

Prevalence of Failure to Thrive in Children with the Age Below Two at Well Baby Clinic of Wat Phrayat Tikaram Health Promoting Hospital

*Rothsukhon Santipas, M.D.,**

*Pakkawee Nakawiro, M.D.**

Abstract

Failure to thrive (FTT) in infants and toddlers can affect child health problems especially child development and immune function in long-term. Primary care services are first contact care for screening, initial management and referring. However, the studies of FTT in primary care services are inadequate in Thailand. Our goal in this study is to determine the prevalence of FTT and identify risk factors of failure to thrive in children with the age below two at well baby clinic of Wat Phrayat Tikaram Health Promoting Hospital. In this descriptive study, the growth data and general information of 151 children were collected during the age below two in well baby clinic of Wat Phrayat Tikaram Health Promoting Hospital from 2016 to 2018. And some data was collected from parents answer. Children were diagnosed FTT according to any of these diagnostic criteria: 1) Weight for age (W/A) or Weight for height (W/H) below 3rd percentile on an appropriate growth chart 2) W/A or W/H decrease of two or more major percentile lines of growth chart. We found that the prevalence of FTT was 17.9% and possible factors, which related to FTT with statistically significant at the 0.05 level, included parental smoking ($p=0.043$), low birth weight ($p=0.019$), preterm labor ($p<0.001$), and hospitalization ($p=0.033$). Based on the results of this study, the prevalence of FTT in children with the age below two at well baby clinic of Wat Phrayat Tikaram Promoting Hospital was quiet high. The factors which may be associated with FTT, included parental smoking, low birth weight, preterm labor, and hospitalization.

Keywords: failure to thrive, children with the age below two, prevalence, well baby clinic

**Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital*

การศึกษาความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่มารับบริการ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดพระญาติการาม

รสสุคนธ์ สันติภาพ, พ.บ.,*

ภักวีร์ นาคะวิโร, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กเล็กส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กหลายด้าน โดยเฉพาะด้านพัฒนาการและระบบภูมิคุ้มกันของเด็กในระยะยาว หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านหน้าสำคัญที่จะทำการคัดกรอง ให้การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมากนัก การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการาม โดยทำการศึกษารูปแบบพรรณนา (Descriptive) ซึ่งจะเก็บข้อมูลการเจริญเติบโตและข้อมูลทั่วไปของเด็กในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี จำนวน 151 คน ที่เคยมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการามในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 และเก็บข้อมูลจากการสอบถามผู้ปกครอง เด็กจะถูกวินิจฉัยภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย คือ 1) เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) หรือน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 หรือ 2) น้ำหนักตัวของเด็กที่เพิ่มขึ้นในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าปกติ โดยทราบจาก W/A หรือ W/H อยู่ที่ตำแหน่งต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์เดิมอย่างน้อย 2 เส้นหลักของกราฟการเจริญเติบโต และจากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าร้อยละ 17.9 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง น้ำหนักแรกคลอดที่น้อย การคลอดก่อนกำหนดและการป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ($p=0.043, 0.019, <0.001, 0.033$ ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่อนข้างสูง และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า ได้แก่ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง น้ำหนักแรกคลอดน้อย การคลอดก่อนกำหนดและการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ความชุก คลินิกสุขภาพเด็กดี

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (Failure to thrive) หรือ Weight faltering หรือ Faltering growth เป็นภาวะที่แสดงถึงปัญหาในการเจริญเติบโตของเด็ก ภาวะดังกล่าวนำไปสู่การค้นหสาเหตุหรือโรคอื่นๆ โดยภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าเป็นนิยามที่ตั้งขึ้นเพื่อใช้ในวัยเด็กเล็ก

ซึ่งอายุต่ำกว่า 2 ปี ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยร่วมกันที่ชัดเจน⁽¹⁾ เกณฑ์การวินิจฉัยที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ 1) เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age; W/A) หรือน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight-for-height; W/H) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 หรือ 2) น้ำหนักตัวของเด็กที่เพิ่มขึ้น

ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าปกติ โดยทราบจาก W/A หรือ W/H อยู่ตำแหน่งต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์เดิมอย่างน้อย 2 เส้นหลักของกราฟการเจริญเติบโต^(2,3,4) ภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในรายที่มีความรุนแรงมากส่งผลให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดขึ้นภายหลัง (Secondary immune deficiency) เกิดภาวะเตี้ยแบบถาวร และส่งผลต่อการพัฒนาของระบบประสาทอีกด้วย^(5,6,7) ดังนั้นการตรวจพบภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าตั้งแต่แรกเริ่มและรักษาได้เร็วสามารถลดโอกาสการเป็นโรคติดเชื้อ ปัญหารูปร่างไม่เหมาะสมเมื่อเด็กโตขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือช่วยป้องกันผลเสียที่เกิดขึ้นกับพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้⁽⁸⁾

จากการศึกษาภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเด็กมีภาวะนี้ประมาณร้อยละ 10 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และร้อยละ 5 ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ⁽⁹⁾ ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะนี้ไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หนึ่งในนั้นเป็นการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 28.57 และพบว่าความผิดปกติทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ และจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบภาวะน้ำหนักน้อย (Underweight) ร้อยละ 8.2 และภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน (Wasting) ร้อยละ 6.8⁽¹¹⁾ สาเหตุของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าที่พบมากที่สุด คือ เด็กได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Inadequate caloric intake) ภาวะนี้ส่วนใหญ่สามารถให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถทำได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ^(7,8) อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังขาดระบบคัดกรองเด็กกลุ่มนี้ที่ชัดเจนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำการศึกษาความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการาม ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้วิจัยรับผิดชอบและทำงานอยู่ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive) โดยการเก็บข้อมูลการเจริญเติบโตและข้อมูลทั่วไปของเด็กย้อนหลังจากเวชระเบียนในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่เคยมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการามในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครองเพื่อนำมาศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 183 ราย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงข้อมูลจากแนวทางในเวชปฏิบัติทั่วไป (Failure to Thrive: A Practical Guide, 2016) ของ Homan GJ⁽⁸⁾ พบความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณร้อยละ 10 และคำนวณด้วยสูตร $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$ ($\alpha = 0.05$, $Z_{0.025} = 1.96$, $d = 5\%$) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 139 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี 2) มีข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง อายุครบถ้วน มากกว่าหนึ่งช่วงอายุ 3) ผู้ปกครองสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเกณฑ์ไม่รับเข้าในการศึกษา (Exclusion Criteria) ก) ผู้ปกครองไม่สามารถอ่านเขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ข) มีความพิการตั้งแต่กำเนิด จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 151 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งประกอบไปด้วย รหัสตัวอย่าง วันเกิด น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ ข้อมูลการเจริญเติบโตในช่วงแรกเกิดถึง 2 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และพัฒนาการของเด็ก) โดยนำข้อมูลการเจริญเติบโต

มาบันทึกในกราฟการเจริญเติบโตของชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย พ.ศ.2559⁽²⁾ เพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าและยังใช้แบบสอบถามผู้ปกครองเพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง^(7,12,13) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

- ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง และลำดับการเกิด

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติแพ้อาหารประวัติการคลอด และประวัตินอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการบริโภคของเด็ก ได้แก่ ประวัติการรับประทานนมมารดา การเริ่มรับประทานอาหารอื่นเสริมนอกเหนือจากนม และปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การประเมินภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็ก

การหาความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ใช้วิธีการนำข้อมูลอายุ น้ำหนัก และส่วนสูงของเด็กมาบันทึกในกราฟการเจริญเติบโต

ตามเพศและช่วงอายุที่เหมาะสม โดยแปลผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽²⁾ คือ 1) เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) หรือน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 หรือ 2) น้ำหนักตัวของเด็กที่เพิ่มขึ้นในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าปกติ โดยทราบจาก W/A หรือ W/H อยู่ที่ตำแหน่งต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์เดิมอย่างน้อย 2 เส้นหลัก ของกราฟการเจริญเติบโตที่ประกอบด้วยเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์หลัก จำนวน 7 เส้น ได้แก่ เส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3, 10, 15, 50, 75, 90 และ 97⁽¹⁴⁾

