแรกและชุดเดียวของโลก กรมอนามัยได้นำมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 นี้มาจัดทำกราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็กไทยและประกาศใช้กับเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา รายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 นี้วิเคราะห์ภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่นๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน - 19 ปี พ.ศ. 2542 เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการกับการสำรวจครั้งก่อนๆ และใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2006 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลนานาชาติและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งต่อไป

ดัชนีภาวะโภชนาการและจุดตัด (cut-off point) รายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 นี้ใช้จุดตัดและการแบ่งระดับภาวะโภชนาการของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (จากรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกสำหรับใช้ในประเทศไทย ครั้งที่ 1/2557) ดังนี้

1. ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (length or height for age) สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในอดีต ดัชนีนี้จึงบ่งชี้ภาวะการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 ความหมายของภาวะการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

ช่วงที่	ค่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	เหนือเส้น +2 SD	สูง	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตดีมากๆ
2	เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ค่อนข้างสูง	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตดีมาก
3	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สูงตามเกณฑ์	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตดี
4	อยู่ต่ำกว่าเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ค่อนข้างเตี้ย	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร

ช่วงที่	ค่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	เตี้ย	ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารแบบเรื้อรัง

2. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight for age) เป็นผลรวมของการเติบโตด้านส่วนสูงและภาวะโภชนาการปัจจุบัน เด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันจะถูกประเมินด้วยดัชนีตัวนี้ว่ามีภาวะโภชนาการระดับเดียวกันหมด โดยกำหนดจุดตัดและความหมายของระดับภาวะโภชนาการตามตารางที่ 8.2

ตารางที่ *8.2* ความหมายของภาวะการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	เหนือเส้น +2 SD	น้ำหนักมาก	ยังบอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ ต้องตรวจสอบภาวะโภชนาการเกินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
2	เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	น้ำหนักค่อนข้างมาก	น้ำหนักอาจอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ต้องตรวจสอบโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
3	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	น้ำหนักตามเกณฑ์	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตดี
4	อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึงเส้น -2 SD	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	น้ำหนักน้อย	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหาร

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

ตารางที่ 8.3 ความหมายของภาวะการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

ช่วงที่	ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ภาวะโภชนาการ	ความหมาย
1	อยู่เหนือเส้น +3 SD	อ้วน	น้ำหนักเกินเกณฑ์ระดับ 2
2	อยู่เหนือเส้น +2 SD ถึงเส้น +3 SD	เริ่มอ้วน	น้ำหนักเกินเกณฑ์ระดับ 1
3	อยู่เหนือเส้น +1.5 SD ถึงเส้น +2 SD	ท้วม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะอ้วน
4	อยู่ระหว่างเส้น -1.5 SD ถึง +1.5 SD	สมส่วน	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์การเจริญเติบโตดี
5	อยู่ต่ำกว่าเส้น -1.5 SD ถึงเส้น -2 SD	ค่อนข้างผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร
6	อยู่ต่ำกว่าเส้น -2 SD	ผอม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ขาดอาหารแบบเฉียบพลัน

การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย

รายงานความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กของนานาชาติปัจจุบันประเมินโดยใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เนื่องจากเป็นดัชนีที่ใช้วินิจฉัยภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับการวัดไขมันโดยตรงและเชื่อมโยงกับ obesity-related co-morbidities เพื่อให้การวัดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต จึงมีข้อแนะนำให้ใช้ BMI วินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วย แต่ BMI แปรตามอายุ เพศ เชื้อชาติและ pubertal stage จึงไม่สามารถใช้ค่าค่าเดียวในการวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กได้ เกณฑ์อ้างอิงสากลสำหรับ BMI ในเด็กมี 3 ชุด ได้แก่

1. กราฟดัชนีมวลกายของมาตรฐานการเติบโตขององค์การอนามัยโลก (WHO Growth Standard 2006) [7] สำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี
2. เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายของ International Obesity Task Force (IOTF)[8] สำหรับเด็กอายุ 2-19 ปี
3. เกณฑ์อ้างอิงดัชนีมวลกายสำหรับเด็กอายุ 5-19 ปีขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007[9]

เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF และขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ใช้วิธีทางสถิติสร้างเส้นกราฟให้เชื่อมต่อกับเกณฑ์วินิจฉัยน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้ใหญ่ คือ ดัชนีมวลกาย 25 และ 30 ที่อายุ 19 ปี ซึ่งไม่เหมาะสมกับคนไทยที่จุดตัดสำหรับน้ำหนักเกินและอ้วนคือ 23 และ 25[10] แม้ว่า IOTF จะได้จัดทำจุดตัดเพิ่มที่ BMI 23 และ 27 เพื่อให้สอดคล้องกับข้อแนะนำจุดตัดสำหรับชาวเอเชีย[11] แต่ควรตรวจสอบความเหมาะสมกับข้อมูลของเด็กไทยก่อน รายงานการสำรวจนี้จึงใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการวิเคราะห์ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) อ้วนและผอม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลความชุกของภาวะ

น้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กของประเทศต่างๆส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ในรายงานนี้จึงจะเสนอความชุกที่ใช้ดัชนีมวลกายที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติ

การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2557

ระหว่าง พ.ศ. 2539-2557 มีการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ 4 ครั้ง ได้แก่ การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544[12] การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างและจำนวนเด็กตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 8.4

ตารางที่ 8.4 การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2539-2557

	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	**การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544**	**การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**	**การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**
วิธีการสุ่ม	Stratified three-stage sampling โดยใช้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปีเป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง	Stratified three-stage sampling	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากทะเบียนราษฎร์ และสุ่มรายบุคคล	Stratified multistage (4 stages) sampling โดยสุ่มจากรายชื่อของ enumeration area ที่เป็นตัวอย่างและสุ่มรายบุคคล
จำนวนจังหวัด	ภาคละ 8 จังหวัด และ กทม. รวม 33 จังหวัด	ภาคละ 4 จังหวัด และ กทม.รวม 17 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 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

การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กไทย

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ส่วนสูงของเด็กจะยังเพิ่มขึ้นได้อีกมาก หากเด็กได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เจ็บป่วยบ่อย ส่วนสูงของเด็กจึงเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้ชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศได้

แม้สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงผกผันอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2557 เด็กไทยยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 4.5 ซม. (พิสัย 2.9 – 6.9 ซม.) เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 5.3 ซม. (พิสัย 3.1 – 8.5 ซม.) (ตารางที่ 8.5 และ 8.6)

ตารางที่ 8.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2557

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
2	84.0	83.0	88.3	89.4
3	92.0	91.6	96.2	98.5
4	100.0	99.7	103.1	103.4
5	106.0	106.3	109.4	109.3
6	113.0	111.8	115.8	115.3
7	118.0	117.6	122.0	122.5
8	124.0	123.4	126.8	127.9
9	129.0	129.7	133.2	133.3
10	134.0	134.8	138.5	140.8
11	142.0	141.0	145.6	146.9
12	147.0	147.0	151.1	151.1
13	-	151.8	153.1	155.3
14	-	154.3	155.8	157.2

ตารางที่ 8.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2557

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
2	85.5	84.5	89.9	90.9
3	94.0	92.5	98.6	98.1
4	101.0	100.8	104.5	104.1
5	107.0	107.1	110.4	110.9
6	115.0	113.4	116.0	116.5
7	118.0	118.9	122.3	123.8
8	124.0	123.1	126.4	127.8
9	130.0	128.7	131.1	132.4
10	133.0	133.3	137.2	138.9
11	138.0	138.5	142.7	144.2
12	144.0	143.4	148.2	151.9
13	-	151.4	156.6	159.4
14	-	157.6	161.8	163.8

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กไทยจาก พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2557 เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.9 กก. เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.2 กก. โดยที่อายุตั้งแต่ 9 ถึง 14 ปี เด็กชายและเด็กหญิงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.9 กก. และ 4.5 กก. (ตารางที่ 8.7 และ 8.8)

ตารางที่ 8.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2557

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
1	8.7	9.7	10.7	10.5
2	11.0	11.6	13.0	12.8

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
3	13.0	13.3	14.6	15.3
4	14.8	15.5	16.0	16.2
5	16.0	17.1	18.3	18.6
6	19.0	19.0	20.3	20.2
7	20.0	20.8	23.3	23.6
8	23.0	23.7	25.9	27.3
9	25.2	27.7	30.4	31.4
10	29.0	30.4	32.5	34.6
11	35.0	34.9	38.3	40.5
12	37.0	39.5	43.8	44.1
13	-	44.3	45.7	47.0
14	-	46.8	50.2	53.1

