1. Assessment บทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด ข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ที่นำมาใช้
ตัวชี้วัดที่ 3.3 ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน-รอบ 5 เดือนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

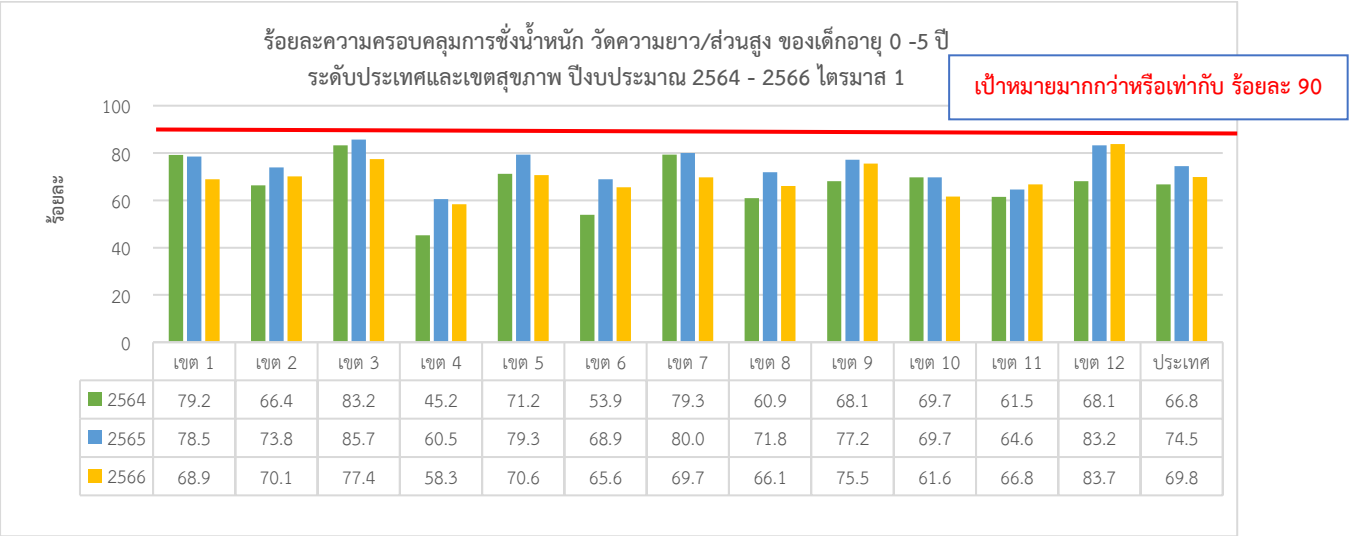
❖ **แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ**

<u>สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน</u>

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ภาพรวมประเทศ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่าการดำเนินงานยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) คือ ร้อยละ 66.8 ในปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 74.5 ในปีงบประมาณ 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 69.8 ในปีงบประมาณ 2566 เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าทุกเขตสุขภาพดำเนินงานได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งเขตสุขภาพที่ 12, 3 และ 2 มีผลการดำเนินงานสูงสุดคือ ร้อยละ 83.7, 77.4 และ 78.5 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4, 10 และ 6 มีผลการดำเนินงานต่ำสุด คือ ร้อยละ 58.3, 61.6 และ 65.6 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนภาพรวมประเทศ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่าเกือบทุกเขตสุขภาพมีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 พบว่า เขตสุขภาพที่ 7, 10 และ 11 มีผลการดำเนินงานร้อยละเด็กสูงดีสมส่วนสูงสุด แต่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 66 คือ ร้อยละ 65.0, 63.5 และ 63.2 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพอื่นมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง (แผนภูมิที่ 2)