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 19/2561 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลความชุกในรูปแบบของร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าเป็นข้อมูลเชิงกลุ่มด้วยสถิติ Chi square test และ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย Independent t-test

ผลการศึกษา

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
เพศของเด็ก				
ชาย	74	49.0	-	-
หญิง	77	51.0	-	-
อายุของเด็ก (เดือน)	-	-	18.17	±13.60
อายุของผู้ปกครอง (ปี)	-	-	31.06	±9.44

ผลการศึกษา

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
บิดา	17	11.3	-	-
มารดา	122	80.8	-	-
อื่นๆ	12	7.9	-	-
สถานภาพสมรส				
สมรส	144	95.4	-	-
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	4.6	-	-
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	1.3	-	-
ประถมศึกษา	14	9.3	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	22.5	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	65	43.0	-	-
อนุปริญญา/ปวส.	16	10.6	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	20	13.2	-	-
รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ไม่มีรายได้	9	6.0	-	-
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	5.3	-	-
5,001-10,000 บาท	29	19.2	-	-
10,001-15,000 บาท	38	25.2	-	-
15,001-20,000 บาท	37	24.5	-	-
มากกว่า 20,000 บาท	30	19.9	-	-
ดื่มสุรา	7	4.7	-	-
สูบบุหรี่	13	8.6	-	-
ใช้สารเสพติด	1	0.7	-	-

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเด็กเพศหญิงร้อยละ 51.0 และเพศชายร้อยละ 49.0 โดยอายุเฉลี่ยของเด็กเท่ากับ 18.17 ± 13.60 เดือน ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 80.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสมรสหรืออยู่ด้วยกัน

ร้อยละ 95.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.0 รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 25.2 ผู้ปกครองดื่มสุราร้อยละ 4.7 สูบบุหรี่ร้อยละ 8.6 และใช้สารเสพติดร้อยละ 0.79

ตาราง 2 ความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า	27	17.9
บางช่วง	16	59.3
ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน	11	40.7

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ)

จากตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พบว่าความชุกของมีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.9 โดยเป็นเด็กที่มี

ภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าบางช่วง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.3 และเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าต่อเนื่องถึงปัจจุบันจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.7

ตาราง 3 ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ข้อมูลเชิงกลุ่ม)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=124)		มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศของเด็ก					0.240
ชาย	58	78.4	16	21.6	
หญิง	66	85.7	11	14.3	
จำนวนพี่น้อง (คน)					0.620
1	54	85.7	9	14.3	
2	54	79.4	14	20.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3	16	80.0	4	20.0	
ลำดับบุตร					0.703
1	60	84.5	11	15.5	
2	51	81.0	12	19.0	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3	13	76.5	4	23.5	
ความสัมพันธ์กับเด็ก					0.313
บิดา	12	70.5	5	29.5	
มารดา	101	82.8	21	17.2	
อื่นๆ	11	91.7	1	8.3	

ตาราง 3 ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ข้อมูลเชิงกลุ่ม) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=124)		มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพ[#]					0.353
สมรส	117	81.3	27	18.7	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	100.0	0	0.0	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.811
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	12	75.0	4	25.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	82.4	6	17.6	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	53	81.5	12	18.5	
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	31	86.1	5	13.9	
รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					0.758
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	35	77.8	3	22.2	
10,001-15,000 บาท	31	81.6	7	18.4	
15,001-20,000 บาท	31	83.8	6	16.2	
มากกว่า 20,000 บาท	27	87.1	4	12.9	
ดื่มสุรา[#]					0.109
ดื่ม	4	57.1	3	42.9	
ไม่ดื่ม	120	83.3	24	16.7	
สูบบุหรี่[#]					0.043*
สูบ	8	61.5	5	38.5	
ไม่สูบ	116	84.1	22	15.9	
ใช้สารเสพติด[#]					1.000
ใช้	1	100.0	0	0.0	
ไม่ใช้	123	82.0	27	18.0	
มีโรคประจำตัว[#]					0.251
มี	9	69.2	4	30.8	
ไม่มี	115	83.3	23	16.7	