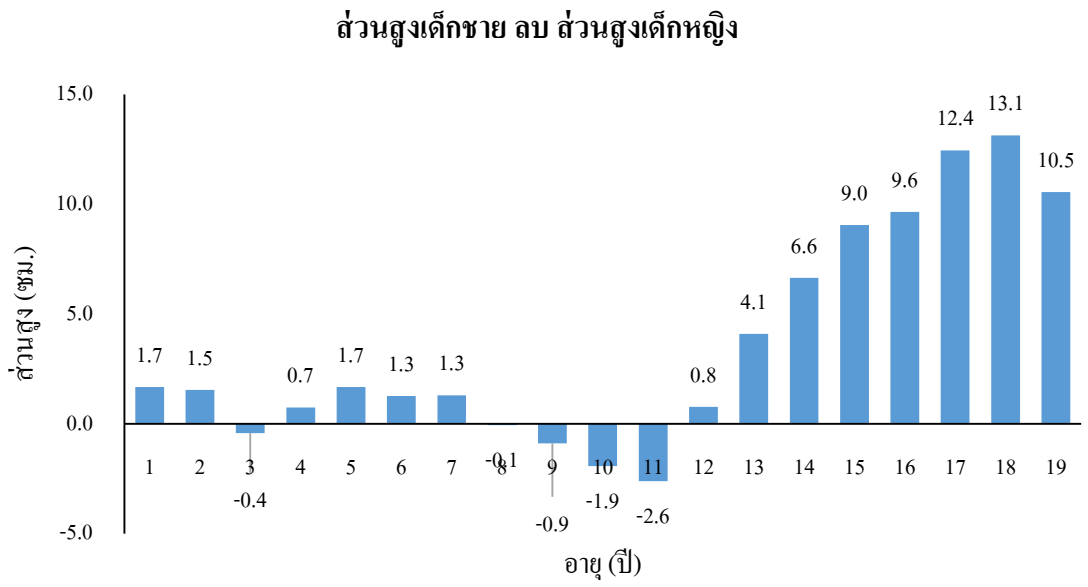
ตารางที่ 8.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กชายไทยจาก พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2557

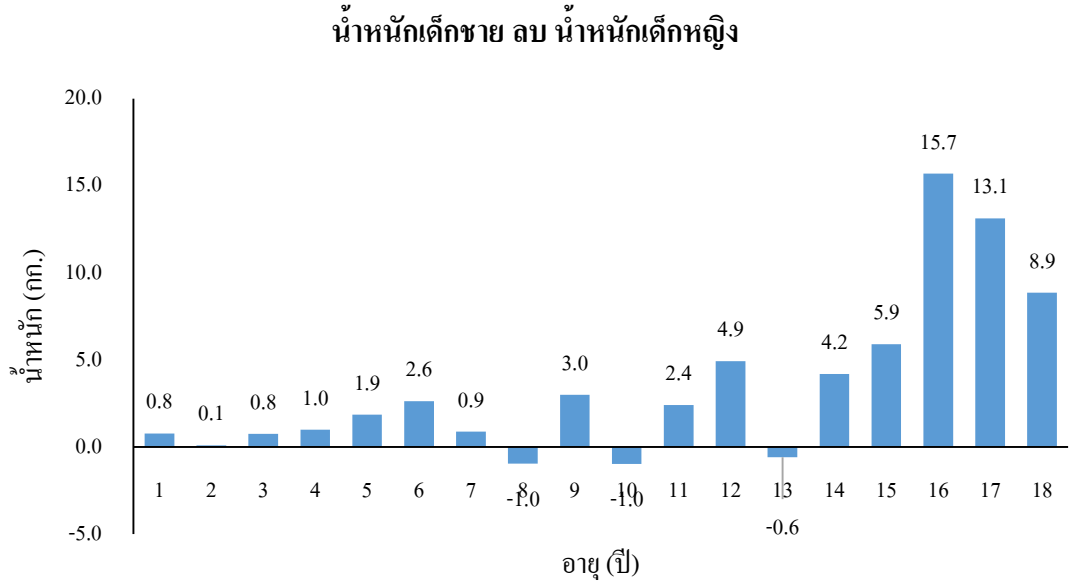
อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
1	10.0	10.2	11.8	11.6
2	12.0	12.1	13.4	13.6
3	14.0	14.1	15.8	15.4
4	15.0	16.0	17.2	16.9
5	16.5	17.9	19.0	19.6
6	19.0	19.8	20.7	22.1
7	21.0	22.4	24.4	26.2
8	23.0	23.9	25.9	28.1
9	25.0	26.7	28.7	30.5

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540	การศึกษาพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557
10	27.5	30.3	33.1	37.5
11	30.0	33.4	37.2	39.5
12	35.0	37.1	40.5	46.5
13	-	43.0	46.6	51.9
14	-	46.6	51.6	52.5

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไย ครั้งที่ 5 นี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่า ช่วงอายุ 1- 7 ปี เด็กชายมีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิง ตั้งแต่อายุ 9 – 11 ปีเด็กหญิงมีการเติบโตเร็วกว่าเด็กชาย จนถึงอายุ 12 ปี เด็กชายกลับมามีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิงอย่างชัดเจน โดยที่อายุ 14 ปีวัยรุ่นชายมีส่วนสูงเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นหญิง 6.6 ซม. และสูงกว่ามากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สำหรับน้ำหนักเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงเกือบทุกช่วงปีโดยเฉพาะในช่วงอายุ 14 ปีขึ้นไปเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงมาก (รูปที่ 8.1)

รูปที่ 8.1 เปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักระหว่างชายและหญิงในการสำรวจครั้งนี้





ภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2557

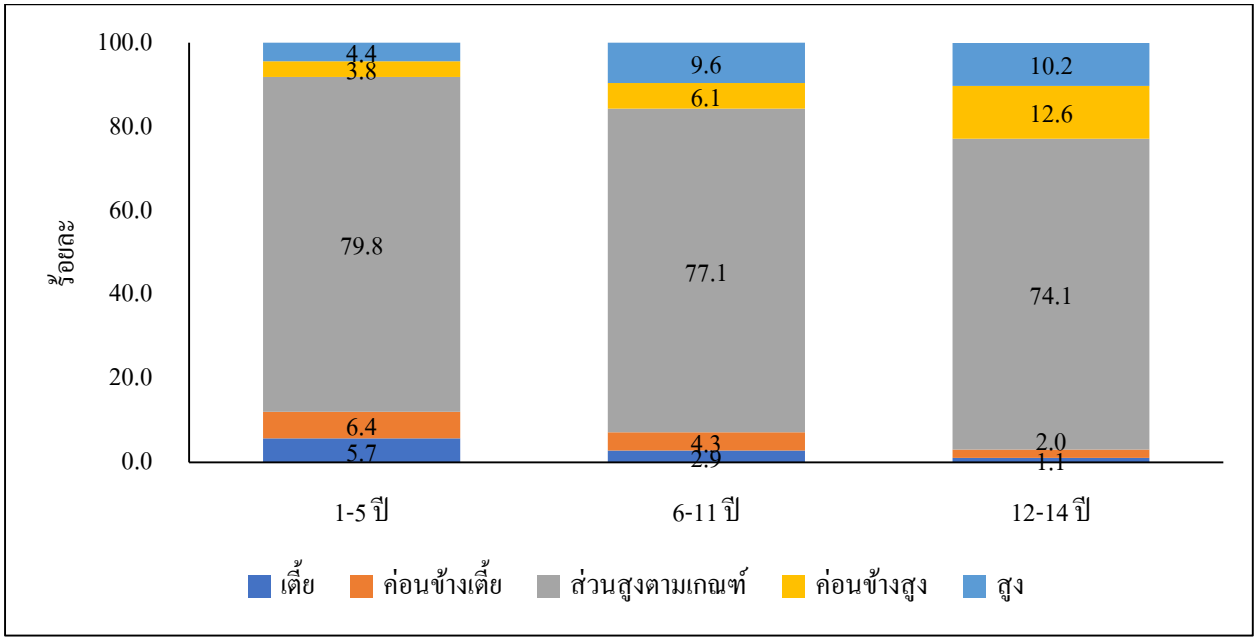
1. ภาวะส่วนสูง/ความยาวตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 ร้อยละ 3.5 หรือประมาณ 400,000 คนมีส่วนสูงอยู่ในระดับ “เตี้ย” ในขณะที่ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 ความชุกของเด็กเตี้ยเท่ากับร้อยละ 5 หรือประมาณ 570,000 คน

การสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กไทยอายุ 1- 2 ปี ประมาณ 61,000 คนเท่ากับร้อยละ 9.8 ตามเกณฑ์อ้างอิงฯ ของไทยหรือประมาณ 68,000 คนเท่ากับร้อยละ 11.2 ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก

ค.ศ. 2006 มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรง (ความยาวตามเกณฑ์อายุ < -3 SD) เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อการมีสติปัญญาต่ำ ส่งผลให้มีปัญหาการเรียนและการมีงานทำในวัยผู้ใหญ่[13, 14]

เมื่อ**เปรียบเทียบระหว่างวัย**โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กอายุ 1-5 ปีมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงสุด (ร้อยละ 5.7) มากเป็น 2 เท่าของเด็กอายุ 6-11 ปีและ 5 เท่าของเด็กอายุ 12-14 ปี ในขณะที่เด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปีมีความชุกของเด็กสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี และ 1-5 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 8.2)

