บทที่ 8

ภาวะโภชนาการของเด็ก

รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ภาวะโภชนาการของเด็กจะมีแนวโน้มในด้านภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน[1] ส่วนสูงของเด็กในประเทศเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว[2,3] ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนสูงของเด็กยังเพิ่มได้อีกมากหากได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างดี ดังเด็กวัยเรียนในเขตเทศบาลหาดใหญ่ที่พบว่า เด็กรุ่นหลังมีส่วนสูงมากกว่าเด็กที่เกิดก่อนโดยสูงขึ้นถึง 1.25 เซนติเมตร/1 ปี– Birth cohort[4] และผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาก็พบว่าเด็กไทยมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น

ประเทศไทยได้รับการยกย่องในเวทีโลกให้เป็นตัวอย่างของประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาขาดสารอาหารภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง (ระดับ 3) เหลือน้อยมากแทบไม่มีรายงาน อย่างไรก็ตามยังพบเด็กน้ำหนักน้อยและเตี้ยได้ในเด็กยากจนด้อยโอกาส ในขณะเดียวกัน ก็พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนรุนแรงขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคต

หลักฐานจากการวิจัยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ผลการวิจัยต่างๆ ในปัจจุบันชี้ว่าภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะในขวบปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาต่ำ ภูมิต้านทานโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนาน และรุนแรง และยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ มากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากร่างกายเคยชินกับการได้รับอาหารน้อยในวัยเด็ก เมื่อเป็นผู้ใหญ่จึงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปที่จะเกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ง่ายกว่าคนทั่วไป[5]

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ได้เก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทยกลุ่มตัวอย่างอายุ 1 ปี-14 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน สำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาเด็กไทยด้านการเติบโตและภาวะโภชนาการ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสติปัญญาและสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในระยะยาว

วิธีเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลน้ำหนักคือ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล ยี่ห้อ Tanita® ซึ่งชั่งได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม เครื่องมือที่ใช้วัดส่วนสูงเป็นที่วัดส่วนสูงภาคสนามที่สร้างขึ้นเองโดยใช้สายวัดโลหะมาตรฐานวัดค่าเป็นเซนติเมตรได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้รับการอบรมวิธีการวัดมาตรฐาน ก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม และควบคุมคุณภาพด้วยการนิเทศและตรวจเช็คโดยผู้จัดการภาค

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตและการประเมินภาวะโภชนาการ

เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต เป็นค่าที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลน้ำหนักและความยาวหรือส่วนสูงจากเด็กที่ได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยบ่อยและสามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพตามพันธุกรรม (Full growth potential) ด้วยเครื่องมือวัดและวิธีการวัดมาตรฐาน จำนวนของเด็กแต่ละกลุ่มอายุและเพศมีจำนวนคนที่มากพอ ในรายงานนี้ใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่นๆ ของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี พ.ศ. 2542 ในการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ เกณฑ์อ้างอิงฯ นี้ เป็นชุดล่าสุดที่กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุขใช้ข้อมูลคัดเฉพาะเด็กที่มีโอกาสได้เติบโตเต็มศักยภาพ เพื่อให้เป็นมาตรฐานกลางของประเทศโดยเก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2538 - ตุลาคม พ.ศ. 2539 และตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 25426 และได้กำหนดจุดตัด (cut-off point) ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการไว้ดังนี้

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Height for Age) สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในอดีต จึงบ่งชี้ภาวะการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง จุดตัดคือ

สูงกว่าเกณฑ์	>+2 SD
ค่อนข้างสูง	>+1.5 SD ถึง +2 SD
ส่วนสูงตามเกณฑ์	-1.5 SD ถึง +1.5 SD
ค่อนข้างเตี้ย	<-1.5 SD ถึง -2 SD
เตี้ย	<-2 SD

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for Age) มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถแยกแยะการขาดสารอาหารแบบฉับพลันจากการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ เด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกัน จะถูกประเมินด้วยดัชนีตัวนี้ว่ามีภาวะโภชนาการระดับเดียวกันหมด จุดตัดคือ

น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	>+2 SD
น้ำหนักค่อนข้างมาก	>+1.5 SD ถึง +2 SD
น้ำหนักตามเกณฑ์	-1.5 SD ถึง +1.5 SD
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	<-1.5 SD ถึง -2 SD
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	<-2 SD

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height) สามารถแยกแยะภาวะโภชนาการการของเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันได้ จุดตัดคือ

อ้วน	>+3 SD
น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน	>+2 SD ถึง +3 SD
ท้วม	>+1.5 SD ถึง +2 SD
สมส่วน	-1.5 SD ถึง +1.5 SD
ค่อนข้างผอม	<-1.5 SD ถึง -2 SD
ผอม	<-2 SD

Waterlow[7] ได้แนะนำให้ใช้ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุร่วมกับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก เพื่อแยกแยะได้ว่าเด็กนั้นมีส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เตี้ยหรือเป็นไปตามเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์ และมีน้ำหนักที่สมส่วนกับส่วนสูงหรือไม่ สามารถประเมินระดับความรุนแรง และระดับความเรื้อรังของภาวะทุพโภชนาการได้

รายงานความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของนานาชาติปัจจุบันประเมินโดยใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เนื่องจาก BMI เป็นดัชนีที่ใช้วินิจฉัยภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับการวัดไขมันโดยตรงและเชื่อมโยงกับ obesity-related co-morbidities เพื่อให้การวัดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตจึงมีข้อแนะนำให้ใช้ BMI วินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วย แต่ BMI แปรตามอายุ เพศ เชื้อชาติและ pubertal stage จึงไม่สามารถใช้ค่าเดียวในการวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กได้

ปัจจุบันมีกราฟ BMI ของนานาชาติให้อ้างอิงอยู่ 2 ชุด ชุดแรกของ International Obesity Task Force (IOTF) ซึ่งใช้ข้อมูลรวม (pooled data) ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 2-18 ปีจาก 6 ประเทศ (บราซิล อังกฤษ ฮ่องกง เนเธอร์แลนด์ สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกา) พัฒนา BMI centile curves โดยอิง cut-points ของผู้ใหญ่คือ BMI 25 กก./ม.^{2} และ 30 กก./ม.^{2} ที่อายุ 18 ปี[8] ชุดที่สองขององค์การอนามัยโลกซึ่งใช้ฐานข้อมูล National Center for Health Statistics (NCHS)/WHO growth reference (อายุ 1-24 ปี) ค.ศ. 1977 ที่ปรับช่วงรอยต่อให้กลืนกับข้อมูลรวม (pooled data) ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจาก 6 ประเทศที่ดื่มนมแม่เป็นหลักและได้อาหารตามวัยที่เหมาะสม[9] จุดตัดสำหรับวินิจฉัยน้ำหนักเกินคือ >+1SD เท่ากับค่า BMI 25 กก./ม.^{2} ที่อายุ 19 ปี จุดตัดสำหรับวินิจฉัยโรคอ้วนคือ>+2SD เท่ากับค่า BMI 30 กก./ม.^{2} ที่อายุ 19 ปีข้อมูลความชุกน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กในปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ในรายงานนี้จึงจะเสนอความชุกที่ใช้ดัชนีมวลกายที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงของ IOTF ด้วย เพื่อให้เปรียบเทียบกับนานาชาติได้

การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2546

ระหว่าง พ.ศ. 2539-2546 มีการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศ 3 ครั้ง ได้แก่ การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40[10] การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544[11] และการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546[12] ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างและจำนวนเด็กตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 การสุ่มตัวอย่างของการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2539-2546

	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	**การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544**	**การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546**
วิธีการสุ่ม	Stratified three-stage sampling โดยใช้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปีเป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง	Stratified three-stage sampling	Stratified multistage (5 sampling โดยใช้ครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-5 ปีเป็นฐานในการสุ่มตัวอย่าง
จำนวนจังหวัด	ภาคละ 8 จังหวัดและ กทม. รวม 33 จังหวัด	ภาคละ 4 จังหวัดและ กทม. รวม 17 จังหวัด	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคอื่นภาคละ 2 จังหวัด รวม 10 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	0-5 ปี 3,400 คน 6-14 ปี 3,400 คน

