

ภาวะทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 : ก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ปิยะ ปุริโส

(วันที่รับบทความ: 4 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 12 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 12 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 7 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้เลี้ยงดู ข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ข้อมูลโภชนาการเด็กปฐมวัยโดยการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ส่วนสูง ข้อมูลระยะก่อนการระบาดจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 จำนวน 664 คน และระหว่างการระบาดจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 837 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการในระยะก่อนและระหว่างการระบาดโดยการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ในเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 3 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมากเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 2.8% เป็น 8.1% (p-value 0.002) ด้านความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในเกณฑ์สูงเพิ่มขึ้นจาก 1.9% เป็น 4.5% (p-value 0.046) และน้ำหนักหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ผอมลดลงจาก 5.0% เป็น 2.2% (p-value 0.040) ยังพบแนวโน้มของเด็กที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจาก 1.6% เป็น 3.4% แต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง 3 – 6 ปี ในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

การแพร่ระบาดของโควิด-19 เร่งปัญหาทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการเกิน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เหมาะสม เตรียมสำหรับเด็กให้ครบทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งลดอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายที่บ้านได้ และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วยกราฟการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ทุพโภชนาการสองปลาย, ภาวะโภชนาการ, เด็กปฐมวัย, โควิด-19

นักโภชนาการชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : ปิยะ ปุริโส email : namo.puriso@gmail.com

DOUBLE BURDEN OF MALNUTRITION AMONG EARLY CHILDREN IN HEALTH AREA 7 : BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Piya Puriso

(Receive 4th July 2022; Revised: 12th July 2022; Accepted 12th July 2022)

Abstract

This study was a cross-sectional study to study malnutrition problems in early childhood. Before and during the COVID-19 pandemic in health area 7, data were collected from the caregiver questionnaire, maternal and child health handbook, and early Childhood Nutritional Information by weighing and measuring length/height. Before epidemic data from growth status, factors associated with growth, and optimum growth promoting growth promoting model for Thai early childhood in 2018, a total of 664 Children. And during the pandemic, from a study of the situation of early childhood development in Thailand in 2021 (Denver II) and factors related to quality early childhood children in Health Area 7, a total of 837 Children. A comparative analysis of malnutrition before and during the epidemic by chi-square test.

The results showed that in early childhood children under 3 years of age, weight was for age being overweight from 2.8% to 8.1% (p-value 0.002). In terms of length/height for age criteria, higher it increased from 1.9% to 4.5% (p-value 0.046). And weight for height criteria were thin, decreased from 5.0% to 2.2% (p-value 0.040). The trend of children who were obese also increased from 1.6% to 3.4%. But there was no difference in malnutrition among the sample 3 to 6 years before and during the COVID-19 pandemic.

Covid-19 pandemic Accelerate the problem of the double burden of malnutrition in early childhood, especially the problem of overnutrition. Therefore, caregivers should be encouraged to choose nutritious food. In the right amount, prepare for the child to complete all 3 meals, including reducing food that is high in fat and sugar. These increasing physical activities can be done at home and monitor nutrition status by using a growth chart regularly.

Keywords : Double burden of malnutrition, Nutritional Status, Early Childhood, Covid-19 Nutritionist (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen
Corresponding author : Piya Puriso email : namo.puriso@gmail.com

บทนำ

องค์การยูนิเซฟประเมินว่าเด็กต่ำกว่า 5 ปี อาจจะเผชิญกับภาวะเตี้ยแคระแกร็นและภาวะผอมเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน เด็กมีการบริโภคที่เปลี่ยนไป ได้รับสารอาหารและพลังงานที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการสองปลาย (double burden of malnutrition) เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ เด็กปฐมวัยในกลุ่มเดียวกันมีทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น มีเด็กที่มีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชน และประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนกัน ถึงแม้ภาวะโภชนาการขาดยังพบมากในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานไม่ดี แต่ภาวะโภชนาการเกินกลับพบได้ทั้งในทุกฐานะ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท⁽²⁾ ทำให้เด็กมีความเสี่ยงในเพิ่มไขมันในร่างกายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สูญเสียศักยภาพการทำงาน รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ⁽³⁾

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ดำเนินงานภายใต้กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ⁽⁴⁾ ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีปัญหาทุพโภชนาการ จากการรายงาน

สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็ก 0 – 5 ปี ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการรวบรวมรายงานระหว่างปี 2561 - 2563 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 12.6, 14.9 และ 13.1 ตามลำดับ ภาวะผอมร้อยละ 5.4, 5.6 และ 5.4 ตามลำดับ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 9.6, 10.5 และ 9.6 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ขณะที่ปัญหาทุพโภชนาการสองปลายยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ยังมีอุปสรรคจากการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบันยังมีการระบาด และยังไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ว่าการระบาดใหญ่ในครั้งนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง และครอบคลุมผู้คนมากกว่าวิกฤตการณ์ใด ๆ ที่เคยเกิดขึ้น จากการรายงาน Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people ชี้ว่า โควิด-19 กลายเป็นอุปสรรคจุดรั้งความก้าวหน้าในหลายด้านที่สะสมมาหลายทศวรรษ ไม่ว่าจะเป็นด้านความยากจน สุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา โภชนาการ การคุ้มครองเด็ก และสุขภาพจิตของเด็ก⁽⁶⁾ ด้านรายได้ของครัวเรือนที่มีเด็กเล็กมีรายได้ลดลงมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีเด็กเล็ก อีกทั้งยังมีรายจ่ายหนี้สินที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย ด้านโภชนาการจากเดิมที่เด็กอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับอาหารและนมตามเวลา บางครอบครัวลดปริมาณการซื้อนมให้เด็กน้อยลง ในอีกด้านหนึ่งในกลุ่มเด็กที่ครอบครัวมีศักยภาพในการเลี้ยงดูอาจมีการ

บริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดผลกระทบกับระบบอาหารและโภชนาการรวมถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอย่างมาก⁽⁷⁾ ด้านการบริการในการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี พบว่า เด็กได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในคลินิกสุขภาพเด็กดีลดลงในช่วงที่มีมาตรการควบคุมโรค ทำให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾

ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมดนี้มีผลกระทบกับภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยทั้งทางตรงและทางอ้อม อันจะเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยและเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย ในระหว่างการระบาดและช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยศึกษาสถานการณ์ก่อนการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด โรคประจำตัวเด็ก ผู้เลี้ยงดูหลัก ระยะเวลาการได้รับนมแม่ ข้อมูลด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยการชั่งน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างขณะที่ยอดรองเท้า ถูงเท้าสวมเสื้อผ้าบางเบา ด้วยด้วยเครื่องชั่งดิจิตอล ที่มีความละเอียด 0.1 กิโลกรัม ตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนักก่อนใช้งานทุกครั้งด้วยค้อนน้ำหนักมาตรฐานขนาด 10.0 กิโลกรัม และการวัดความยาวในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี ด้วยเครื่องวัดความยาวมาตรฐานที่มีตัวเลขเรียงต่อกันมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร มิไม้ฉากสำหรับวัดความยาวตามองค์การยูนิเซฟแนะนำในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 2 ปี วัดส่วนสูงด้วยเครื่องวัดส่วนสูงมาตรฐานมีตัวเลขเรียงต่อ

กันมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร และมีไม้ฉากสำหรับวัดส่วนสูง เก็บข้อมูลทั้งสองการศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ผ่านการอบรมการสัมภาษณ์ เทคนิคการชั่งน้ำหนัก วัดความยาวและวัดส่วนสูงเพื่อปรับมาตรฐานการวิจัย และใช้เครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกัน

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ เด็กปฐมวัยอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 6 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาที่ดำเนินการแล้ว เพื่อเป็นการทดสอบว่าขนาดตัวอย่างพอเพียงที่จะตอบคำถามหลักในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยจึงทำการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (ทราบประชากร)⁽⁹⁾

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N p(1-p)}{z_{\alpha/2}^2 p(1-p) + (N-1)e^2}$$

กำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าทางสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าคงที่ 95% ($\alpha=0.05$) ดังนั้น $Z_{\alpha/2}=1.96$

N คือ ประชากรเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี เขตสุขภาพที่ 7 (N=243,724)

p คือ ค่าสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการในเขตสุขภาพที่ 7 จากศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ระยะเริ่มต้นการระบาดของโควิด-19 ในไตรมาสที่ 4 ปี 2562 ร้อยละ 38.11 ($p=0.3811$)⁽¹⁰⁾

e คือ ค่าความเที่ยงในการประมาณค่าสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% ดังนั้น $e=0.03811$

เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรข้างต้น จะได้ $n = 623$ คน ในการศึกษาครั้งนี้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการตอบคำถามวิจัยหลัก โดยมีรายละเอียดการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะการศึกษา	ก่อนการระบาดของโควิด-19	ระหว่างการระบาดของโควิด-19
ข้อมูลการศึกษา	การศึกษาศาสนาการณการเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ	การศึกษาศาสนาการณพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ระยะการศึกษา	ก่อนการระบาดของโควิด-19	ระหว่างการระบาดของโควิด-19
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ขั้นที่หนึ่งสุ่มเลือก 2 จังหวัด ขั้นที่สองแบ่งเขตจังหวัดออกเป็นในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกตำบลในอำเภอมา 1 ตำบล ตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลนคร จำนวน 3 ตำบล และนอกเขตเทศบาล จำนวน 6 ตำบล รวม 10 ตำบลต่อจังหวัด ขั้นที่สามสุ่มจากทะเบียนรายชื่อเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบล โดยทำการสุ่มตัวอย่างแยกเป็นเพศและช่วงอายุอย่างละเท่าๆ กัน	สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยเลือกจังหวัดที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด สุ่มตัวอย่างขั้นที่หนึ่งโดยการจับฉลากเลือกอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ สุ่มตัวอย่างขั้นที่สองโดยการจับฉลากเลือกตำบล อำเภอละ 4 ตำบล และขั้นที่สามสุ่มจากทะเบียนรายชื่อเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบล โดยการทำการสุ่มตามจำนวนเป้าหมายกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 3-6 ปี เท่าๆ กัน
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	อายุต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 322 คน อายุ 3 - 6 ปี จำนวน 342 คน รวมทั้งหมด 664 คน	อายุต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 444 คน อายุ 3 - 6 ปี จำนวน 392 คน รวมทั้งหมด 837 คน
การเก็บข้อมูล	เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนสิงหาคม 2561	เดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2564

การแปลผลภาวะโภชนาการ ในกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 5 ปี แปลผลภาวะโภชนาการตามคู่มือ การใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006 ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี⁽¹¹⁾ และแปลผลภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 5 ปี ขึ้นไป ตามคู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563⁽¹²⁾

การวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ สถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาในข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยข้อมูลแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงเป็นปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการในระยะก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 แยกตาม

กลุ่มอายุ ด้วย Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรม-อนามัย รหัสโครงการวิจัย 351 ระยะเวลารับรอง ระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2562 - 11 กันยายน 2563 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 039 ระยะเวลารับรอง ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม 2564 - 30 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 จำนวน 664 คน และระหว่างการระบาดของโควิด-19 จำนวน 837 คน โดยมีเพศชายและหญิงสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 มีอายุเฉลี่ย 36.8 เดือน (SD=19.5) แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 49.4 และกลุ่มอายุ 3 - 6 ปี ร้อยละ 50.6 กลุ่มตัวอย่างระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีอายุเฉลี่ย 35.0 เดือน (SD=16.9) อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 53.0 และกลุ่มอายุ 3 - 6