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

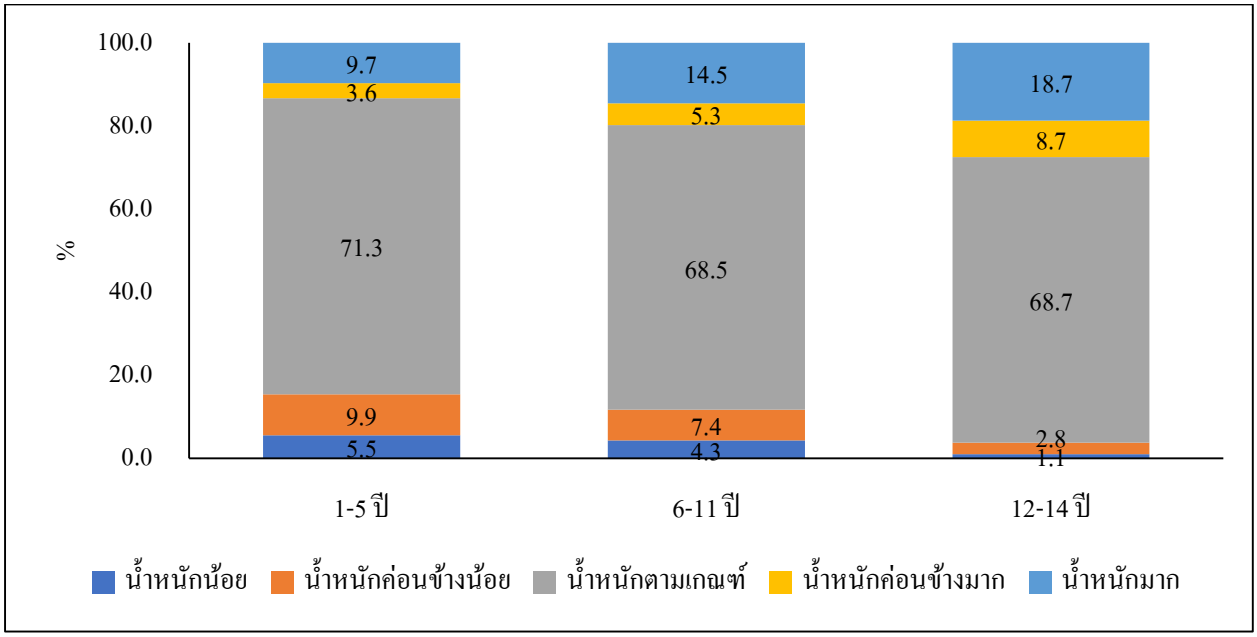


ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (chronic malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือภาวะเตี้ยปานกลาง (moderate stunting) (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-2SD ถึง -3SD) และทุพโภชนาการเรื้อรังรุนแรงหรือภาวะเตี้ยรุนแรง (severe stunting) (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-3 SD) เท่ากับร้อยละ 5.2 และ 2.4 ตามลำดับ

2. ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปีตามเกณฑ์อ้างอิงไทย 470,000 คนเท่ากับร้อยละ 4.1 มีน้ำหนักน้อย หรือประมาณ 67,000 คนเท่ากับร้อยละ 8.1 มีน้ำหนักน้อยตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

เมื่อ**เปรียบเทียบระหว่างวัย**โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักมากสูงกว่าภาวะน้ำหนักน้อย ความชุกของภาวะน้ำหนักมากเพิ่มขึ้นตามวัย ในทางกลับกันความชุกของน้ำหนักน้อยลดลงตามวัย (รูปที่ 8.3)

รูปที่ 8.3 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี อายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปีโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

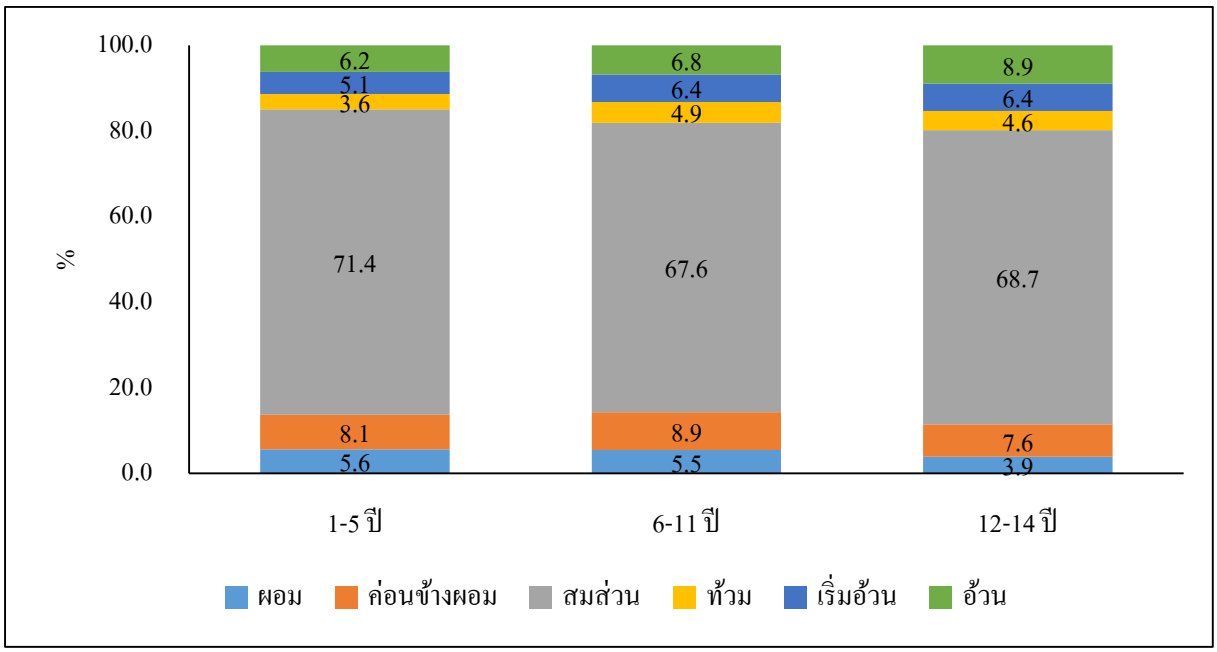


ภาวะน้ำหนักน้อย (underweight) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยปานกลางและรุนแรงของเด็กอายุ 1- <5 ปีเท่ากับร้อยละ 4.8 และ 1.0 ตามลำดับ

3. ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง/ความยาว ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 670,000 คนหรือร้อยละ 5.9 มีน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน และอีก 790,000 คนหรือร้อยละ 7.0 อ้วนตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 เด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบสูงขึ้นมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงอ้วนทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันเลือดสูง[5]

เมื่อ**เปรียบเทียบระหว่างวัย** เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วนสูงกว่าภาวะผอม เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงสุด (ร้อยละ 15.3) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 13.2) และเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสุขภาพฯครั้งที่ 4 ที่พบร้อยละ 11.9, 8.7 และ 8.5 ตามลำดับ เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีและเด็กอายุ 6-11 ปี มีเด็กผอมใกล้เคียงกันและสูงกว่าเด็กอายุ 12-14 ปี (รูปที่ 8.4)

รูปที่ 8.4 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปีอายุ 6-11 ปี และอายุ 12-14 ปีโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



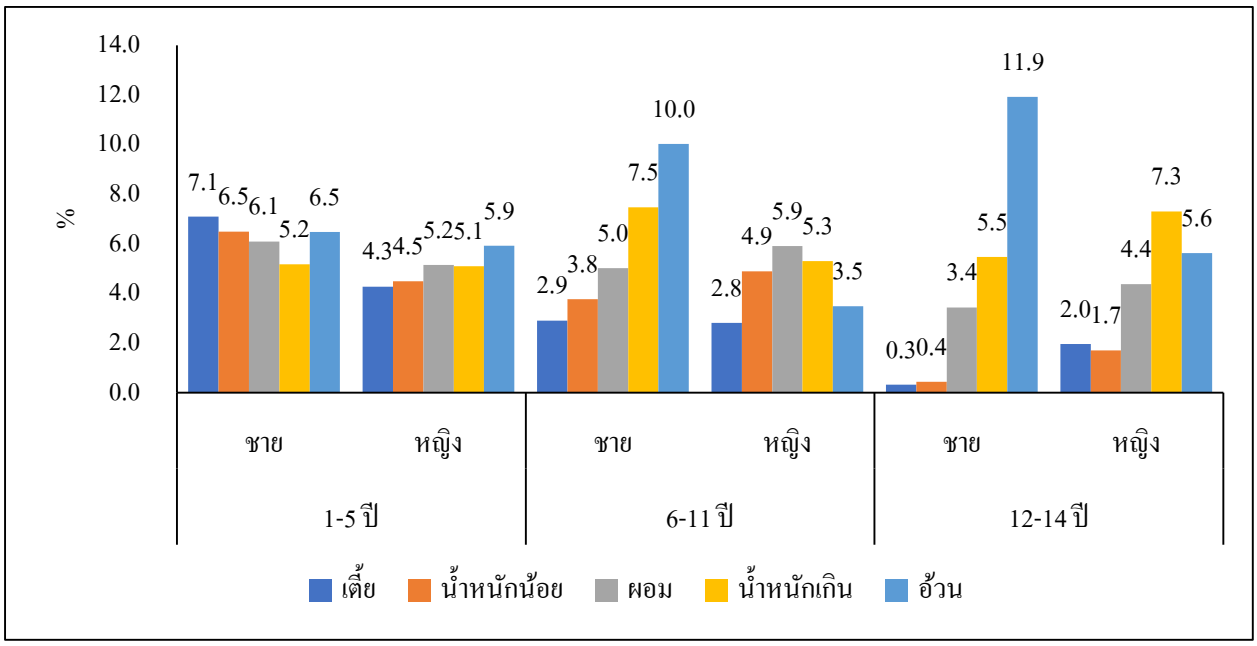
ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน (acute malnutrition) ของเด็กอายุ 1-5 ปี ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือภาวะผอมปานกลาง (moderate wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <-2SD ถึง -3SD) และทุพโภชนาการเฉียบพลันรุนแรง (severe acute malnutrition) หรือภาวะผอมรุนแรง (severe wasting) (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <-3 SD) เท่ากับร้อยละ 1.1 และ 3.5 ตามลำดับ และมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 6.5 และ 5.6 ตามลำดับ

4. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเพศ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศโดยใช้**เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542** เด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าเด็กหญิง ในขณะที่มีความชุกของน้ำหนักเกินในกลุ่มอายุ 1-5 ปีของชายและหญิงใกล้เคียงกัน ชายสูงกว่าหญิงในกลุ่มอายุ 6-11 ปีแต่ชายต่ำกว่าหญิงในกลุ่มอายุ 12-14 ปี

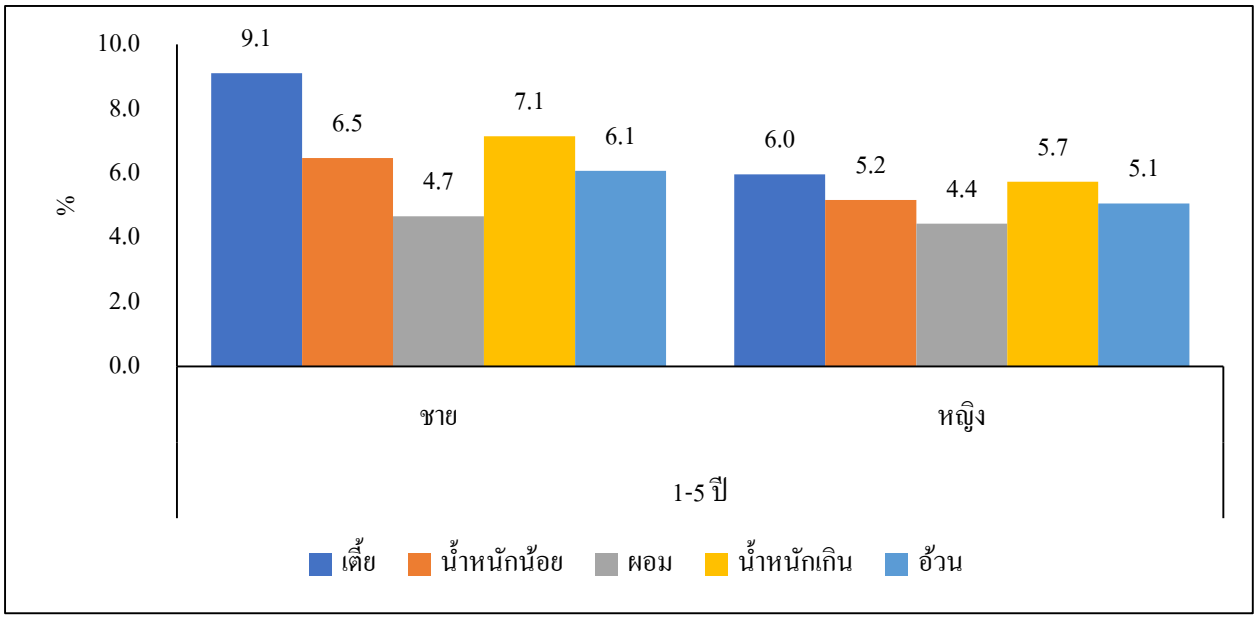
สำหรับปัญหาโภชนาการพร่อง เด็กชายอายุ 1-5 ปีและอายุ 12-14 ปีมีความชุกของเด็กผอมสูงกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มอายุ 6-11 ปีเด็กหญิงมีความชุกของเด็กผอมสูงกว่าเด็กชาย สำหรับปัญหาน้ำหนักน้อยเด็กชายมีความชุกของน้ำหนักน้อยสูงกว่าเด็กหญิงในกลุ่ม 1-5 ปี และต่ำกว่าเด็กหญิงในกลุ่มอายุ 6-11 ปีและอายุ 12-14 ปี สำหรับภาวะเตี้ย ในกลุ่มอายุ 1-5 ปีเด็กชายมีความชุกมากกว่าเด็กหญิง ใกล้เคียงกันในกลุ่ม 6-11 ปี และเด็กหญิงมีความชุกมากกว่าเด็กชายในกลุ่มอายุ 12-14 ปี (รูปที่ 8.5)

รูปที่ 8.5 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกตามวัยและเพศ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศของเด็กอายุ 1-5 ปีโดยใช้**มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006** เพศชายมีปัญหาทุพโภชนาการทั้งภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วนสูงกว่าเด็กเพศหญิง (รูปที่ 8.6)

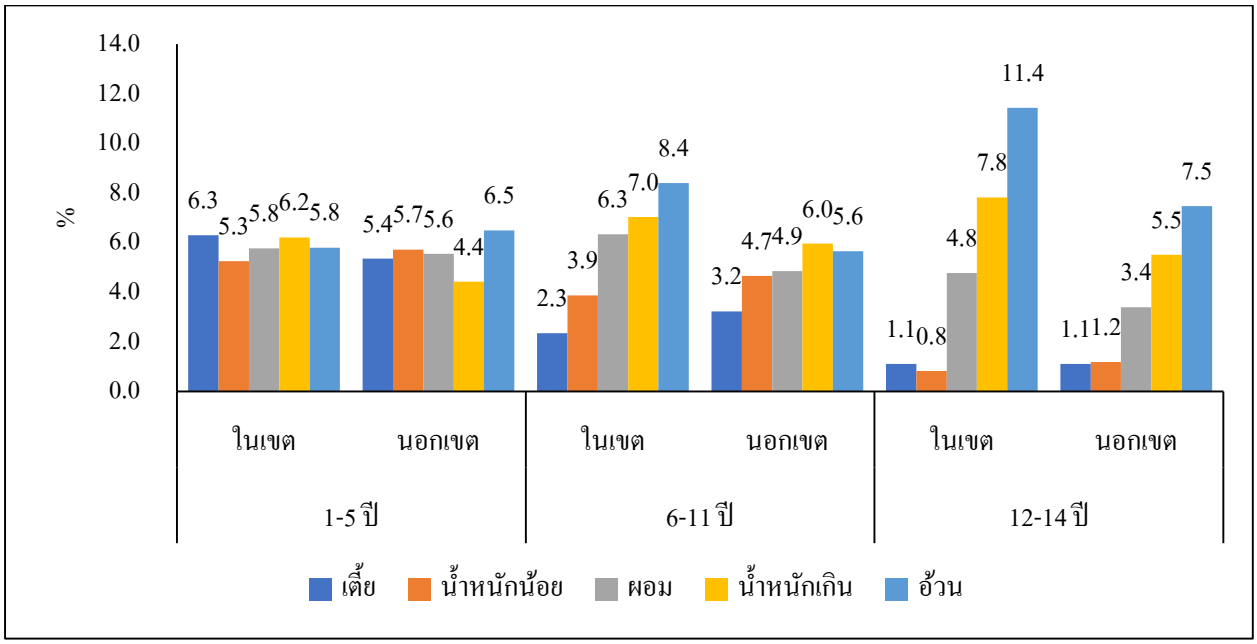
รูปที่ 8.6 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกตามวัยและเพศ ในเด็กอายุ 1-5 ปีตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006



5. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง

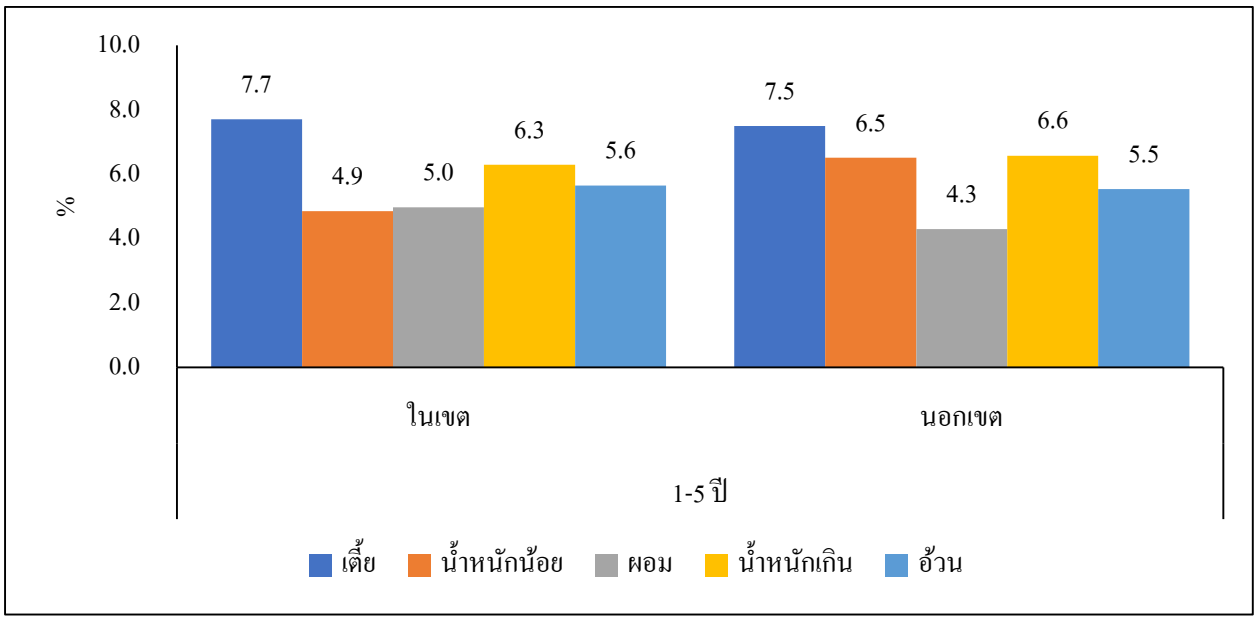
เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตการปกครองโดยใช้**เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542** สำหรับปัญหาเตี้ย เด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีในเขตเทศบาลมีความชุกของปัญหาเตี้ยสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มอายุ 6-11 ปีที่มีปัญหาเตี้ยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ส่วนกลุ่มอายุ 12-14 ปีไม่พบความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหาน้ำหนักน้อยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุมีปัญหาผอมสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหาทั้งสองรวมกันสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล (รูปที่ 8.7)

รูปที่ 8.7 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกตามวัยและเขตการปกครองโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



เมื่อใช้**มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006** ความแตกต่างระหว่างเขตการปกครองของปัญหาทุพโภชนาการเรื้อรัง (เตี้ย) น้ำหนักน้อยและทุพโภชนาการเฉียบพลัน (ผอม) ของเด็กอายุ 1-5 ปีไม่แตกต่างจากเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯของไทยข้างต้น ที่แตกต่างคือเด็กนอกเขตเทศบาลมีความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงกว่าเด็กในเขตเทศบาลเล็กน้อย (รูปที่ 8.8)

รูปที่ 8.8 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกตามวัยและเขตการปกครองในกลุ่มอายุ 1-5 ปีโดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006



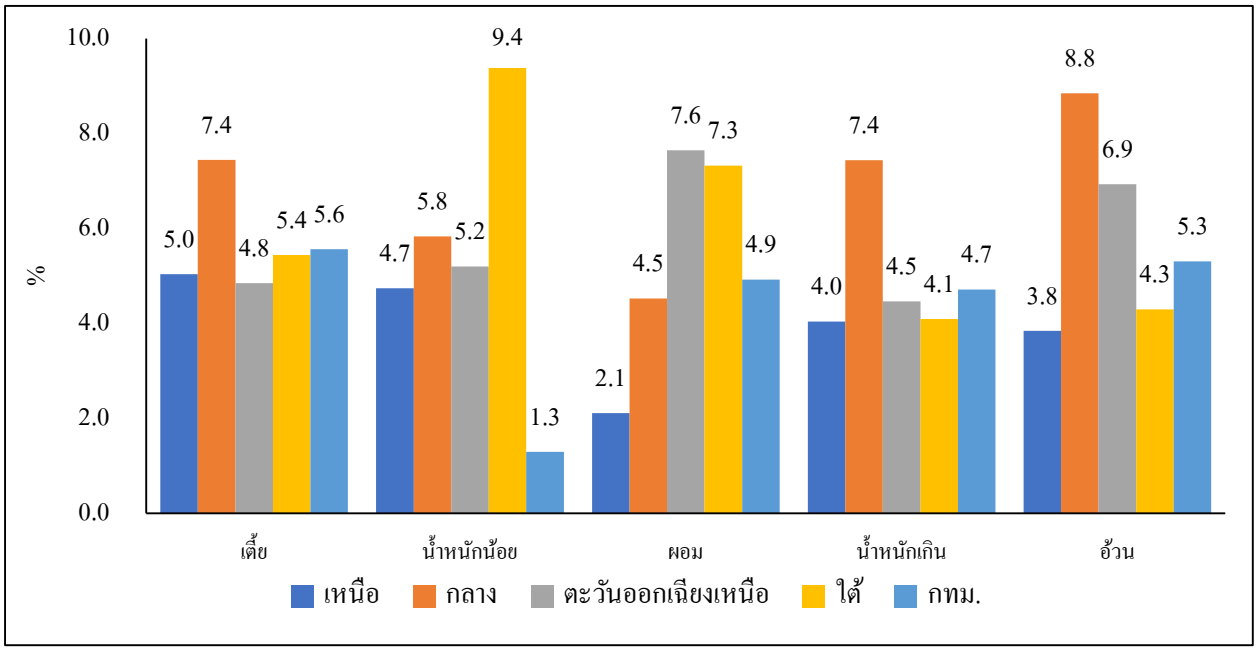
6. ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างภาค

6.1 กลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี

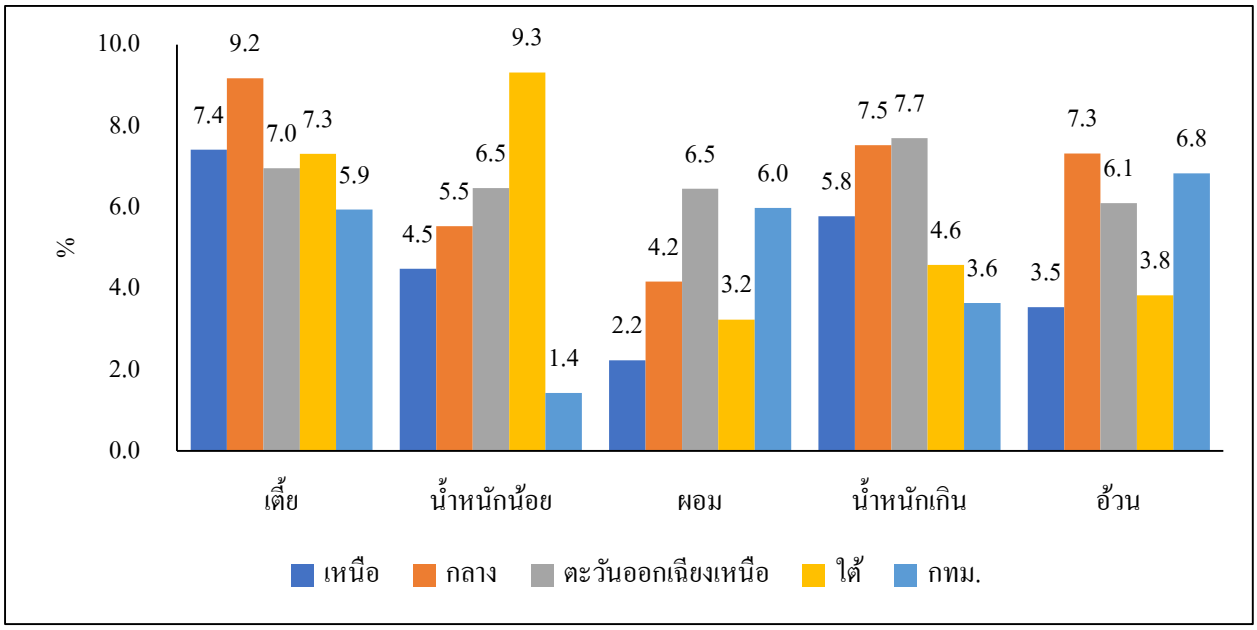
การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการแยกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 พบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี ภาคกลางเป็นภาคที่มีความชุกของเด็กเตี้ย เด็กน้ำหนักเกินและอ้วนสูงสุด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของเด็กอ้วนเป็นอันดับสอง ตามมาด้วยกรุงเทพฯ ภาคใต้มีความชุกของเด็กน้ำหนักน้อยสูงสุด ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของเด็กผอมสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ (รูปที่ 8.9)

เมื่อใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006 เด็กอายุ 1-5 ปีในภาคกลางมีความชุกของเด็กเตี้ยและอ้วนสูงสุดเช่นกัน โดยความชุกของเด็กน้ำหนักเกินเป็นที่สองรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้มีความชุกของเด็กน้ำหนักน้อยสูงสุดในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของเด็กผอมสูงสุดเช่นเดียวกับเมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 แต่กรุงเทพฯมีความชุกของเด็กผอมเป็นอันดับสอง (รูปที่ 8.10)