ผลการสำรวจ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนสูงของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาที่ส่วนสูงของเด็กจะยังเพิ่มขึ้นได้อีกมาก หากเด็กได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เจ็บป่วยบ่อย ส่วนสูงของเด็กจึงป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้ชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศได้

แม้สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงผกผันอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2552 เด็กไทยก็ยังมีส่วนสูงเพิ่มขึ้น เด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 3.6 ซม. (พิสัย 1.3-5.3 ซม.) เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 4 ซม. (พิสัย 2.4-6.1 ซม.) (ตารางที่ 8.2 และ 8.3)

ตารางที่ 8.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กหญิงไทยจากพ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
2	84.0	83.0	88.3
3	92.0	91.6	96.2
4	100.0	99.7	103.1
5	106.0	106.3	109.4
6	113.0	111.8	115.8
7	118.0	117.6	122.0
8	124.0	123.4	126.8
9	129.0	129.7	133.2
10	134.0	134.8	138.5
11	142.0	141.0	145.6
12	147.0	147.0	151.1
13	-	151.8	153.1
14	-	154.3	155.8

ตารางที่ 8.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงของเด็กชายไทยจากพ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
2	85.5	84.5	89.9
3	94.0	92.5	98.6
4	101.0	100.8	104.5
5	107.0	107.1	110.4
6	115.0	113.4	116.0
7	118.0	118.9	122.3
8	124.0	123.1	126.4
9	130.0	128.7	131.1
10	133.0	133.3	137.2
11	138.0	138.5	142.7
12	144.0	143.4	148.2
13	-	151.4	156.6
14	-	157.6	161.8

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กไทยจากพ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2552 เด็กหญิงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.05 กก. เด็กชายน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2 กก. โดยทั้งเด็กชายและเด็กหญิงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กก.ที่อายุตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 8.4 และ 8.5)

ตารางที่ 8.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กหญิงไทยจากพ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552

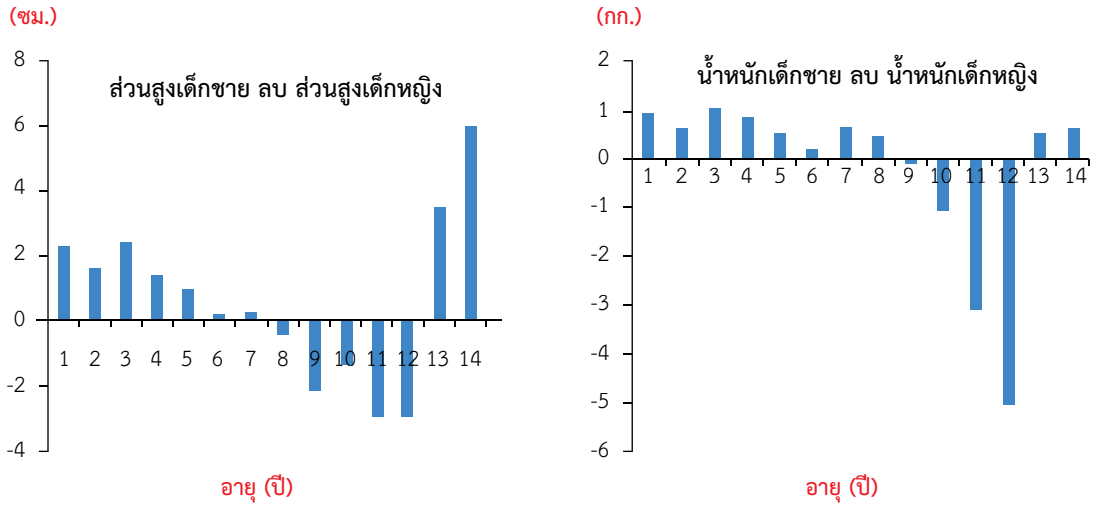
อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
1	8.7	9.7	10.7
2	11.0	11.6	13.0
3	13.0	13.3	14.6
4	14.8	15.5	16.0
5	16.0	17.1	18.3
6	19.0	19.0	20.3
7	20.0	20.8	23.3
8	23.0	23.7	25.9
9	25.2	27.7	30.4
10	29.0	30.4	32.5
11	35.0	34.9	38.3
12	37.0	39.5	43.8
13	-	44.3	45.7
14	-	46.8	50.2

ตารางที่ 8.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเด็กชายไทยจากพ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2552

อายุ (ปี)	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-40	การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544	การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
1	10.0	10.2	11.8
2	12.0	12.1	13.4
3	14.0	14.1	15.8
4	15.0	16.0	17.2
5	16.5	17.9	19.0
6	19.0	19.8	20.7
7	21.0	22.4	24.4
8	23.0	23.9	25.9
9	25.0	26.7	28.7
10	27.5	30.3	33.1
11	30.0	33.4	37.2
12	35.0	37.1	40.5
13	-	43.0	46.6
14	-	46.6	51.6

ในการสำรวจครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า ช่วงอายุ 1-7 ปีเด็กชายมีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิง ตั้งแต่อายุ 8 ปีขึ้นไปเด็กหญิงมีการเติบโตเร็ว (growth spurt) กว่าเด็กชาย จนถึงอายุ 13 ปีเด็กชายกลับมามีส่วนสูงมากกว่าเด็กหญิงอย่างชัดเจน โดยที่อายุ 14 ปี วัยรุ่นชายมีส่วนสูงเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นหญิง 6 ซม. สำหรับน้ำหนักเด็กชายมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงเพียงเล็กน้อยไม่ถึง 1 กก. ยกเว้นช่วงอายุ 9-13 ปีที่เด็กหญิงมีน้ำหนักสูงกว่าเด็กชายมาก (รูปที่ 8.1)

รูปที่ 8.1 เปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักระหว่างชายและหญิงในการสำรวจครั้งนี้



ภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2551-2

ภาวะส่วนสูง/ความยาวตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้ คาดประมาณว่าเด็กไทยอายุ 1-14 ปี 520,000 คนหรือร้อยละ 4.4 เตี้ยกว่าเกณฑ์ การศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า เด็กที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรง (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-3 SD) ในช่วง 2 ขวบปีแรกมีคะแนนเชาวน์ปัญญาที่อายุ 9 ปีต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแคระแกร็นถึง 10 จุด (95% CI 2.4–17.5)[13] เป็นผลให้เด็กกลุ่มนี้มีปัญหาการเรียนทั้งจากการเข้าเรียนช้า หยุดเรียนบ่อยและตกซ้ำชั้น[14] การวิเคราะห์ข้อมูล birth cohorts ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง 5 ประเทศ (กัวเตมาลา บราซิล ฟิลิปปินส์ แอฟริกาใต้ และอินเดีย)[15] พบเช่นกันว่า หากส่วนสูงในวัย 2 ปีแรกเพิ่มขึ้น 1 หน่วยของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ประมาณ 3 ซม.) จะมีรายได้ในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และมีทรัพย์สินในบ้านมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการสำรวจครั้งนี้คาดประมาณว่า มีเด็กไทยอายุต่ำกว่า 2 ปี 18,000 คน หรือร้อยละ 2.4 ที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรงซึ่งเสี่ยงต่อการมีสติปัญญาต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะส่วนสูงตามอายุกับระดับสติปัญญาของเด็กอายุ 6-14 ปีพบว่าค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาแปรตามภาวะส่วนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่เตี้ยและเด็กค่อนข้างเตี้ยมีค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาไม่ต่างกัน เด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์มีค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่า 90 (ตารางที่ 8.6)