ปี ร้อยละ 47.0 กลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,105.1 กรัม (SD=450.2) และระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,085.1 กรัม (SD=466.4) โดยส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ระหว่าง 2,500 - 4,000 กรัม ก่อนการระบาดคิดเป็นร้อยละ 90.8 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 87.1 เด็กมากกว่าร้อยละ 90 ของทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 ไม่มีโรคประจำตัว โดยก่อนการระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยมีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อแม่ และไม่ใช่ว่าพ่อแม่สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.1 และร้อยละ 50.9 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ผู้เลี้ยงดูหลักเกินครึ่งหนึ่งเป็นพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 64.3 ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือร้อยละ 56.5 และร้อยละ 52.7 โดยระหว่างการระบาดของโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างได้รับนมแม่ 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าก่อนการระบาดเล็กน้อย จากร้อยละ 43.5 เป็นร้อยละ 47.3 (แสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=664) จำนวน (ร้อยละ)	ระหว่างการระบาด (n=837) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	330 (49.7)	418 (49.9)
หญิง	334 (50.3)	419 (50.1)
อายุ		
อายุต่ำกว่า 3 ปี	328 (49.4)	444 (53.0)
อายุ 3 ปี - 6 ปี	336 (50.6)	393 (47.0)
อายุเฉลี่ย (เดือน)	Mean = 36.8 SD = 19.5	Mean = 35.0 SD = 16.9
น้ำหนักแรกคลอด		
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	45 (6.8)	90 (10.8)
2,500 - 4,000 กรัม	603 (90.8)	729 (87.1)
มากกว่า 4,000 กรัม	16 (2.4)	18 (2.1)
น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย (กรัม)	Mean = 3,105.1 SD = 450.2	Mean = 3,085.1 SD = 466.4
โรคประจำตัวเด็ก		
ไม่มี	622 (93.7)	780 (93.2)
มี	42 (6.3)	57 (6.8)
ผู้เลี้ยงดูหลัก		
พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก	326 (49.1)	538 (64.3)
พ่อแม่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก	338 (50.9)	299 (35.7)
ระยะเวลาการได้รับนมแม่		
น้อยกว่า 6 เดือน	375 (56.5)	441 (52.7)
6 เดือนขึ้นไป	289 (43.5)	396 (47.3)

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

น้ำหนักตามเกณฑ์ ก่อนการระบาด ร้อยละ 81.8 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 76.7 โดยก่อนการระบาดกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักค่อนข้างมากกับน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 3.3

กับร้อยละ 6.2 เพิ่มขึ้นในระหว่างการระบาด คือร้อยละ 4.3 กับร้อยละ 9.3 กลุ่มตัวอย่างที่ น้ำหนักน้อยสูงขึ้นในระหว่างการระบาด คือ ร้อยละ 3.1 และ 4.2 กลุ่มตัวอย่างมีความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนการระบาดอยู่ใน เกณฑ์สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง และสูง ร้อยละ 83.6, 2.4 และ 2.7 ตามลำดับ และระหว่างการระบาด ร้อยละ 80.6, 4.9 และ 4.2 ตาม ลำดับ มีภาวะเตี้ยใกล้เคียงกัน คือก่อนระบาด ร้อยละ 4.5 และระหว่างระบาด ร้อยละ 4.8 และ

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ ส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์สมส่วนก่อนการระบาด ร้อยละ 80.3 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 77.7 อยู่ในเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน ก่อน การระบาด ร้อยละ 3.8, 4.2 และ 4.2 ตามลำดับ และระหว่างการระบาดร้อยละ 4.3, 5.3 และ 5.1 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะพอมก่อน การระบาดสูงกว่าระหว่างการระบาด คือ ร้อยละ 3.9 และ 2.5 (แสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

ดัชนีบ่งชี้	ก่อนการระบาด (n=664)	ระหว่างการระบาด (n=837)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ (สูงกว่า +2 SD)	41 (6.2)	78 (9.3)
น้ำหนักค่อนข้างมาก (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2 SD)	22 (3.3)	36 (4.3)
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	543 (81.8)	642 (76.7)
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	37 (5.6)	46 (5.5)
น้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า -2 SD)	21 (3.1)	35 (4.2)
ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
สูง (สูงกว่า +2 SD)	18 (2.7)	35 (4.2)
ค่อนข้างสูง (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2 SD)	16 (2.4)	41 (4.9)
สูงตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	555 (83.6)	675 (80.6)
ค่อนข้างเตี้ย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	45 (6.8)	46 (5.5)
เตี้ย (ต่ำกว่า -2 SD)	30 (4.5)	40 (4.8)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ดัชนีบ่งชี้	ก่อนการระบาด (n=664)	ระหว่างการระบาด (n=837)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง		
อ้วน (สูงกว่า +3 SD)	28 (4.2)	43 (5.1)
เริ่มอ้วน (สูงกว่า +2 SD ถึง +3 SD)	28 (4.2)	44 (5.3)
ท้วม (สูงกว่า +1.5 SD ถึง +2 SD)	25 (3.8)	36 (4.3)
สมส่วน (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	533 (80.3)	650 (77.7)
ค่อนข้างผอม (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	24 (3.6)	43 (5.1)
ผอม (ต่ำกว่า -2 SD)	26 (3.9)	21 (2.5)