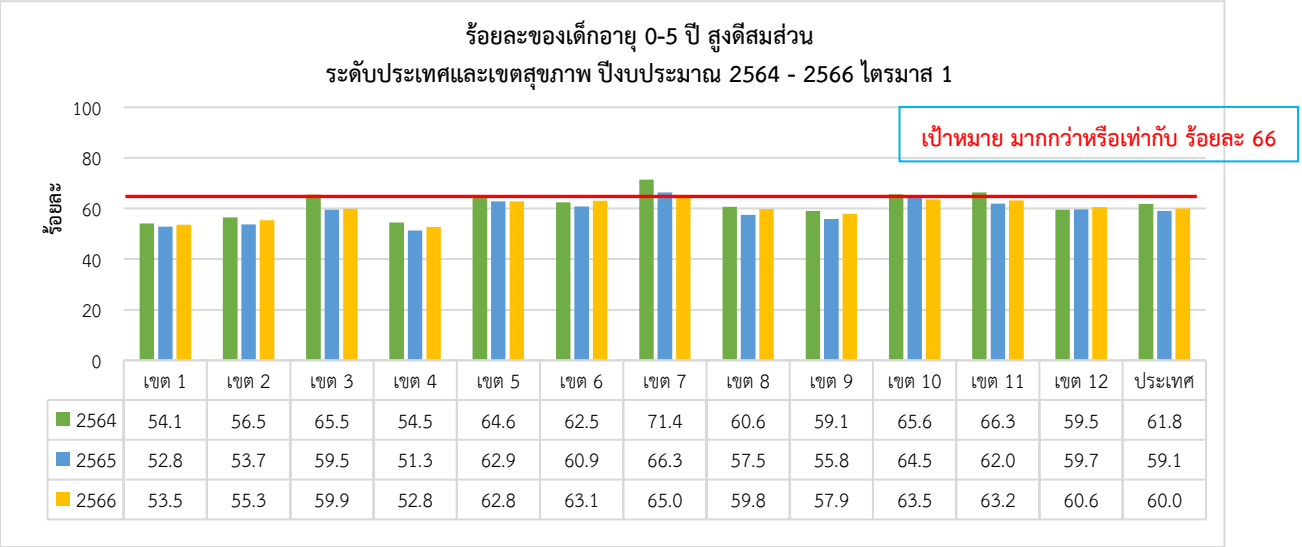
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 -5 ปี ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ไตรมาส 1



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2564	79.2	66.4	83.2	45.2	71.2	53.9	79.3	60.9	68.1	69.7	61.5	68.1	66.8
2565	78.5	73.8	85.7	60.5	79.3	68.9	80.0	71.8	77.2	69.7	64.6	83.2	74.5
2566	68.9	70.1	77.4	58.3	70.6	65.6	69.7	66.1	75.5	61.6	66.8	83.7	69.8

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ไตรมาส 1



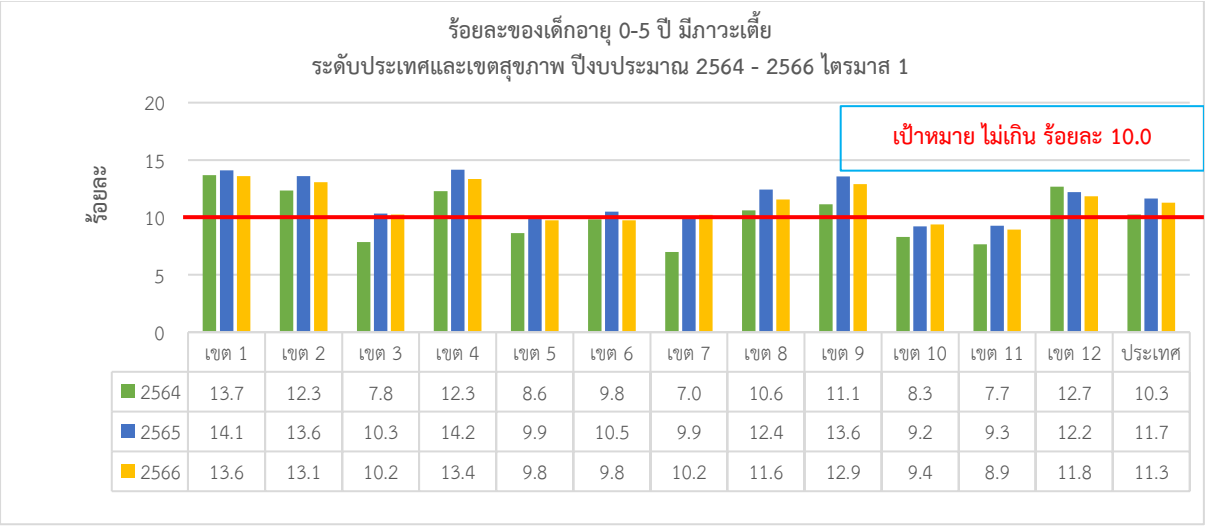
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2564	54.1	56.5	65.5	54.5	64.6	62.5	71.4	60.6	59.1	65.6	66.3	59.5	61.8
2565	52.8	53.7	59.5	51.3	62.9	60.9	66.3	57.5	55.8	64.5	62.0	59.7	59.1
2566	53.5	55.3	59.9	52.8	62.8	63.1	65.0	59.8	57.9	63.5	63.2	60.6	60.0