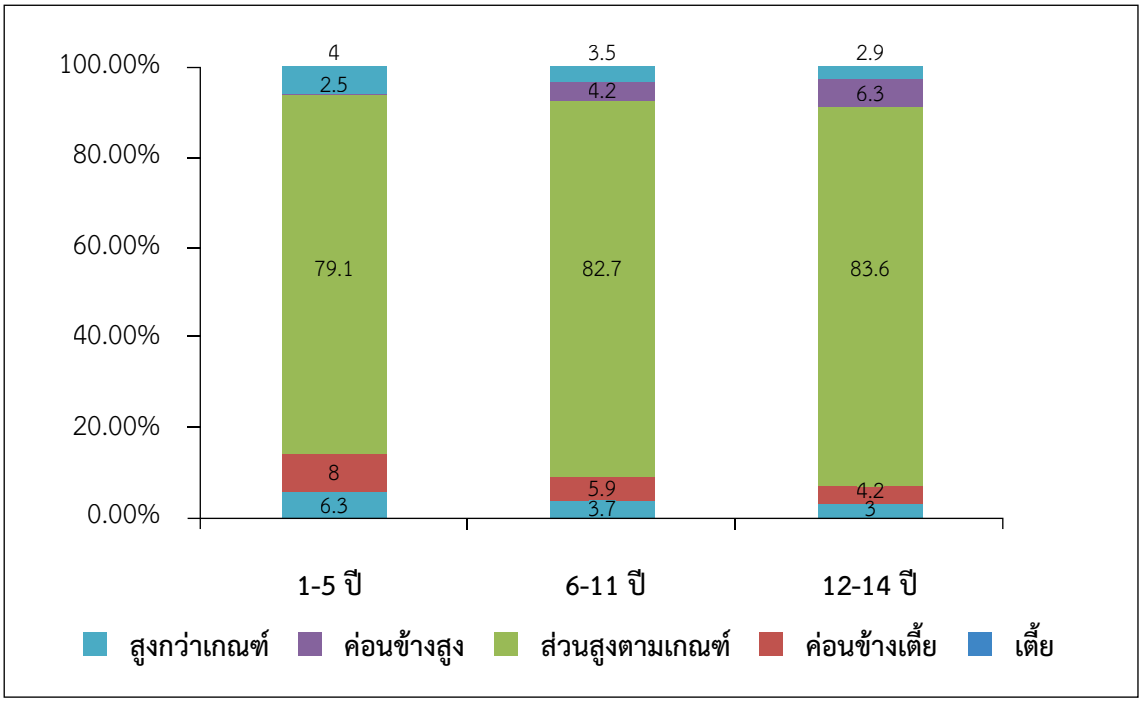
ตารางที่ 8.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กอายุ 6-14 ปีที่มีภาวะส่วนสูงตามอายุระดับต่างๆ

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	จำนวน (คน)	ระดับเชาวน์ปัญญา	
		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เตี้ย	219	88.5	15.5*
ค่อนข้างเตี้ย	318	88.9	12.8
ส่วนสูงตามเกณฑ์	4,930	91.6	14.2*
ค่อนข้างสูง	303	92.8	15.6*
สูงกว่าเกณฑ์	218	93.2	16.3*

สถิติ : ANOVA, *P-value <0.01

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กอายุ 1-5 ปีมีความชุกของภาวะเตี้ยสูงสุด (ร้อยละ 6.3) สูงเป็น 2 เท่าของเด็กวัยอื่น ในขณะที่ก็มีความชุกของเด็กส่วนสูงกว่าเกณฑ์มากกว่าเด็กวัยอื่นเช่นกัน รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี และ 12-14 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 8.2) กลุ่มอายุ 12-14 ปี มีเด็กสูงตามเกณฑ์มากที่สุด

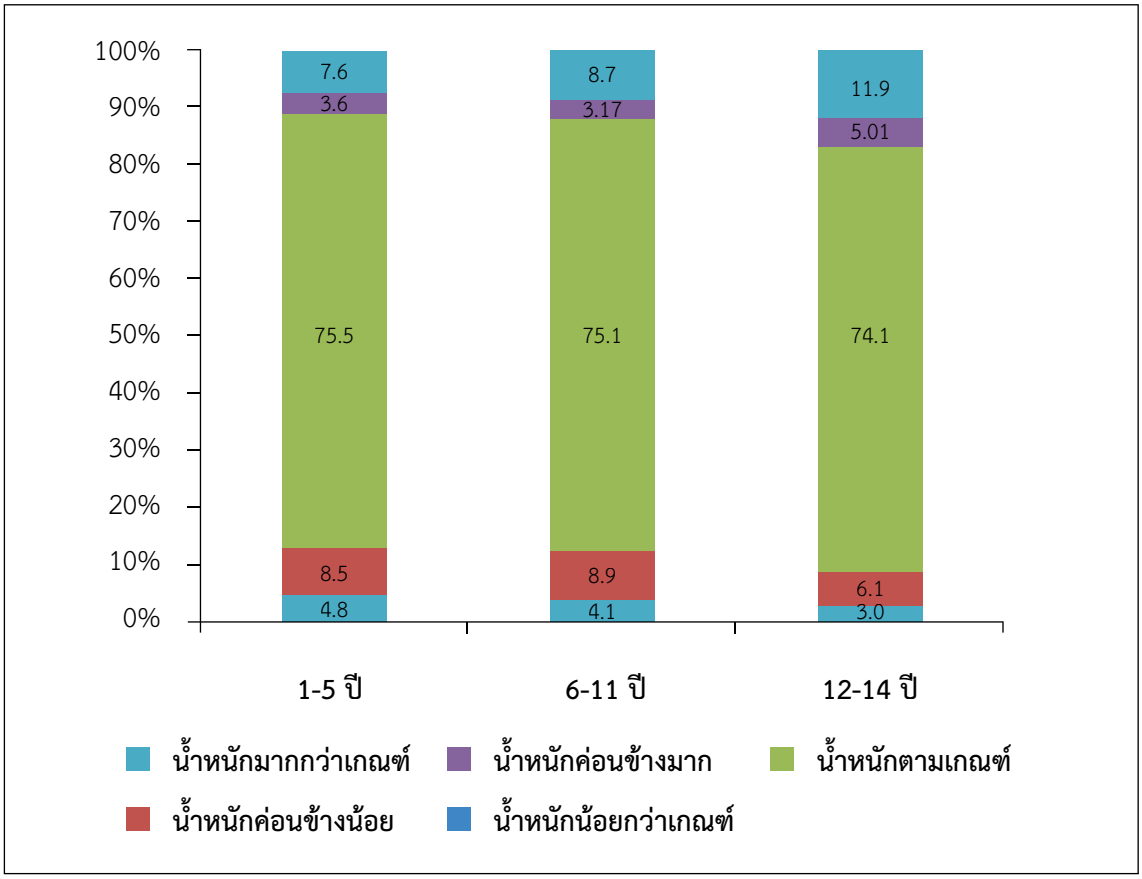
รูปที่ 8.2 เปรียบเทียบภาวะส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี 6-11 ปี และ 12-14 ปี



ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 480,000 คนหรือร้อยละ 4.1 มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เด็กที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ หากได้รับอาหารที่มีคุณค่าโภชนาการจะมีระดับเชาวน์ปัญญาในวัยผู้ใหญ่สูงกว่ากลุ่มที่ได้อาหารไม่เหมาะสมใน 3 ขวบปีแรกถึง 3.46 จุด (95% CI 1.26–8.18)[16] นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กทำให้ผลผลิตมวลรวมประชาชาติของประเทศลดลงได้ถึงร้อยละ 2-3[15]

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์สูงกว่าภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ สำหรับดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกภาวะน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์สูงกว่าเด็กวัยอื่น (ร้อยละ 11.7) ในขณะที่มีความชุกของน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ต่ำสุด (ร้อยละ 3) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี และ 1-5 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 8.3) ทุกกลุ่มอายุมีเด็กน้ำหนักตามเกณฑ์พอๆ กัน