รูปที่ 8.9 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.10 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี จำแนกตามภาคโดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006

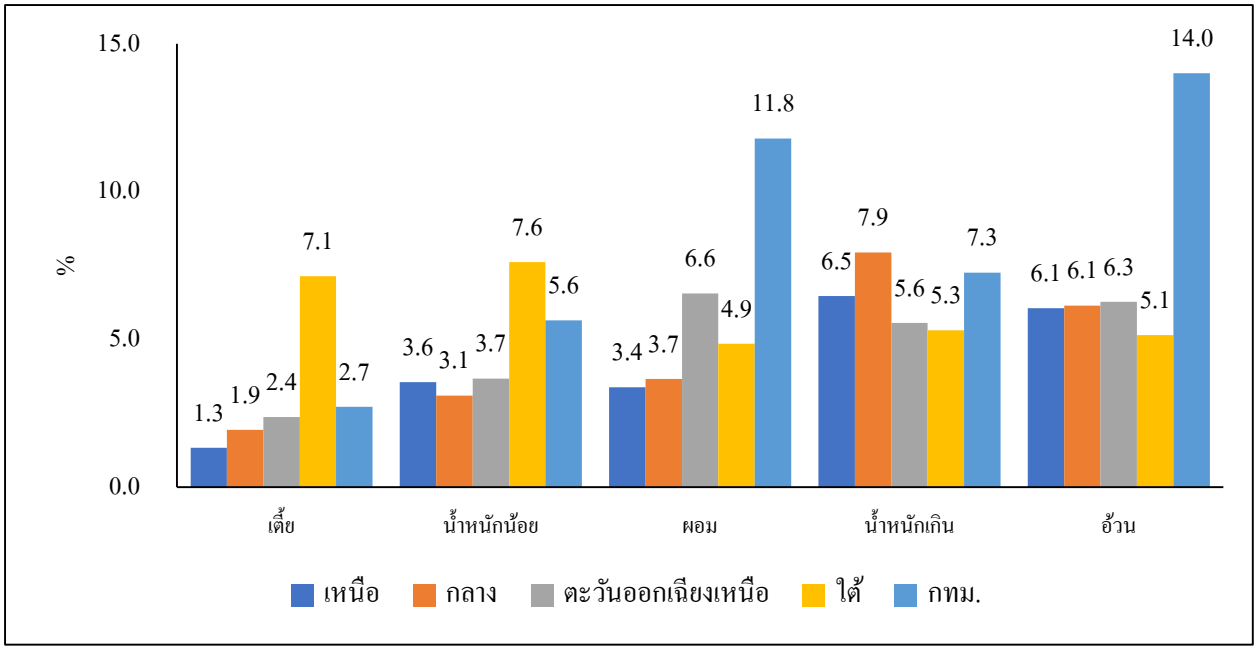


6.2 กลุ่มเด็กอายุ 6-11 ปี

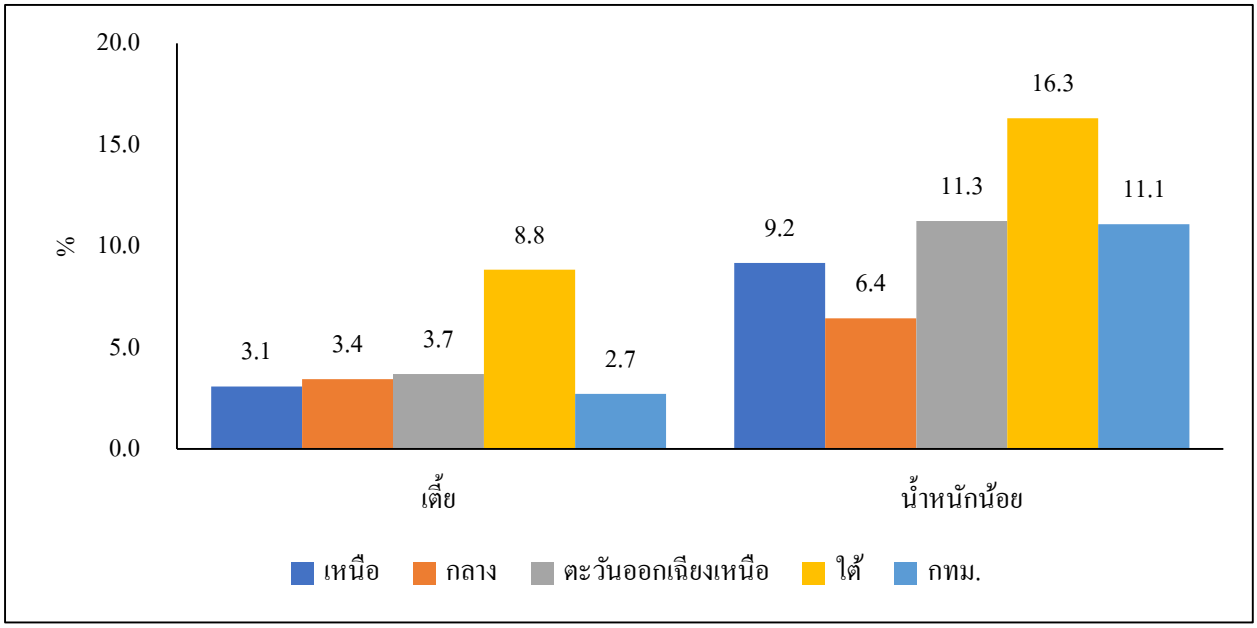
เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี กรุงเทพฯ มีความชุกของทั้งเด็กผอมและเด็กอ้วนสูงสุด ภาคที่มีความชุกของภาวะผอมรองลงมาคือภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ภาคกลางมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินสูงสุด ตามมาด้วยกรุงเทพฯ ส่วนภาคอื่นๆมีความชุกของเด็กอ้วนใกล้เคียงกันยกเว้นภาคใต้ที่มีความชุกของเด็กอ้วนต่ำสุด ภาคใต้มีความชุกของทั้งเด็กเตี้ยและเด็กน้ำหนักน้อยสูงสุดและสูงกว่าภาคอื่นมาก (รูปที่ 8.11) และพบภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุดที่ภาคใต้เช่นกันเมื่ออิงตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 (รูปที่ 8.12)

รูปที่ 8.11 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



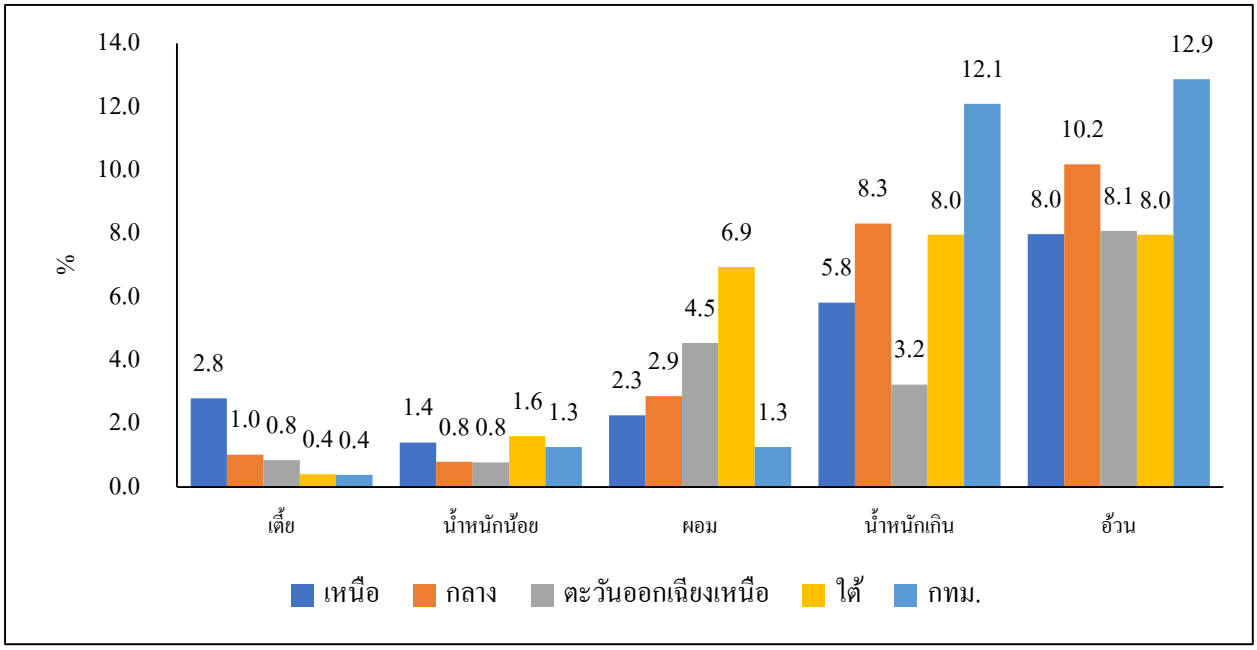
รูปที่ 8. 12 เปรียบเทียบความชุกของภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