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

<u>สถานการณ์เด็กเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน</u>

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศ ร้อยละ 11.3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปี 2566 ไตรมาส 1 เขตสุขภาพที่ 11, 10, 5 และ 6 มีร้อยละเด็กเตี้ยไม่เกินค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 8.9, 9.4, 9.8 และ 9.8 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 1, 4, และ 2 มีร้อยละเด็กเตี้ยเกินค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 13.6, 13.4 และ 13.1 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 ไตรมาสที่ 1

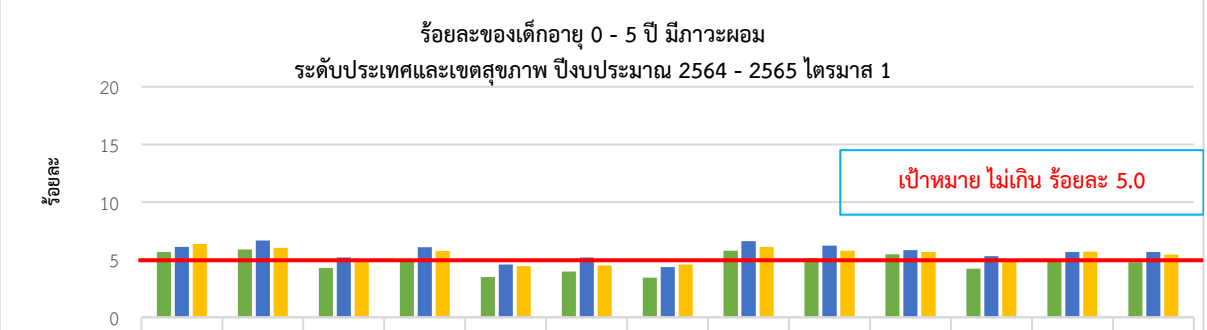


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2564	13.7	12.3	7.8	12.3	8.6	9.8	7.0	10.6	11.1	8.3	7.7	12.7	10.3
2565	14.1	13.6	10.3	14.2	9.9	10.5	9.9	12.4	13.6	9.2	9.3	12.2	11.7
2566	13.6	13.1	10.2	13.4	9.8	9.8	10.2	11.6	12.9	9.4	8.9	11.8	11.3

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ร้อยละ 5.4 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า ในปี 2566 ไตรมาส 1 เขตสุขภาพที่ 5, 6, 7, 11 และ 3 มีร้อยละเด็กผอมไม่เกินค่าเป้าหมายคือ 4.4, 4.5, 4.6, 4.9 และ 4.9 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 1, 8 และ 2 มีร้อยละเด็กผอมเกินค่าเป้าหมาย คือ 6.4, 6.1 และ 6.0 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 6)