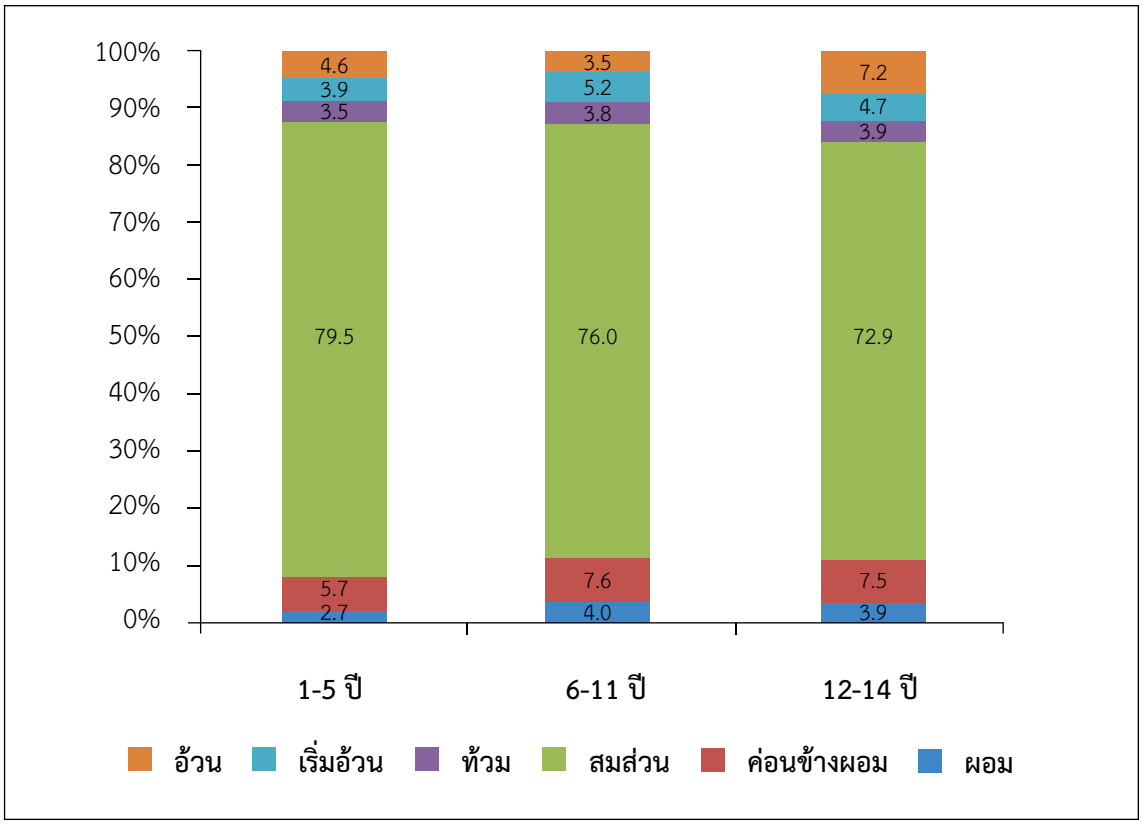
รูปที่ 8.3 เปรียบเทียบภาวะ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุของเด็กอายุ 1-5 ปี 6-11 ปี และ 12-14 ปี



ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ในการสำรวจครั้งนี้เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 540,000 คนหรือร้อยละ 4.7 มีน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน และอีก 540,000 คนหรือร้อยละ 4.6 อ้วน เด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบสูงขึ้นมากในช่วง 20 ปีนี้ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็ยังคงอ้วนทำให้เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีการประมาณว่าโรคอ้วนจะเป็นภาระกับผลผลิตมวลรวมของประเทศที่กำลังพัฒนาสูงถึงร้อยละ 1.1-2.1 ซึ่งหากไม่รีบแก้ไข ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนนี้อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้[17]

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัย เด็กทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วนสูงกว่าภาวะผอม เด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงสุด (ร้อยละ 11.9) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 8.7) และ 1-5 ปี (ร้อยละ 8.5) ตามลำดับ กลุ่มอายุ 1-5 ปีมีเด็กสมส่วนมากที่สุด (รูปที่ 8.4)

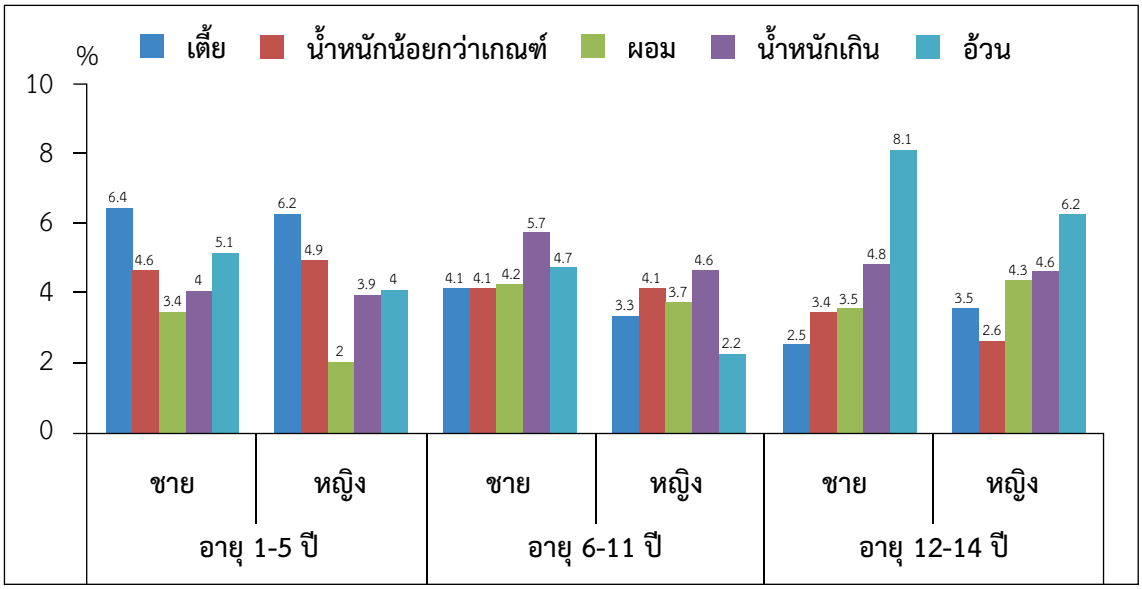
รูปที่ 8.4 เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 1-5 ปี 6-11 ปี และ 12-14 ปี



เปรียบเทียบระหว่างเพศ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ เด็กชายทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงกว่าเด็กหญิงเด็กชายมีความชุกของเด็กผอมสูงกว่าเด็กหญิงในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและ 6-11 ปี ในขณะที่มีความชุกของน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์พอๆ กันในกลุ่มอายุ 1-5 ปีและ 6-11 ปี แต่น้อยกว่าในกลุ่มอายุ 12-14 ปี เด็กชายมีความชุกของภาวะผอมและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ต่ำกว่าเด็กหญิงในกลุ่มอายุ 12-14 ปี สำหรับภาวะเตี้ย ในกลุ่มอายุ 1-5 ปี เด็กชายมีความชุกพอๆ กับเด็กหญิง มีความชุกสูงกว่าเด็กหญิงในกลุ่มอายุ 6-11 ปี แต่ต่ำกว่าเด็กหญิงในกลุ่มอายุ 12-14 ปี (รูปที่ 8.5)