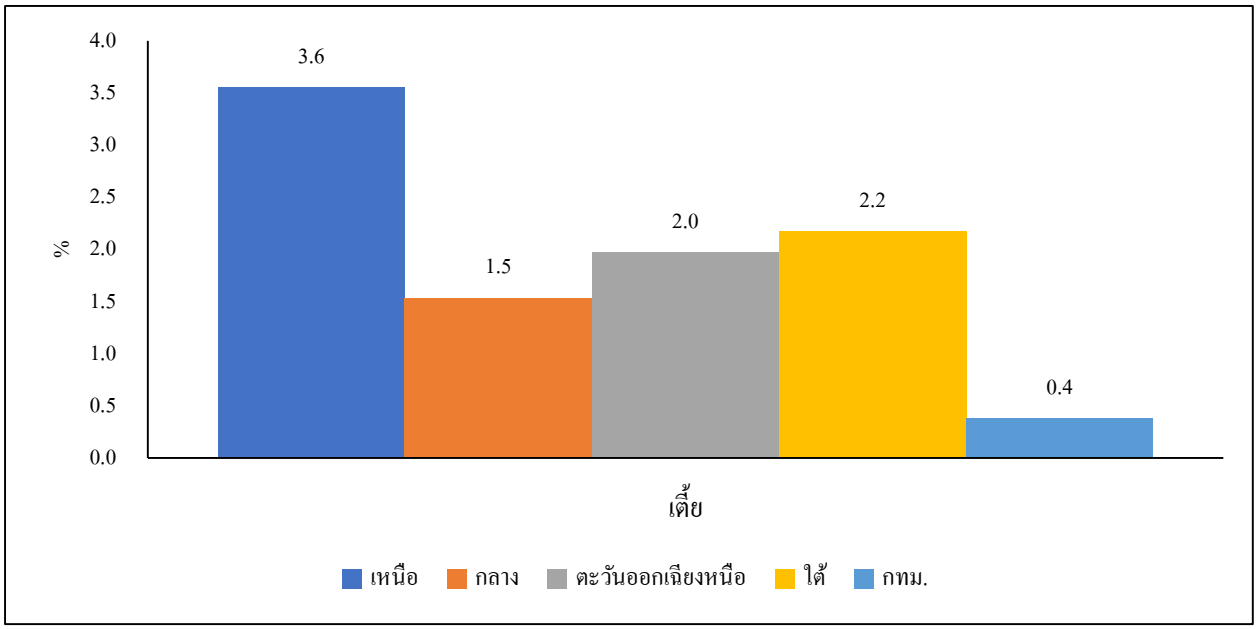
6.3 กลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปี

เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 กลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปีมีปัญหาโภชนาการเกินสูงกว่าโภชนาการพร่อง กรุงเทพฯ มีความชุกของเด็กอ้วนสูงมากถึงร้อยละ 12.9 และน้ำหนักเกินร้อยละ 12.1 รวมแล้วสูงสุดในประเทศ ภาคที่มีความชุกของเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงรองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ สำหรับภาวะโภชนาการพร่องภาคเหนือมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงสุด ภาคใต้มีความชุกของภาวะผอมและภาวะน้ำหนักน้อยสูงสุด เมื่อใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007 ภาคเหนือมีความชุกของเด็กเตี้ยสูงสุดเช่นเดียวกัน (รูปที่ 8.13 และ 8.14)

รูปที่ 8.13 เปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปีจำแนกภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



รูปที่ 8.14 เปรียบเทียบความชุกของภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (เตี้ย) ของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำแนกตามภาคโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007



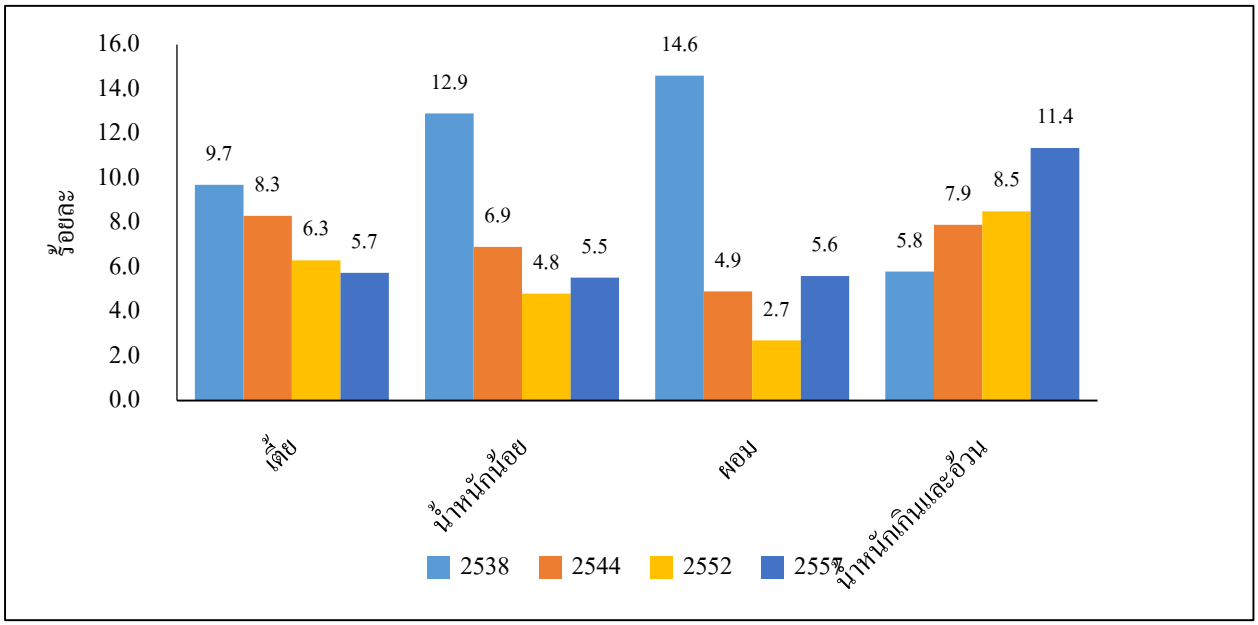
แนวโน้มภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 19 ปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในช่วง 19 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มพบเด็กภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ในขณะที่พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น

1. **เด็กอายุ 1-5 ปี** การสำรวจในเด็กอายุ 1-5 ปีที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 มีให้เปรียบเทียบย้อนหลังได้ 19 ปี แม้อาจมีข้อจำกัดที่กรอบการสุ่มไม่เหมือนกันบ้าง แต่ก็พอเปรียบเทียบได้ว่า ประเทศไทยสามารถลดภาวะโภชนาการพร่องได้อย่างน่าพอใจ ความชุกของภาวะเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับลดลงได้ร้อยละ 58.8 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยจากปี พ.ศ. 2538 ถึงพ.ศ. 2552 ลดลงได้ 2.7 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2557 เช่นเดียวกับปัญหาเด็กผอมที่ลดลงอย่างมากจากปี พ.ศ. 2538 ถึงปีพ.ศ. 2552 ลดลง 5.4 เท่า แต่ความชุกกลับเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าจากปี พ.ศ. 2552 ถึงพ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นเรื่องที่ควรเฝ้าระวังต่อไป (รูปที่ 8.15)

ในขณะที่ปัญหาขาดสารอาหารมีแนวโน้มลดลง ปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนกลับพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในรอบ 19 ปี (รูปที่ 8.15)

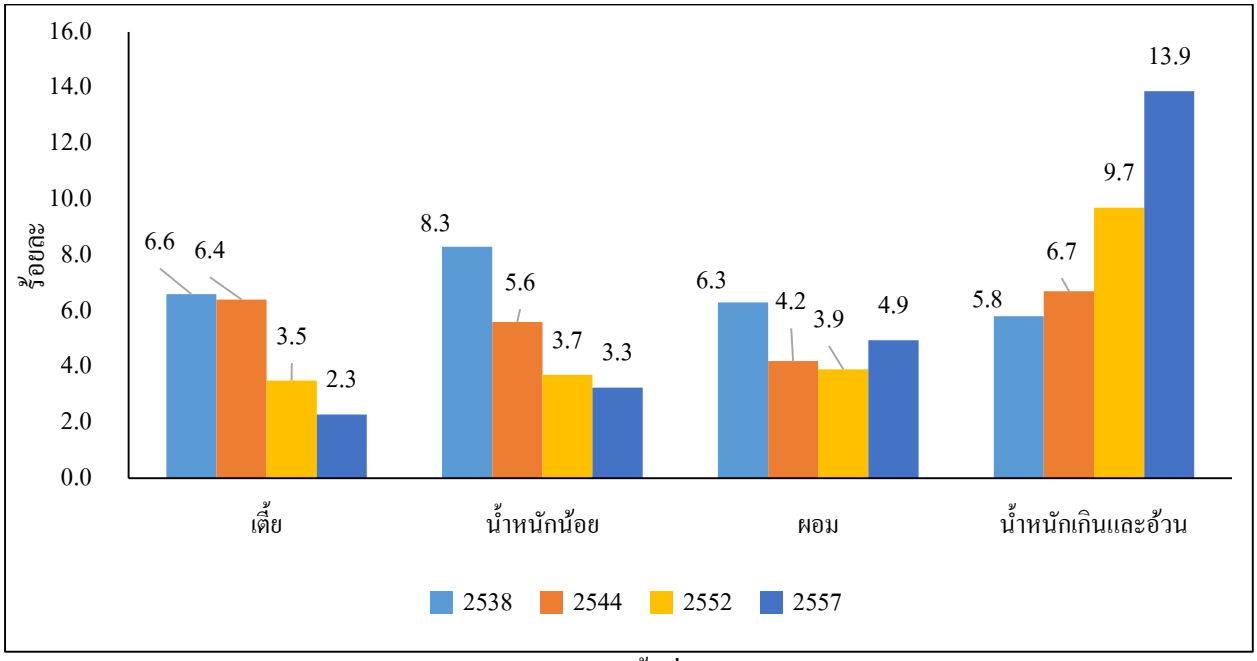
รูปที่ 8.15 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม และน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กอายุ 1-5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2538 – 2557 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯของประชาชนไทย พ.ศ. 2542