ตาราง 3 ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ข้อมูลเชิงกลุ่ม) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=124)		มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
แพ้อาหาร [#]					1.000
มี	4	100.0	0	0.0	
ไม่มี	120	81.6	27	18.4	
อายุครรภ์ขณะคลอด					<0.001*
ครบกำหนด (≥37 สัปดาห์)	124	100.0	0	0.0	
ก่อนกำหนด (<37 สัปดาห์)	0	0.0	27	100.0	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ (ก่อนคลอด) [#]					0.663
มี	7	77.8	2	22.2	
ไม่มี	117	82.4	25	17.6	
มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด					0.196
มี	23	74.2	8	25.8	
ไม่มี	101	84.2	19	15.8	
ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดสองเดือน ในมารดา [#]					1.000
ไม่มีภาวะซีมเศร้า/ไม่แน่ใจ	123	82.0	27	18.0	
มีภาวะซีมเศร้า	1	100.0	0	0.0	
เด็กเคยป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล					0.033*
เคย	30	71.4	12	28.6	
ไม่เคย	94	86.2	15	13.8	
พัฒนาการของเด็ก [#]					0.083
ปกติ	123	83.1	25	16.9	
ผิดปกติ	1	33.3	2	66.7	

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, [#]วิเคราะห์ข้อมูลโดย Fisher's exact test, *p<0.05

จากตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและด้านสุขภาพเด็กลักษณะข้อมูลเชิงกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พบว่าปัจจัยการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.043$) โดยผู้ปกครองที่สูบบุหรี่และเด็กมีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 38.5

ปัจจัยข้อมูลด้านสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า

2 ปี พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) โดยเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 100 และปัจจัยการป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.033$) ซึ่งเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าเคยป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 28.6

ตาราง 4 ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและสุขภาพเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ข้อมูลเชิงปริมาณ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=124)		มีภาวะภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า (n=27)		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุของเด็ก (เดือน)	17.36	± 13.76	21.85	± 12.42	0.121
อายุของผู้ปกครอง (ปี)	31.06	± 9.69	31.04	± 8.39	0.989
อายุของมารดาตอนคลอด (ปี)	27.34	± 7.05	28.07	± 6.46	0.624
น้ำหนักแรกคลอด	3,121.28	± 383.18	2,795.19	± 657.32	0.019*

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, * $p<0.05$

จากตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไปและด้านสุขภาพเด็กลักษณะข้อมูลเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พบว่าปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโต

ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.019$) ซึ่งเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้ามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า ($2,795.19\pm 657.32$ และ $3,121.28\pm 383.18$ ตามลำดับ)

ตาราง 5 ปัจจัยข้อมูลการรับประทานนมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

ปัจจัย	ไม่มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=124)		มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เด็กเคยได้รับประทานนมมารดา [#]					1.000
เคย	116	81.7	26	18.3	
ไม่เคย	8	88.9	1	11.1	
ระยะเวลาที่ได้รับนมมารดา					0.139
น้อยกว่า 6 เดือน	75	86.2	12	13.8	
6-12 เดือน	21	80.8	5	19.2	
มากกว่า 12 เดือน	18	69.2	8	30.8	
มารดามีปัญหาในการให้นมบุตร					0.790
มี	40	8.0	8	16.7	
ไม่มี	84	81.6	19	18.4	
อายุที่เด็กเริ่มรับประทานอาหารอื่น					0.832
เสริมนอกเหนือจากนม (n=144)					
น้อยกว่า 6 เดือน	25	80.6	6	19.4	
มากกว่า 6 เดือน	93	82.3	20	17.7	

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), [#]วิเคราะห์ข้อมูลโดย Fisher's exact test,*p<0.05

จากตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลการรับประทานนมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

พบว่า ปัจจัยการรับประทานนมของเด็กไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในทางสถิติทุกปัจจัย

ตาราง 6 ปัจจัยปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่พบที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุ 6-12 เดือน (n=28)

ปัญหาพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่พบ	ไม่มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=25)		มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=3)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เด็กเลือกรับประทานอาหารเฉพาะ ที่ตนชอบ	3	60.0	2	40.0	0.073
เด็กไม่ค่อยสนใจในการรับประทานอาหาร ต้องคอยให้ผู้ใหญ่บังคับ	1	100.0	0	0.0	1.000
เด็กชอบอมอาหารไว้ในปากนานๆ	3	100.0	0	0.0	1.000
เด็กชอบรับประทานขนมหวานทุกวัน	2	100.0	0	0.0	1.000
เด็กไม่ชอบรับประทานผัก	3	100.0	0	0.0	1.000
เด็กไม่ชอบรับประทานเนื้อสัตว์	2	100.0	0	0.0	1.000
เด็กรับประทานอาหารพร้อมกับเล่น	16	94.1	1	5.9	0.543
เด็กรับประทานอาหารบางมื้อ	3	100.0	0	0.0	1.000
เด็กรับประทานขนมต่างๆ มากจนทำให้ ไม่ยอมรับประทานอาหาร	1	100.0	0	0.0	1.000
เวลาที่เด็กร้องไห้หรือโกรธจะไม่ยอม รับประทานอาหาร	5	100.0	0	0.0	1.000

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), *วิเคราะห์ข้อมูลโดย Fisher's exact test, *p<0.05

จากตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัย
ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้อง
กับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุ 6-12 เดือน
พบว่าปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่มี

ความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า
ในทางสถิติทุกปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก

ตาราง 7 ปัจจัยปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่พบที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุ 1-2 ปี (n=98)

ปัญหาพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่พบ	ไม่มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=75)		มีภาวะภาวะ การเจริญเติบโตล่าช้า (n=23)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เด็กเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ตนชอบ	28	82.4	6	17.6	0.322
เด็กไม่ค่อยสนใจในการรับประทานอาหารต้องคอยให้ผู้ใหญ่บังคับ	22	78.6	6	21.4	0.763
เด็กชอบอมอาหารไว้ในปากนานๆ [#]	13	76.5	4	23.5	1.000
เด็กชอบรับประทานขนมหวานทุกวัน [#]	15	83.3	3	16.7	0.552
เด็กไม่ชอบรับประทานผัก	21	80.8	5	19.2	0.552
เด็กไม่ชอบรับประทานเนื้อสัตว์	10	66.7	5	33.3	0.327
เด็กรับประทานอาหารพร้อมกับเล่น	41	75.9	13	24.1	0.876
เด็กรับประทานอาหารบางมื้อ [#]	19	82.6	4	17.4	0.577
เด็กรับประทานขนมต่างๆ มากจนทำให้ไม่ยอมรับประทานข้าว	11	84.6	2	15.4	0.727
เวลาที่เด็กร้องไห้หรือโกรธจะไม่ยอมรับประทานอาหาร [#]	7	70.0	3	30.0	0.695

ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), *วิเคราะห์ข้อมูลโดย Fisher's exact test, *p<0.05

จากตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุ 1-2 ปี พบว่าปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในทางสถิติทุกปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่เคยมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการามในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561

ร้อยละ 17.9 โดยเป็นเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าบางช่วงร้อยละ 59.3 และเด็กที่มีภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ร้อยละ 40.7 เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาภาวะนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่ามีความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในการศึกษานี้สูงกว่าซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของระบบสาธารณสุขและระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ ส่วนข้อมูลภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันและภาวะน้ำหนักน้อยโดยเฉลี่ยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558-2559⁽¹¹⁾ ที่มีจำนวนที่น้อยกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่แตกต่างกันโดยภาวะน้ำหนักน้อยและภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน

จะแปลผลจากค่า W/A และ W/H ตามลำดับ โดยมีค่าต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 เท่านั้นรวมถึงระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่นั่นอาจจะแสดงให้เห็นว่าปัญหานี้อาจพบได้มากกว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบภาวะนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิถึงสองเท่า⁽⁹⁾ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในการศึกษานี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง น้ำหนักแรกคลอดน้อย การคลอดก่อนกำหนดและการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า^(7,12,13) แต่ในขณะเดียวกันการศึกษานี้ไม่พบความเกี่ยวข้องทางสถิติกับปัจจัยอื่นๆ ทั้งด้านปัจจัยทางครอบครัว ปัจจัยทางด้านสุขภาพของเด็ก และการบริโภคของเด็กซึ่งแตกต่างจากการศึกษาดังที่กล่าวไปข้างต้น^(7,12,13) อาจเป็นเพราะศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน รวมทั้งการเก็บข้อมูลปัจจัยเหล่านั้นส่วนใหญ่ได้จากการสอบถามของผู้ปกครองถึงประวัติย้อนหลัง จึงทำให้ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อนได้