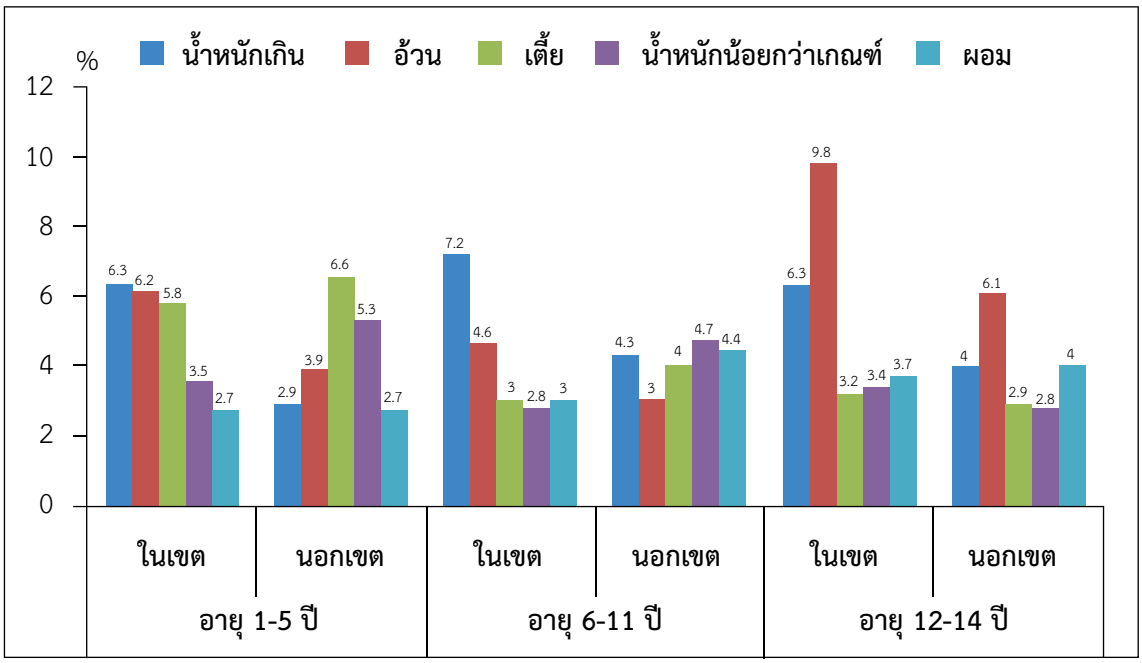
รูปที่ 8.5 เปรียบเทียบความชุกของปัญหาเตี้ย น้ำหนักน้อย ผอม น้ำหนักเกินและอ้วน จำแนกตามวัยและเพศ



เปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง เด็กในเขตมีความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล 1.6-1.8 เท่า โดยวัยรุ่นอายุ 12-14 ปีที่อยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันสูงถึงร้อยละ 16.1 เด็กนอกเขตเทศบาลมีความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อย ผอมและเตี้ยกว่าเกณฑ์สูงกว่าเด็กในเขต ยกเว้นกลุ่มอายุ 12-14 ปีที่ในเขตมีความชุกของปัญหาน้ำหนักน้อยและเตี้ยกว่าเกณฑ์สูงกว่านอกเขตเล็กน้อย (รูปที่ 8.6)

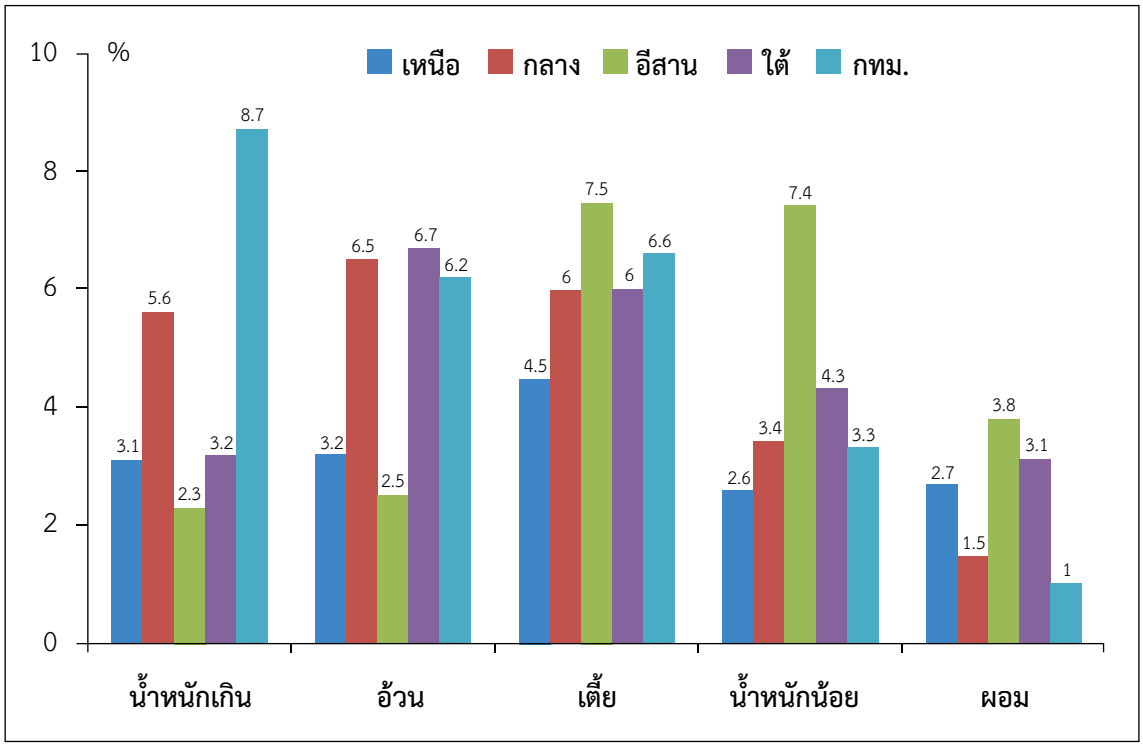
รูปที่ 8.6 เปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอม จำแนกตามวัยและเขตการปกครอง



เปรียบเทียบระหว่างภาค

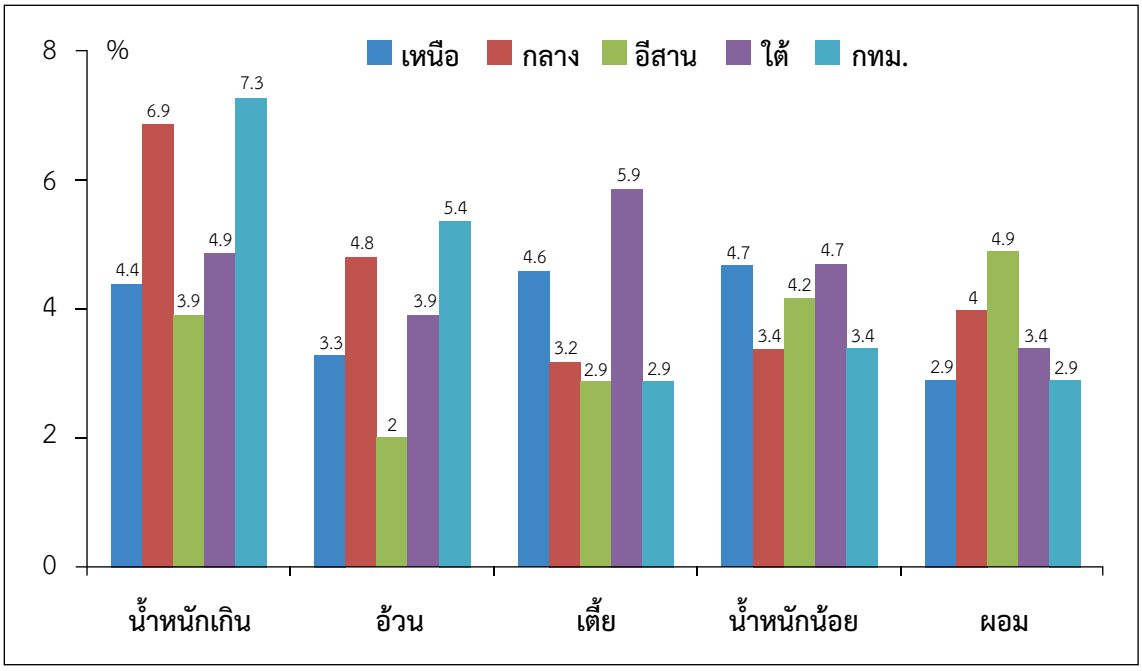
เมื่อเปรียบเทียบแยกตามภาคในกลุ่มเด็กอายุ 1-5 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นภาคที่มีความชุกของเด็กโภชนาการพร่อง คือ ผอม เตี้ยและน้ำหนักน้อยสูงสุด ภาคใต้มีความชุกของเด็กเตี้ยและอ้วนสูงพอกัน โดยมีความชุกของเด็กอ้วนสูงพอๆ กับภาคกลางและกทมฯ ความชุกของเด็กเริ่มอ้วนสูงถึงร้อยละ 8.7 ในเด็กกทมฯ (รูปที่ 8.7)