2. **เด็กอายุ 6-14 ปี** การสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในเด็กอายุ 6-14 ปีในช่วง 19 ปีที่ผ่านมาพบการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับเด็กอายุ 1-5 ปี ความชุกของปัญหาเด็กเตี้ยลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือประมาณหนึ่งในสามและมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อย ความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อยลดลงได้ 2.5 เท่าในช่วง 19 ปีโดยนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขต

เทศบาล 1.2 เท่า ส่วนความชุกของเด็กผอมลดลง 1.7 เท่าในช่วง 14 ปีจากปีพ.ศ. 2538 ถึงปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าใน 5 ปีที่ผ่านมาโดยเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล 1.4 เท่า (รูปที่ 8.16 และตารางที่ 8.9) อย่างไรก็ตามการสำรวจเหล่านี้มีกรอบอายุของเด็กที่ต่างกัน การสำรวจพ.ศ. 2538 และ 2544 เป็นการสำรวจเด็กอายุ 6-12 ปี ส่วนการสำรวจพ.ศ. 2551-2552 และพ.ศ. 2557 เป็นการสำรวจเด็กอายุ 6-14 ปี

รูปที่ 8.16 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทย พ.ศ. 2538-2557 จากการสำรวจต่างๆ



หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538 โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

ตารางที่ 8.9 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อย และน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียนไทยระหว่าง พ.ศ. 2538- – 2557 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

ภาวะโภชนาการ	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2551-2552			พ.ศ. 2557		
	6-12 ปี	6-12 ปี			6-14 ปี			6-14 ปี		
	รวม	รวม	ใน	นอก	รวม	ใน	นอก	รวม	ใน	นอก
น้ำหนักเกินและอ้วน	5.8	6.7	10.1	5.3	9.7	13.1	8.2	13.9	16.6	12.1
ผอม	6.3	4.2	4.0	5.1	3.9	3.2	4.3	4.9	5.9	4.3
น้ำหนักน้อย	8.7	5.6	4.4	6.6	3.7	2.9	4.1	3.3	2.9	3.5
เตี้ย	6.6	6.4	4.1	7.9	3.5	3.1	3.7	2.3	2.0	2.5

รวม = ทั่วประเทศ, ใน = ในเขตเทศบาล, นอก = นอกเขตเทศบาล

หมายเหตุ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538 โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยนี้เพิ่มขึ้น 2.8 เท่าในรอบ 19 ปี ในรอบ 13 ปีที่ผ่านมาเด็กนอกเขตเทศบาลมีความชุกเพิ่มขึ้น (เพิ่ม 2.3 เท่า) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (เพิ่ม 1.6 เท่า) ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้พบเด็กมีน้ำหนักเกินและอ้วนเป็น 2.8 เท่าของเด็กผอม จากเดิมเมื่อ 19 ปีก่อนที่มีเด็กผอมมากกว่าเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนเล็กน้อย

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากการรวบรวมข้อมูลการสำรวจความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กอายุ 2-19 ปีทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 47.1 ระหว่าง ค.ศ. 1980 ถึง ค.ศ. 2013 หรือในช่วง 33 ปี ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กชายในประเทศที่พัฒนาแล้วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.9 ในปีค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 23.8 ในปีค.ศ. 2013 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.8 ในช่วง 33 ปีและในเด็กหญิงจากร้อยละ 16.2 เป็นร้อยละ 22.6 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 ในช่วงเวลาเดียวกัน ส่วนในประเทศกำลังพัฒนา ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ

8.1 ในปีค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 12.9 ในปีค.ศ. 2013 และในเด็กหญิงจากร้อยละ 8.4 เป็นร้อยละ 13.4 ทั้งชายและหญิงมีความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 ในช่วงเวลา 33 ปี[15]

ความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กไทยที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นสูงเมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มในประเทศทั่วโลก ความชุกของเด็กไทยกลุ่มอายุ 6-14 ปีเพิ่มขึ้นสูงมาก เด็กชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7 ในปีพ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 26.1 ในปีพ.ศ. 2557 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 56 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาซึ่งสูงกว่าอัตราเพิ่มของความชุกทั่วโลกในช่วง 33 ปีและใกล้เคียงกับอัตราเพิ่มของเด็กในประเทศกำลังพัฒนาในช่วง 33 ปี ส่วนในเด็กหญิงเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเด็กชายโดยเพิ่มจากร้อยละ 15.2 เป็นร้อยละ 19.0 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ในเด็กชายอายุ 2-5 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 14.6 ในปีพ.ศ. 2557 และในเด็กหญิงจากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 16.4 หรือเท่ากับความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.6 และร้อยละ 24 ในเด็กชายและเด็กหญิงอายุ 2-5 ปีตามลำดับ

บทสรุป

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 แสดงว่าเด็กไทยมีการเติบโตทางกายดีขึ้น ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 5 ซม. ในช่วง 13 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญทั้งภาวะโภชนาการพร่องและภาวะโภชนาการเกิน แม้ว่าภาวะเตี้ย (ทุพโภชนาการเรื้อรัง) และภาวะน้ำหนักน้อยจะลดลงตามลำดับ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 6-14 ปี แต่บางภาคความชุกของภาวะเตี้ยก็ยังสูงกว่าร้อยละ 5 และยังพบภาวะผอม (ทุพโภชนาการเฉียบพลัน) เพิ่มขึ้นในเด็กอายุ 1-5 ปี ความชุกของภาวะเตี้ยลดลงต่อเนื่องแต่ยังสูงกว่าร้อยละ 5 เล็กน้อย บางภาคสูงร้อยละ 7.5 ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกับภาวะผอมเพิ่มขึ้นและสูงกว่าร้อยละ 5 เช่นกันกับภาวะเตี้ย เมื่อรวมกันแล้วใน พ.ศ. 2557 เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 400,000 คนมีภาวะเตี้ยและ 470,000 คนมีน้ำหนักน้อย ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552 อย่างไรก็ตามเด็กเหล่านี้เสี่ยงต่อสุขภาพไม่แข็งแรง และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรงเสี่ยงต่อระดับเชาวน์ปัญญาต่ำ บั่นทอนคุณภาพประชากรในอนาคต

ในขณะที่เด็กไทยส่วนหนึ่งยังมีปัญหาภาวะโภชนาการพร่อง การสำรวจครั้งนี้พบว่าโรคอ้วนกำลังเป็นภัยคุกคามใหม่ของเด็กไทย ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอัตราเพิ่มในเด็กวัยเรียนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของอัตราเพิ่มทั่วโลก เด็กในเขตชนบทเริ่มพบปัญหานี้เพิ่มขึ้น เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 670,000 คน มีน้ำหนักเกินและอีก 790,000 คนอ้วน ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาอ้วนในเด็กนี้จะส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่อาจกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน โดยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทุกระดับด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษา ที่ครอบคลุมกลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การแก้ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังมีความท้าทาย ที่ต้องระวังไม่ให้ส่งผลสะท้อนกลับให้ปัญหาโภชนาการพร่องในเด็กบางกลุ่มกลับรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Hughes J, Li L, Chinn S, Rona R. Trends in growth in England and Scotland, 1972 to 1994. Arch Dis Child. 1997;76:182-9.
2. 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.
3. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2: สุขภาพเด็ก. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554. หน้า 105-26.
4. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะขาดพลังงานและโปรตีน. ใน: ประยงค์ เวชวนิชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 275-88.
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. ใน: ประยงค์ เวชวนิชสนอง, วนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 289-310.
6. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2542. 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. 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.
9. 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.
10. World Health Organization, International Association for the Study of Obesity, International Obesity Task Force. The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Canberra: Health Communications Australia Pty Ltd; 2000.
11. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes. 2012;7:284-94.
12. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองดารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิติเรืองจรัส, 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. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384:766-81.