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 แยกรายกลุ่มอายุ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี และอายุ 3 - 6 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี เมื่อวิเคราะห์ตามดัชนีชี้บ่งน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมากเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.8 เป็นร้อยละ 8.1 ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.002 กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักน้อยไม่พบความแตกต่างทางด้านสถิติ ด้านดัชนีบ่งชี้ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบเพียงหนึ่งกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในเกณฑ์สูง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 4.5 ในช่วงก่อน

และระหว่างการระบาดของโควิด-19 โดยมีค่า p-value 0.046 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเตี้ย ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 3 ปี ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ และดัชนีบ่งชี้ น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง พบว่ามีเพียงหนึ่งกลุ่มเช่นเดียวกันที่มีความแตกต่างกันในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือในกลุ่มที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ผอม ซึ่งพบว่าลดลงในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ซึ่งลดลงมากกว่าครึ่งจากร้อยละ 5.0 เป็นร้อยละ 2.2 โดยมีค่า p-value 0.040 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 เป็นร้อยละ 3.4 ส่วนในกลุ่มอายุ 3 - 6 ปี จากการวิเคราะห์ทั้ง 3 ดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการ ไม่พบความแตกต่างของภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 (แสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและระหว่างการรักษาของโควิด-19 แยกรายกลุ่มอายุ

ดัชนีชี้	อายุต่ำกว่า 3 ปี				อายุ 3 - 6 ปี			
	ก่อน (n=322)		ระหว่าง (n=444)		ก่อน (n=342)		ระหว่าง (n=393)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	P-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	P-value
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ								
น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ (สูงกว่า +2SD)	9 (2.8)	36 (8.1)		0.002	32 (9.4)	42 (10.7)		0.550
น้ำหนักค่อนข้างมาก (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	9 (2.8)	17 (3.8)		0.435	13 (3.8)	19 (4.8)		0.493
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5SD ถึง +1.5SD)	273 (84.8)	344 (77.5)		0.012	270 (78.9)	298 (75.8)		0.314
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	18 (5.6)	25 (5.6)		1.000	19 (5.6)	21 (5.4)		0.899
น้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า -2SD)	13 (4.0)	22 (5.0)		0.548	8 (2.3)	13 (3.3)		0.473
ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ								
สูง (สูงกว่า +2SD)	6 (1.9)	20 (4.5)		0.046	12 (3.5)	15 (3.8)		0.825
ค่อนข้างสูง (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	7 (2.2)	20 (4.5)		0.084	9 (2.6)	21 (5.3)		0.064
สูงตามเกณฑ์ (-1.5SD ถึง +1.5SD)	265 (82.3)	346 (77.9)		0.137	290 (84.8)	329 (83.7)		0.689
ค่อนข้างเตี้ย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	24 (7.4)	32 (7.2)		0.897	21 (6.2)	14 (3.6)		0.102
เตี้ย (ต่ำกว่า -2SD)	20 (6.2)	26 (5.9)		0.838	10 (2.9)	14 (3.6)		0.627
น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง								
อ้วน (สูงกว่า +3SD)	5 (1.6)	15 (3.4)		0.118	23 (6.7)	28 (7.1)		0.832
เริ่มอ้วน (สูงกว่า +2SD ถึง +3SD)	13 (4.0)	25 (5.6)		0.316	15 (4.4)	19 (4.9)		0.773
ท้วม (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	10 (3.1)	19 (4.3)		0.401	15 (4.4)	17 (4.3)		0.968
สมส่วน (-1.5SD ถึง +1.5SD)	267 (82.9)	349 (78.6)		0.137	266 (77.8)	301 (76.6)		0.702
ค่อนข้างผอม (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	11 (3.4)	26 (5.9)		0.120	13 (3.8)	17 (4.3)		0.720
ผอม (ต่ำกว่า -2SD)	16 (5.0)	10 (2.2)		0.040	10 (2.9)	11 (2.8)		0.919

บทสรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ยังพบปัญหาทุพโภชนาการสองปลาย ทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน คือ โดยด้านภาวะโภชนาการขาดก่อนการระบาดของโควิด-19 พบว่ามีภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 3.1 โดยระหว่างการระบาดของโควิด-19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.2 ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 4.8 ภาวะผอมลดลงจากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 2.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะเตี้ยและภาวะผอมในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่เกินเป้าหมายในระดับประเทศที่ตั้งไว้ คือ มีภาวะเตี้ยไม่เกินร้อยละ 10 และมีภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5⁽¹³⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะโภชนาการขาด ทั้งเด็กที่มีน้ำหนักน้อย ภาวะเตี้ย และภาวะผอม ทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าเด็กปฐมวัยมีภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.1 เด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.6 และเด็กมีภาวะผอม ร้อยละ 8.2⁽¹⁴⁾ ด้านภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ทั้งภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วน โดยภาวะเริ่มอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 5.3 และภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 5.1 เมื่อพิจารณาตามเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนการระบาด

ของโควิด-19 ทั้งภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันเป็นร้อยละ 8.4 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย คือเป้าหมายมีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันไม่เกินร้อยละ 9⁽¹³⁾ แต่ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข และความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนของการศึกษานี้ใกล้เคียงการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าเด็กปฐมวัยมีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันเป็นร้อยละ 11.1⁽¹⁴⁾ แต่น้อยกว่าการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัดของประเทศไทย พ.ศ. 2562 ที่พบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันถึงร้อยละ 12.7 เมื่อพิจารณาแยกรายภาวะโภชนาการแล้วพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าจากการศึกษานี้ระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่ามีเด็กที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 51. ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัดของประเทศไทย พ.ศ. 2562 คือร้อยละ 3.5⁽¹⁵⁾

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

ระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งสองช่วงอายุ โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 2.8 เป็นร้อยละ 8.1 (p-value 0.002) ทั้งนี้การใช้ดัชนีอ้างอิงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเพียงเกณฑ์เดียวไม่อาจจะระบุปัญหาด้านโภชนาการได้ชัดว่าเกิด

จากการที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงที่ดี หรือเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจากภาวะอ้วน ดังนั้นจึงต้องพิจารณาร่วมกับดัชนีบ่งชี้ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง^(11,12) เมื่อพิจารณาข้อบ่งชี้การเจริญเติบโตในด้านความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง พบข้อมูลที่สอดคล้องกันคือในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์สูง จากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 4.5 ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.046) และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงที่อยู่ภาวะผอมที่พบว่าเด็กมีภาวะผอมลดลงมากกว่าครึ่งในระหว่างการระบาดของโควิด-19 จากร้อยละ 5.0 เป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.040) รวมทั้งแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะอ้วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 เป็น ร้อยละ 3.4 การเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะสูงนั้นแสดงถึงศักยภาพด้านการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงในเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจมาจากการได้รับอาหารที่เพียงพอและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระหว่างการระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยส่วนหนึ่งหยุดเรียนตามมาตรการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อควบคุมป้องกันโรค⁽¹⁷⁾ จึงทำให้เด็กมีแบบแผนการบริโภค

อาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ปกครองให้ข้อคิดเห็นการบริโภคอาหารของเด็กที่บริโภคหลากหลายเมนูมากขึ้น แต่อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครองเลือกมักเป็นอาหารที่เป็นอาหารสะดวกซื้อ หรืออาหารสำเร็จรูปเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาหารกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักเป็นอาหารที่ไขมันและน้ำตาลสูง อีกทั้งเด็กและผู้เลี้ยงดูที่เป็นพ่อแม่มีเวลาอยู่บ้านมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อแม่เพิ่มขึ้นจากก่อนการระบาดคือร้อยละ 49.1 เป็นร้อยละ 64.3 ทำให้เด็กสามารถกินอาหารได้ทุกช่วงเวลาเนื่องจากไม่มีการกำหนดตารางประจำวันเหมือนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมไปถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแบบตามใจของผู้เลี้ยงดู⁽¹⁹⁾ ผนวกกับการต้องจำกัดบริเวณอยู่บ้าน ทำให้ใช้พลังงานและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจาก และไม่ได้มีกิจกรรมการเล่นนอกบ้าน⁽⁸⁾ ซึ่งจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ปกครองให้ข้อคิดเห็นว่าเด็กมีอาการเหนื่อยหอบง่ายกว่าที่เคยเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือใช้กำลัง มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น มีกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป อาทิเช่นนอนดึกขึ้น มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน รวมไปถึงการอยู่หน้าจอเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽¹⁸⁾ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาทุโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัย ยังคงมีอยู่ทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งอาจเกิดได้ในครัวเรือนเดียวกัน หรือแม้แต่บุคคลคนเดียวกัน ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้มักพบในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทวีปเอเชียรวมถึงประเทศไทย ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็ว^(20,21) การระบาดของโควิด-19 ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการเกินในเด็กปฐมวัยที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการ และปริมาณที่เหมาะสมเตรียมให้เด็ก พร้อมกำหนดมื้ออาหารของเด็กให้ครบทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งลดอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลสูง และเพิ่มกิจกรรมทางกายที่สามารถทำภายในบ้านได้

2. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองติดตามการเจริญเติบโตของเด็กด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กราฟการเจริญเติบโตในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดชมพู) หรือใช้แอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลสุขภาพเด็ก การประเมินการเจริญเติบโต ซึ่งทำได้ง่ายเมื่อพบภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการได้ด้วยตนเอง เพิ่มเติมจากการเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโตในคลินิกสุขภาพเด็กดี

3. ควรมีการจัดตั้งจุดบริการสุขภาพ (Health Station) ที่มีการบริการเครื่องชั่ง

น้ำหนัก และวัดส่วนสูงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน พร้อมการแปลผลภาวะโภชนาการ คำแนะนำด้านสุขภาพและโภชนาการ ในแหล่งชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้งานได้ด้วยตนเอง

อ้างอิง

1. Winichagoon P. Thailand nutrition in transition: Situation and challenges of maternal and child nutrition. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2013; 22(1):6-15.
2. พัทธนี วินิจจะกุล. โภชนาการช่วงแรกของชีวิตกับทุโภชนาการสองปลาย: ความท้าทายสำหรับประเทศไทย. วารสารโภชนาการ. 2558; 50(2):11-25.
3. Rachel N, Carol L, Jessica H, Brian H. Economic effects of the double burden of malnutrition. The Lancet. 2020; 395(10218):156-164.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. รายงานผลการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ปีงบประมาณ 2561 ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิช (กรุงเทพ) จำกัด; 2561
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. สถานการณ์โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 0 - 5 ปี: รายงานระบบ HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition/198432>

6. UNICEF. Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people. [Internet]. 2021 [cited 2022 March 16]. Available from: <https://www.unicef.org/media/112891/file/UNICEF%2075%20report.pdf>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครอบครัวเปราะบาง: ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/6206/file/COVID-19%20Impact%20on%20young%20children.pdf>
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. รายงานการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้นของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยต่อการบริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท เอ็มดี ออล กราฟิก จำกัด; 2564
9. Wayne W. D., Chad L. C. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 10th ed. United States of America: np; 2013
10. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=67e41dbb1ce5d844d49f6b7b10e30d01
11. ญัฐวรรณ เขาวนลิลิตกุล, สุพจน์ รื่นเริงกลิ่น, ลักษณิน รุ่งตระกูล. คู่มือการใช้มาตรฐานการเจริญเติบโต ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในเด็กแรกเกิด-5 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558
12. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก 6 - 19 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2564
13. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ไชน์; 2563
14. พรณี ไพบูลย์ และคณะ. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขนศรสวรรค์. 2561;4(2):27-42.
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัด

- ของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และประเทศไทย.
16. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, ภาวะโภชนาการเด็กไทย. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2559. หน้า 121-146.
 17. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands06.pdf
 18. ปัญญาศ ท่วมเพ็ชร, วรพรรณ เหมชะญาติ. ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาวะของเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียนวัดผาสุกมณีจักร. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565];16(2):13. เข้าถึงได้จาก <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/download/249072/168567/914497>
 19. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิดา ไกรมงคล, รุ่งรติ พุฒิสถียร. การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารการพยาบาล. 2560; 32(4):120-133
 20. Tontisirin K., Winichagoon P. Community-based programmes: Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand. Food Nutr Bull. 1999; 20(3):315-322
 21. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Langhendries JP, Dain E, et al. European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: Follow-up of a randomized trial. Am J Clin Nutr. 2014; 99:1041-1051.