

การจัดการภาวะอ้วนในเด็ก

กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

สถานการณ์ภาวะอ้วนในเด็ก (WHO ๒๕๕๗)

จำนวนทารกและเด็กเล็ก (อายุ ๐-๕ ปี) ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เพิ่มขึ้นจาก ๓๒ ล้านคนทั่วโลก ใน ปี ๒๕๓๓ เป็น ๔๒ ล้านคน ปี ๒๕๕๖ ในส่วนของ WHO ภูมิภาคแอฟริกา เพียงภูมิภาคเดียว พบจำนวนภาวะเริ่มอ้วนหรืออ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นจาก ๔ เป็น ๙ ล้านคน ในช่วงเวลาเดียวกัน ส่วนใหญ่ของเด็กที่มีปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วน อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่อัตราการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วน พบร้อยละ ๓๐ ในประเทศพัฒนาแล้ว ถ้าแนวโน้มปัจจุบันดำเนินต่อไป จะพบทารกและเด็กเล็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เพิ่มขึ้นเป็น ๗๐ ล้าน ในปี ๒๕๖๘ ถ้าไม่มีมาตรการใดๆ ทารกและเด็กเล็กที่อ้วน จะโตเป็นเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่อ้วนต่อไป ภาวะอ้วนในเด็ก ส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิดถึง อายุ ๖ เดือน เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยป้องกันทารกจากภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

สถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กไทย

ปัจจุบัน ภาวะโภชนาการยังคงเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะในเด็กปฐมวัย (เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี) ทั้งโภชนาการเกิน น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (เริ่มอ้วนและอ้วน) และภาวะโภชนาการขาด(ผอม) น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน จากข้อมูลจากระบบรายงาน๒๑/๔๓ แฟ้ม ในปี ๒๕๕๓ พบว่า ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ผอม เตี้ย และอ้วน เป็นร้อยละ ๑๐.๒ ๘.๒ ๒๑.๐ และ ๑๓.๐ ตามลำดับ ซึ่งในปี ๒๕๕๗ ลดลงจากเดิม เป็นร้อยละ ๕.๑ ๖.๒ ๑๑.๑ และ ๙.๙ ตามลำดับ สำหรับเด็กวัยเรียนที่มีอายุ ๖-๑๘ ปี มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ผอม เตี้ย และอ้วน โดยในปี ๒๕๕๓ พบร้อยละ ๑๑.๔ ๖.๓ ๒๐.๐ และ๑๓.๗ ตามลำดับ และในปี ๒๕๕๗ ลดลงจากเดิม เป็นร้อยละ ๕.๒ ๕.๒ ๗.๕ และ ๙.๕ ตามลำดับ ซึ่งเมื่อแยกเปรียบเทียบเป็นรายภาค จะพบว่า ภาคใต้มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์สูงสุด ถึงร้อยละ ๖.๑ แต่เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์น้ำหนักต่ออายุ จะพบว่า ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะผอมสูงสุดถึงร้อยละ ๕.๕ ส่วนภาคใต้ มีภาวะเตี้ยสูงสุด ร้อยละ ๙.๑ และภาคกลางมีภาวะอ้วนสูงสุด ร้อยละ ๑๒.๓

มาตรการระดับโลก ต่อการจัดการปัญหาภาวะอ้วน (WHO response)

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ (๒๐๑๒ World Health Assembly) ประเทศสมาชิกได้รับข้อตกลงที่จะดำเนินการมุ่งสู่การไม่ให้มีภาวะอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งใน ๖ ข้อของเป้าหมายโลกด้านโภชนาการ (Six global nutrition targets) เพื่อที่จะพัฒนาภาวะโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็ก ที่ได้ตั้งเป้าหมายให้สำเร็จภายในปี ๒๕๖๘
- ๒ ปี ถัดมา คือ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ (๒๐๑๔ World Health Assembly) มีการรับข้อตกลงของ Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases ๒๐๑๓-๒๐๒๐ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๖- ๒๕๖๓) ซึ่งแผนการดำเนินงานมุ่งไปสู่เป้าหมายของ ๙ ตัวชี้วัดด้านโรคไม่ติดต่อ (๙ global NCD targets) ที่ต้องทำให้สำเร็จภายในปี ๒๕๖๘ และหนึ่งในนั้น คือ การหยุดอัตราการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และผู้ใหญ่