รูปที่ 8.7 เปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอม ของเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปีจำแนกตามภาค



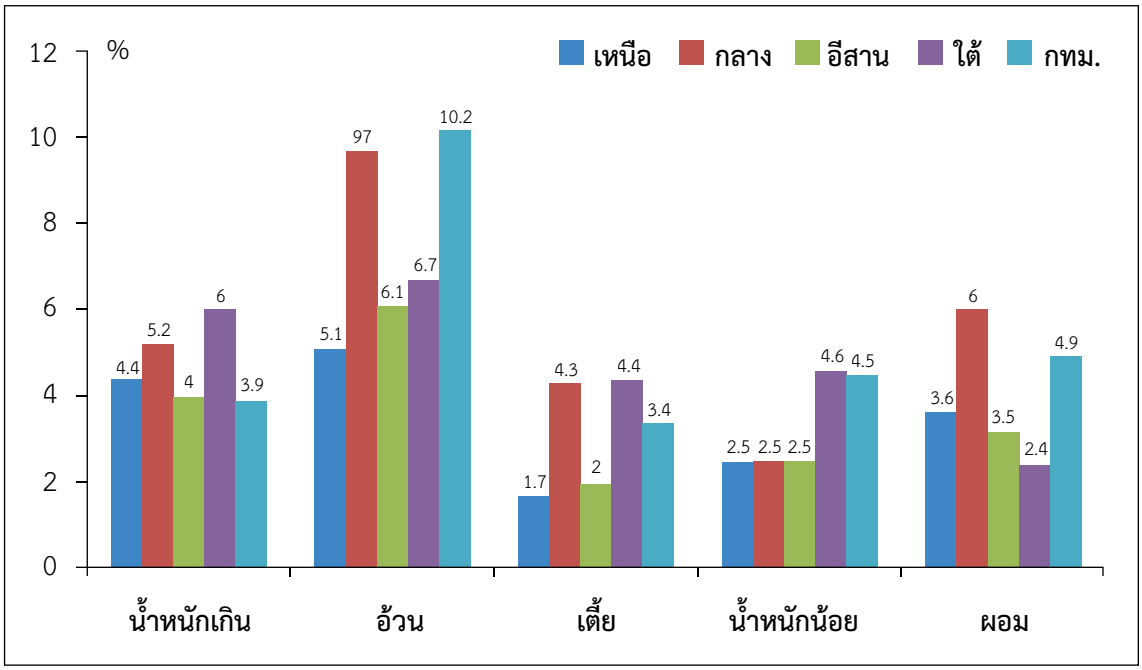
สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี กทมฯมีความชุกเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุดเช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 1-5 ปี รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ สำหรับภาวะโภชนาการพร่องในส่วนของภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์ ภาคใต้มีความชุกของเด็กเตี้ยสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ ภาคกลาง และกทมฯ ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์สูงสุดที่ภาคใต้และภาคเหนือพอๆ กัน รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกทมฯ และภาคกลางมีความชุกเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์พอๆ กัน สำหรับภาวะผอม ความชุกสูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคใต้ กทมฯ และภาคเหนือตามลำดับ (รูปที่ 8.8)

รูปที่ 8.8 เปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมของเด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี จำแนกตามภาค



ในกลุ่มเด็กอายุ 12-14 ปี กทมฯมีความชุกเด็กอ้วนสูงมากถึงร้อยละ 10.2 และน้ำหนักเกินร้อยละ 3.9 รวมแล้วสูงสุดในประเทศ รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ สำหรับภาวะโภชนาการพร่อง ภาคใต้และภาคกลางมีความชุกของเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์สูงพอๆ กัน รองลงมาคือ กทมฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ภาคใต้มีความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์สูงสุดใกล้เคียงกับกทมฯ ส่วนภาคอื่นที่เหลือมีความชุกเท่ากัน ในขณะที่ภาวะผอมของเด็กอายุ 12-14 ปีมีมากสุดที่ภาคกลาง รองลงมาคือ กทมฯ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ (รูปที่ 8.9)

รูปที่ 8.9 เปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน เตี้ย น้ำหนักน้อย และผอมของเด็กกลุ่มอายุ 12-14 ปีจำแนกตามภาค



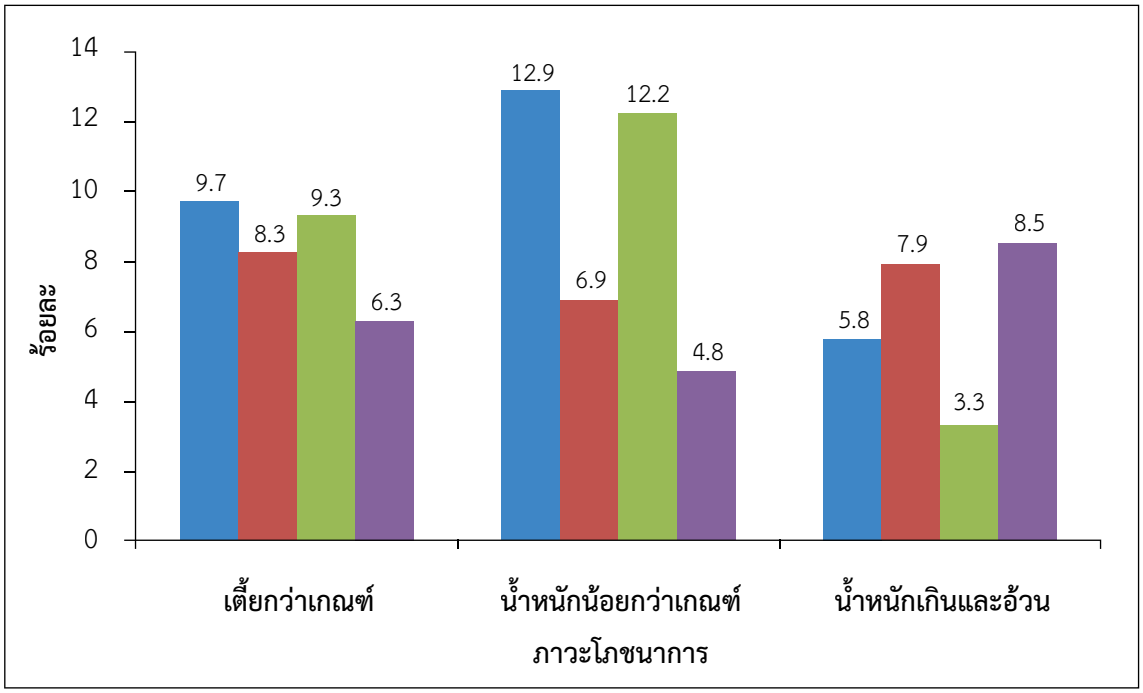
แนวโน้มภาวะโภชนาการของเด็กไทยในรอบ 14 ปีที่ผ่านมา

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในรอบ 14 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มพบเด็กภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ในขณะที่พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น

ในกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี มีข้อมูลที่ใช้เกณฑ์อ้างอิงเดียวกันให้เปรียบเทียบย้อนหลังได้ 14 ปี[10-12] แม้อาจมีข้อจำกัดที่กรอบการสุ่มไม่เหมือนกันบ้าง แต่ก็พอเปรียบเทียบได้ว่า ประเทศไทยสามารถลดภาวะโภชนาการพร่องได้อย่างน่าพอใจ ความชุกของภาวะเตี้ยเปลี่ยนแปลงไม่มากในช่วง พ.ศ. 2538-2546 แต่ลดลงอย่างชัดเจนในช่วง 6 ปีหลังเหลือเพียงร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับลดลงได้หนึ่งในสาม ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดได้มากกว่าภาวะเตี้ย จากปี พ.ศ. 2538 ถึง 2544 ความชุกลดลงได้ครึ่งหนึ่ง แต่ในปี พ.ศ. 2546 ความชุกกลับพุ่งสูงขึ้นไปเท่ากับเมื่อปี พ.ศ. 2538 ซึ่งน่าเป็นจากกรอบการสุ่มที่ไม่เหมือนกัน ในการสำรวจล่าสุดครั้งนี้ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลงได้ถึงสองในสามของเมื่อ 14 ปีที่แล้วเหลือเพียงร้อยละ 4.8 (รูปที่ 8.10)