สรุป

ความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่อนข้างสูง และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า ได้แก่ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง น้ำหนักแรกคลอดน้อย การคลอดก่อนกำหนด และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Motil JK, Duryea KT. Poor weight gain in children younger than two years: Etiology and evaluation-UpToDate [Internet]. [cited 2018 May 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/poor-weight-gain-in-children-younger-than-two-years-etiology-and-evaluation>

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบความชุกของภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าค่อนข้างสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิและส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงควรสร้างระบบการคัดกรองภาวะนี้ที่ชัดเจนและได้มาตรฐานเพื่อนำไปสู่การรักษาอย่างเหมาะสม

2. จากปัจจัยที่พบเกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญเติบโตล่าช้า สามารถนำมาพัฒนาระบบคัดกรองและติดตามในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย คลอดก่อนกำหนด และนอนโรงพยาบาลบ่อย เป็นต้น

3. จากการศึกษาพบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ถึง 6 เดือน (ร้อยละ 64) ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตพื้นที่การศึกษาเป็นหลายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้ความชุกที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทั่วไปมากขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยทางชีวภาพที่อาจจะส่งผลต่อภาวะการเจริญเติบโตล่าช้าเพิ่มเติม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea) เป็นต้น

3. ศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Studies) ในแต่ละปัจจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ที่ชัดเจนขึ้น

2. กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc4.anamai.moph.go.th/images/healthplaza/doc_kid/เอกสารหมายเลข%2022%20แนวทางการประเมินและรักษาภาวะโภชนาการเด็ก.pdf
3. Olsen EM, Petersen J, Skovgaard AM, Weile B, Jorgensen T, Wright CM. Failure to thrive: The prevalence and concurrence of anthropometric criteria in a general infant population. *Arch Dis Child* 2007;92:109-14.
4. Virginia K. Assessment of growth. In: Nelson Essentials of Pediatrics. 19thed. Philadelphia: Elsevier Saunders; p.126-31.
5. Perrin E, Cole C, Frank D, Glick S, Guerina N, Petit K, et al. Criteria for determining disability in infants and children: failure to thrive: summary. AHRQ [Internet] 2003. [cited 2018 May 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11940/>
6. Hegazi MA, Sehlo MG, Al-Jasir A, El-Deek BS. Development and cognitive functions in Saudi pre-school children with feeding problems without underlying medical disorders. *J Paediatr Child Health* 2015;51:906-12.
7. Kleinman RE, Greer FR. Failure to thrive. In: Pediatric nutrition. 7thed. American Academy of Pediatrics 2014; p.663-700.
8. Corbett SS, Drewett RF. To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:641-54.
9. Homan GJ. Failure to thrive: A Practical guide. *AFP* 2016;94:295-9.
10. ณิช ลิ้มตระกูล. Prevalence of failure to thrive in very low birth weight (VLBW) Infants at Chiang Mai University Hospital-ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [งานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2013.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559-ผลสำรวจที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559-ผลสำรวจที่สำคัญ>
12. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Didarloo A. Determinants of failure to thrive (FTT) among infants aged 6-24 months: a case-control study. *J Prev Med Hyg* 2015;56:E180-6.
13. The National Guideline Alliance. Faltering growth after the early days of life. Faltering Growth-recognition and management: Full Guideline. NICE guideline 2017;75:41-130.
14. ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย. Growth charts ใหม่สำหรับเด็กไทยอายุแรกเกิด-5 ปี ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pednutrition.org/article/growth-charts-ใหม่สำหรับเด็กไทยอายุแรกเกิด-5 ปี>