สิ่งที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในทารกและเด็กเล็ก

- สิ่งแวดล้อมที่เด็กเกิดและโตมา สัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ในระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้เพิ่มน้ำหนักแรกคลอดของทารก และความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในอนาคต
- การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (healthy food) สำหรับทารกและเด็กเล็ก เป็นสิ่งสำคัญ เพราะความชอบและการติดในรสอาหารจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของชีวิต การเลี้ยงทารกด้วยอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือ สูง จะเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนในวัยเด็ก รวมถึงการโฆษณาถึงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ส่งผลต่อการเด็กได้รับอาหารที่เกินพอ ชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบัน รวมถึงการสังคมมีลักษณะเป็นเขตเมือง ทำให้โอกาสออกกำลังกายได้น้อยลง ยิ่งเด็กอ้วนยิ่งทำให้เด็กไม่เข้าร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย ยิ่งทำให้กิจกรรมทางกายน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้มากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป

- งานวิจัยหลายฉบับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบุ จำนวนชั่วโมงในการดูทีวี มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายของเด็ก การนอนน้อย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน รวมถึงการกินอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล มีรสหวานจัด

การป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก

ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กสามารถป้องกันได้ การมีนโยบายที่สนับสนุน (supportive policies) สิ่งแวดล้อม โรงเรียน ชุมชน เหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญในการทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง และเด็ก มีทางเลือก สามารถเลือกทางเลือกที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (healthier choice) ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเลือกวิธีที่ง่ายที่สุด เข้าถึงได้ หาได้ทั่วไป และสามารถจ่ายได้ (accessible, available and affordable) และเกิดการป้องกันโรคอ้วนในที่สุด

การป้องกันภาวะอ้วนในทารกและเด็กเล็ก ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก:

- เริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ตั้งแต่แรกคลอด
- ให้อาหารเสริมตามวัย ที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอและปลอดภัยหลัง ๖ เดือน ร่วมกับการให้นมแม่ต่อจนถึง ๒ ปีหรือมากกว่านั้น (หลีกเลี่ยงอาหารเสริมที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูง)

การป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น ควรจะ

- จำกัดการได้รับพลังงานจากไขมันและน้ำตาลทั้งหมด
- เพิ่มการกินผัก ผลไม้ ถั่วและธัญพืช
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (๖๐ นาทีต่อวัน)

ยุทธศาสตร์หลัก ๖ ข้อ ที่ขับเคลื่อนการจัดการภาวะอ้วน ประกอบด้วย

๑. การส่งเสริมให้มีอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในราคาที่เหมาะสม หาได้ง่าย
๒. การสนับสนุนทางเลือกของอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
๓. การกระตุ้นและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
๔. การกระตุ้นและสนับสนุนการออกกำลังกาย และจำกัดการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในเด็กและเยาวชน
๕. การสร้างชุมชนปลอดภัยที่สนับสนุนการมีกิจกรรมทางกาย
๖. การกระตุ้นและสนับสนุนชุมชนให้จัดสรรเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ ๑ ลักษณะของโปรแกรมการจัดการน้ำหนักที่ประสบความสำเร็จ

	เกณฑ์ที่ใช้
องค์ประกอบสำคัญ	กิจกรรมทางกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โปรแกรมรวมถึงการให้การศึกษาและการฝึกทักษะด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการตัดสินใจ
น้ำหนักลด/ดัชนีมวลกาย	ต้องลดน้ำหนักได้ถึงเป้าหมาย และไม่มีน้ำหนักเพิ่ม มีค่าดัชนีมวลกายลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น
แรงจูงใจ	พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และเด็ก มีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
สิ่งแวดล้อมที่บ้านดี	บันทึกรายวันที่บ้าน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	ต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตลอดโปรแกรม ทั้งด้านอาหารและออกกำลังกาย
การประเมินผลแบบองค์รวม	การตรวจวัด ทั้งประวัติน้ำหนัก อาหารที่กินในปัจจุบัน บันทึกการมีกิจกรรมทางกาย ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลและกลุ่ม ตลอดโปรแกรม	ต้องจัดให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็ก ตารางการออกกำลังกายต้องมียุทธศาสตร์หนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มเติมไปจากการตารางการได้รับคำปรึกษา
การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน	ทีมดูแลสุขภาพ ต้องประกอบด้วย นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล) และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย
ความต่อเนื่องของการประเมินผล	ประเมินผลการตรวจวัดร่างกาย การบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย ตลอดโปรแกรม