ในขณะที่ปัญหาขาดสารอาหารลดลง ปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนกลับพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2539-2540 เป็นร้อยละ 8.5 ในปี พ.ศ. 2551-2 เท่ากับเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าหรือร้อยละ 150 ในรอบ 14 ปี (รูปที่ 8.10) อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่รวมผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 ที่ไม่ไปในทางเดียวกับการสำรวจระดับประเทศที่เหลือ จะเห็นว่าความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กปฐมวัยมีอัตราการเพิ่มที่ช้าลงในช่วง 6 ปีหลัง

รูปที่ 8.10 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กปฐมวัยไทยระหว่าง พ.ศ. 2538-2552 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

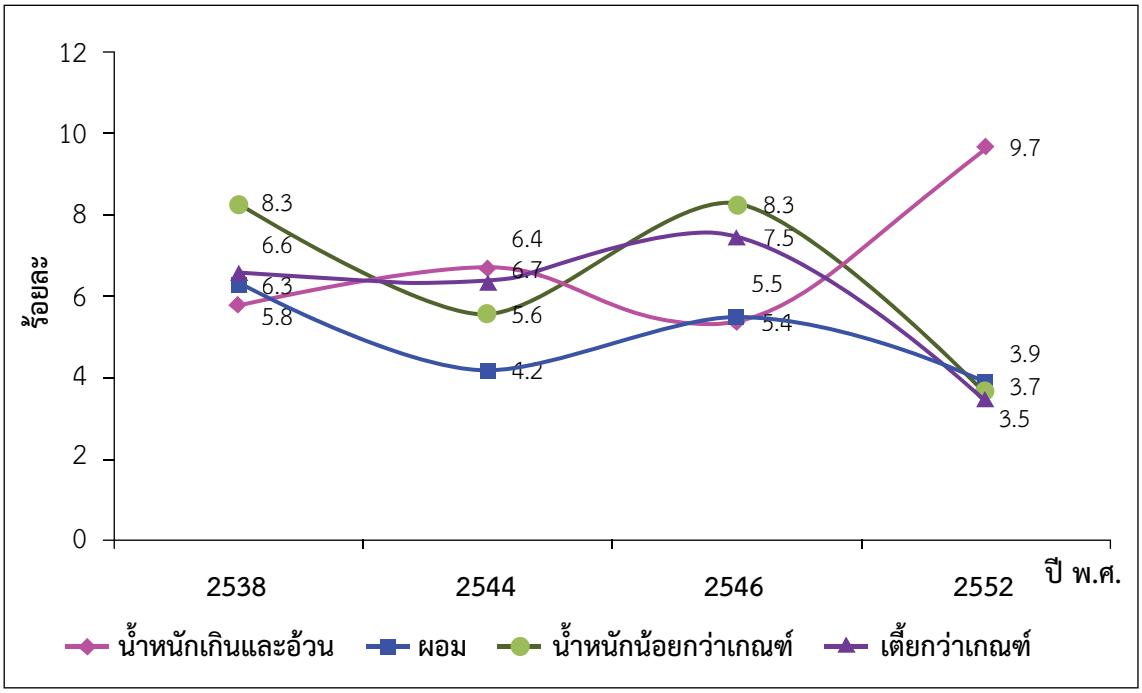


ตารางที่ 8.7 แนวโน้มความชุกของภาวะเตี้ย น้ำหนักเกิน และอ้วน ในเด็กไทย ปี พ.ศ. 2538, 2544, 2546 และ 2552

ปัญหาโภชนาการ	การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538[10]	โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544[11]	การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546[12]	การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
เตี้ยกว่าเกณฑ์	9.7	8.3	9.3	6.3
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	12.9	6.9	12.2	4.8
น้ำหนักเกินและอ้วน	5.8	7.9	3.3	8.5

จากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กระดับประเทศในรอบ 14 ปีที่ผ่านมา[10-12] ในเด็กอายุ 6-14 ปีก็เช่นกัน การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546[12] ให้ค่าความชุกที่ไม่ไปในทางเดียวกับการสำรวจระดับประเทศอีก 3 ครั้ง จากการเปรียบเทียบผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 จะเห็นแนวโน้มเช่นเดียวกับกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 1-5 ปี คือ ปัญหาโภชนาการพร่องลดลง ปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนกลับพบเพิ่มขึ้น (รูปที่ 8.11) ความชุกของปัญหาเด็กเตี้ยกว่าเกณฑ์ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของเมื่อ 14 ปีที่แล้ว และมีความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเพียงเล็กน้อยในขณะที่ความชุกของน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลงได้ร้อยละ 60 และความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล 1.4 เท่า (ตารางที่ 8.8)

รูปที่ 8.11 ภาวะโภชนการของเด็กวัยเรียนไทย ปี พ.ศ. 2538-2552 จากการสำรวจต่างๆ

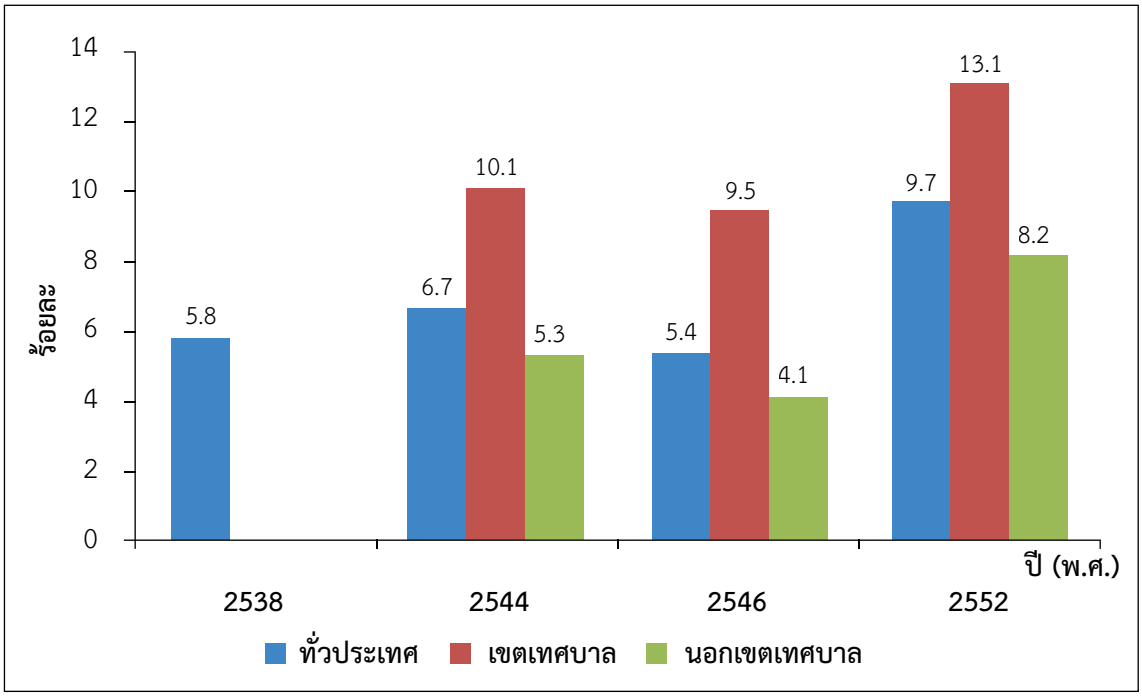


ตารางที่ 8.8 การเปลี่ยนแปลงภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์ (stunted) น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (underweight) และน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียนไทยระหว่าง พ.ศ. 2538-2552 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542

ภาวะโภชนาการ	การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538[10]	โครงการพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544			การสำรวจภาวะอาหารและโภชนการฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546			การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2		
	อายุ 6-12 ปี	อายุ 6-12 ปี			อายุ 6-14 ปี			อายุ 6-14 ปี		
	ทั่วประเทศ	ทั่วประเทศ	เขตเมือง	เขตชนบท	ทั่วประเทศ	เขตเมือง	เขตชนบท	ทั่วประเทศ	เขตเมือง	เขตชนบท
น้ำหนักเกินและอ้วน	5.8	6.7	10.1	5.3	5.4	9.5	4.1	9.7	13.1	8.2
ผอม	6.3	4.2	4.0	5.1	5.5	5.1	5.6	3.9	3.2	4.3
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	8.7	5.6	4.4	6.6	8.3	6.8	8.7	3.7	2.9	4.1
เตี้ยกว่าเกณฑ์	6.6	6.4	4.1	7.9	7.5	7.0	7.6	3.5	3.1	3.7

ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กอายุ 6-14 ปี เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าในรอบ 14 ปี เด็กนอกเขตเทศบาลมีความชุกเพิ่มขึ้น (เพิ่ม 1.5 เท่า) มากกว่าเด็กในเขตเทศบาล (เพิ่ม 1.3 เท่า) ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งนี้พบเด็กมีน้ำหนักเกินและอ้วนเป็น 2.5 เท่าของเด็กผอม จากเดิมเมื่อ 8 ปีก่อนที่แตกต่างกัน 1.6 เท่าและเมื่อ 14 ปีก่อนที่มีเด็กผอมมากกว่าเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนเล็กน้อย (รูปที่ 8.12)

รูปที่ 8.12 ความชุกน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กอายุ-14 ปี พ.ศ. 2538-2552



เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนกับนานาชาติ

จากข้อมูลความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กของประเทศต่างๆ ที่ใช้เกณฑ์อ้างอิง BMI ของ International Obesity Task Force (IOTF)[18] ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการสำรวจเมื่อประมาณ 6-13 ปีที่แล้ว ประเทศไทยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศตะวันตกและประเทศในอเมริกาใต้ สำหรับประเทศในเอเชีย ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของประเทศไทยใกล้เคียงกับประเทศที่มีระดับรายได้สูง

ข้อมูลที่เป็นการสำรวจเด็กกลุ่มอายุเดียวกันในช่วงเวลาใกล้เคียงกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 เป็นข้อมูลของประเทศออสเตรเลียและประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อเปรียบเทียบกันประเทศไทยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กชายใกล้เคียงกับประเทศสวิตเซอร์แลนด์และมีความชุกในเด็กหญิงสูงกว่าเล็กน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศออสเตรเลีย ประเทศไทยมีความชุกในเด็กหญิงเป็นครึ่งหนึ่งและความชุกในเด็กชายประมาณสองในสาม

ตารางที่ 8.9 ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กในประเทศต่างๆ ที่ใช้เกณฑ์อ้างอิง BMI ของ International Obesity Task Force (IOTF)

ประเทศ	ปี พ.ศ.	กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย	หญิง
ทวีปเอเชีย				
ญี่ปุ่น	2539-2543	6-14	16.2	14.3
จีน	2542-3	11 และ 15	14.9	8.0
ไต้หวัน	2544	6-18	26.8	16.5
ศรีลังกา	2546	10-15	1.7	2.7
เกาหลี	2546	7-17	16.1	9.9
ประเทศไทย	**2551-2**	**2-5**	**13.2**	**13.2**
		6-14	**16.7**	**15.2**
ทวีปออสเตรเลีย				
ออสเตรเลีย	2550	9-13	25.0	30.0
เนเธอร์แลนด์	2546	5-16	14.7	18
ทวีปยุโรป				
ไอร์แลนด์เหนือ	2548	2-15	27	26
อังกฤษ	2548	5-17	29	29.3
ฝรั่งเศส	2549	11-17	21.6	16.5
สวิตเซอร์แลนด์	2550	6-13	16.7	13.1
ทวีปอเมริกาใต้				
เม็กซิโก	2549	5-17	30.5	31.5
ทวีปอเมริกาเหนือ				
สหรัฐอเมริกา	2546-7	6-17	35.1	36
แคนาดา	2547	12-17	32.3	25.8

บทสรุป

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 แสดงว่าเด็กไทยมีการเติบโตทางกายและภาวะโภชนาการดีขึ้น ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 ซม. ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญทั้งภาวะโภชนาการพร่องและภาวะโภชนาการเกิน แม้ว่าภาวะเตี้ยและภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์จะลดลงตามลำดับ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 6-14 ปี แต่บางภาคความชุกก็ยังสูงกว่าร้อยละ 5 และในเด็กอายุ 1-5 ปี ความชุกของภาวะเตี้ยยังลดลงช้ากว่าความชุกของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ความชุกของภาวะเตี้ยบางภาคสูงร้อยละ 7.5 เมื่อรวมกันแล้วใน พ.ศ. 2551-2 เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 520,000 คนมีภาวะเตี้ยและ 480,000 คนมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพไม่แข็งแรง และมีเด็กไทยอายุต่ำกว่า 2 ปี 18,000 คนที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรงเสี่ยงต่อระดับเชาวน์ปัญญาต่ำในวัยผู้ใหญ่ บั่นทอนคุณภาพประชากรในอนาคต

โรคอ้วนกำลังเป็นภัยคุกคามใหม่ของเด็กไทยเข้าขั้นอันตราย ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเด็กในเขตชนบทเริ่มพบปัญหานี้เพิ่มขึ้น เด็กไทยอายุ 1-14 ปี 540,000 คน มีน้ำหนักเกินและอีก 540,000 คนอ้วน ในจำนวนนี้ 135,000 คนเสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาอ้วนในเด็กนี้จะส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่ เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่อาจกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน โดยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องบูรณาการทุกระดับด้วยมาตรการในการป้องกันควบคุม คัดกรองและบำบัดรักษา ที่ครอบคลุมกลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกายและปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การแก้ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังมีความท้าทาย ที่ต้องระวังไม่ให้ส่งผลสะท้อนกลับให้ปัญหาโภชนาการพร่องในเด็กบางกลุ่มกลับรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Hedley AA, Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. JAMA 2004;291:2847-50.
2. 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.
3. Chinn S, Hughes JM, Rona RJ. Trends in growth and obesity in ethnic groups in Britain. Arch Dis Child 1998;78:513-7.
4. Sungthong R, Mo-suwan L, Chongsuvivatwong C. Secular increase in weight, height and body mass index among school children of Hat Yai, Thailand: a 5 years follow-up study. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1999;30:532-8.
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. อาหารและโภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: ต้นกำเนิดของสุขภาพและโรคในระยะยาว. ใน: อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, นลินี จงวิริยะพันธุ์, สุภาพรรณ ตันตราชีวธร, บรรณาธิการ. โภชนาการในเด็ก ความรู้สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด, 2552:1-33.
6. กองโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย พ.ศ. 2542.
7. Waterlow JC. Note on the assessment and classification of protein-energy malnutrition in children. Lancet 1973;2:87-9.
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. WHO. The WHO Child Growth Standards, 2008. Avaiable from: URL: http://www.who.int/childgrowth/en/
10. กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540.
11. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, นิชรา เรืองดารกานนท์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, กัลยา นิติเรืองจรัส, จิราพร ชมพิกุล, และคณะวิจัยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. เด็กไทยวันนี้ เป็นอยู่อย่างไร. หาดใหญ่: ลิมบราเดอร์สการพิมพ์จำกัด, 2547.
12. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2549.
13. Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black M. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. Lancet 2002;359:564-71.
14. Mendez MA, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. J Nutr 1999;129:1555-62.
15. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, al. e. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet 2008;371:340-57.

16. Stein AD, Wang M, DiGirolamo A, Grajeda R, Ramakrishnan U, Ramirez-Zea M, Yount K, Martorell R. Nutritional supplementation in early childhood, schooling, and intellectual functioning in adulthood: a prospective study in Guatemala. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:612-8.
17. Mo-suwan L. Childhood Obesity: An Overview. Siriraj Med J 2008;60:37-40.
18. International Obesity Task Force. International Obesity Task Force Prevalence Data: Global childhood overweight, 2009.