ตารางที่ ๒ ลักษณะของโปรแกรมการจัดการน้ำหนักที่ไม่ประสบความสำเร็จ

	เกณฑ์ที่ใช้
ความยืดหยุ่นของโปรแกรม	ปัญหาตารางกิจกรรม สถานที่จัดโปรแกรม ระยะเวลาของการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
แรงจูงใจ	เด็กและผู้ปกครองไม่มีแรงจูงใจที่มากพอ
ประกันสุขภาพ/ความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการ	โปรแกรมไม่ถูกรวมในระบบประกันสุขภาพ
สถานที่	ไม่มีศูนย์ที่เพียงพอ จะตอบสนองความต้องการในปัจจุบัน ของโครงการ
ระยะเวลาของโปรแกรม	อัตราการออกจากโปรแกรมจะมากขึ้น ถ้าระยะเวลาของโปรแกรมเพิ่มขึ้น
การเดินทาง	เด็ก/ผู้ปกครอง ไม่สามารถเข้าร่วมตามตารางกิจกรรม เนื่องจากปัญหาการเดินทาง
ความล้มเหลวในการได้ตามที่คาดหวัง	ต้องมีเป้าหมาย แบบที่สามารถเป็นไปได้จริง
ขาดการอบรมผู้ให้บริการ	ผู้ให้บริการ อึดอัดใจในการให้บริการในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาด้านภาวะอ้วน

ตัวอย่างรูปแบบการจัดการภาวะอ้วน ที่ประสบความสำเร็จ (Best practice) ในต่างประเทศ

➤ The Pacific obesity Prevention in Communities (OPIC) project

เป็นโครงการที่มุ่งเป้าเพื่อควบคุมป้องกันภาวะอ้วนของเยาวชนและวัยรุ่นในชุมชน ดำเนินการใน ๔ ประเทศ คือ ออสเตรเลีย ฟิจิ นิวซีแลนด์ และฮ่องกง ด้วยระยะเวลา ๓๐ เดือน ในระหว่าง ปี ๒๕๔๗-๒๕๕๒ โดยให้หลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วม ใช้หลักการดึงชุมชนเข้าร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงาน จัดการภาวะอ้วนของกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน (participatory process)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีนโยบายสนับสนุน การดึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนและดำเนินการในการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

และการออกกำลังกายเป็นประจำ รวมไปถึงการให้ความสำคัญในเรื่องสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และศักยภาพของท้องถิ่น

➤ **A school-based, multi-component nutrition and lifestyle intervention in North India**

เป็นโครงการที่มุ่งการจัดการภาวะอ้วนในเด็กวัยรุ่น ชาว Asian Indian อายุ ๑๕-๑๗ ปี ในเขตเมืองของ North India ดำเนินการในระหว่าง เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๑ –เดือนมกราคม ๒๕๕๒ ใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกัน โดย การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้โภชนศึกษารายบุคคลโดยนักโภชนาการ และการเพิ่มทางเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในโรงอาหารของโรงเรียนให้มากขึ้น ทั้งนี้ครู ผู้ปกครอง และแกนนำนักเรียน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ โรงเรียนและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เด็กได้รับความรู้และสามารถปรับวิถีชีวิตได้จากกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในโรงเรียน เป็นวิธีที่ต้นทุนต่ำ และบูรณาเข้าร่วมกับกิจกรรมเดิมในโรงเรียน

➤ **A school-based childhood obesity prevention intervention ในเมืองปักกิ่ง ประเทศจีน**

เป็นโครงการ ๓ ปี ที่จัดกิจกรรมในโรงเรียน โดยดึงครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วม มาตรการคือ การให้ออกสารความรู้ เกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จัดเปิดสอนผู้ปกครองถึง food pyramid ฉลากโภชนาการ และการปรับวิถีชีวิตให้ดีต่อสุขภาพ (healthy lifestyle) บูรณาองค์ความรู้เรื่องการจัดการภาวะอ้วน ทั้งด้านอาหารและการออกกำลังกาย เข้ากับหลักสูตรการเรียน การสอน การประเมินผลหลัง ๓ ปี พบโรงเรียนที่จัดกิจกรรมเทียบกับโรงเรียนที่ไม่มีการจัดกิจกรรมดังกล่าว มีภาวะเริ่มอ้วน ร้อยละ ๙.๘ และ ร้อยละ ๑๔.๔ ภาวะอ้วน ร้อยละ ๗.๙ และ ร้อยละ ๑๓.๓ ตามลำดับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ สอนทางเลือกที่สามารถผนวกกับการปรับเข้ากับวิถีชีวิต เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและครอบครัวในการจัดการปัญหา

เอกสารอ้างอิง

๑. WHO (๒๐๑๔). Commission on Ending Childhood Obesity. Fact and figures on childhood obesity.
๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากระบบรายงาน ๒๑/๔๓ แฟ้ม
๓. Moseley, L. (๒๐๑๔). Best Practices in the Management of Pediatric Obesity in Primary Care Clinics.
๔. WHO (๒๐๑๒j) Population-based approaches to childhood obesity prevention.