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 – 2566 ไตรมาส 1

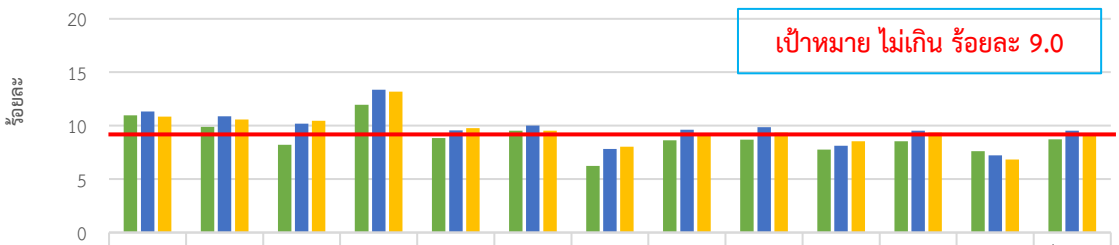


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2564	5.7	5.9	4.3	4.9	3.5	4.0	3.5	5.8	5.1	5.5	4.2	4.8	4.8
2565	6.1	6.7	5.2	6.1	4.6	5.2	4.4	6.6	6.2	5.8	5.3	5.7	5.7
2566	6.4	6.0	4.9	5.7	4.4	4.5	4.6	6.1	5.8	5.7	4.9	5.7	5.4

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศ ร้อยละ 9.3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) พบว่า เขตสุขภาพที่ 12, 7 และ 10 มีร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินค่าเป้าหมาย คือ 6.8, 8.0 และ 8.5 เขตสุขภาพที่ 4, 1 และ 2 มีร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกินค่าเป้าหมาย คือ 13.2, 10.9 และ 10.6 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 7)

แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ไตรมาส 1

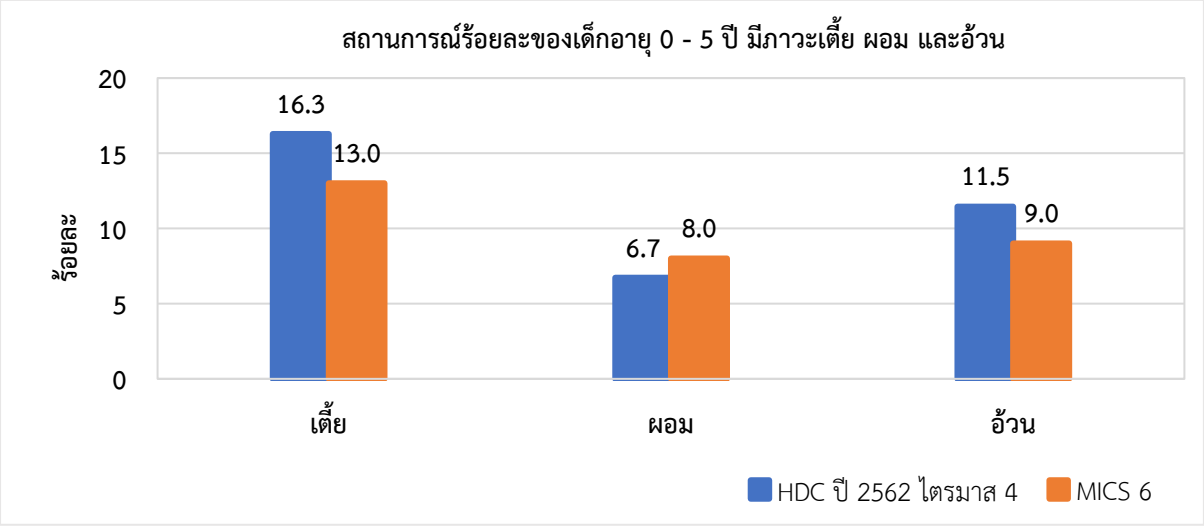


	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
2564	11.0	9.9	8.2	12.0	8.8	9.5	6.2	8.6	8.7	7.8	8.5	7.6	8.7
2565	11.3	10.9	10.2	13.4	9.6	10.0	7.8	9.6	9.9	8.1	9.5	7.2	9.5
2566	10.9	10.6	10.5	13.2	9.8	9.5	8.0	9.1	9.3	8.5	9.3	6.8	9.3

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2562 ไตรมาสที่ 4 และการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 (MICS 6) ซึ่งเป็นข้อมูลการสำรวจในปีเดียวกัน จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ข้อมูลแสดงถึงปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ยังอยู่ในระดับที่น่ากังวล คือ ภาวะเตี้ยและภาวะผอม ที่ยังไม่ได้ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (แผนภูมิที่ 8)

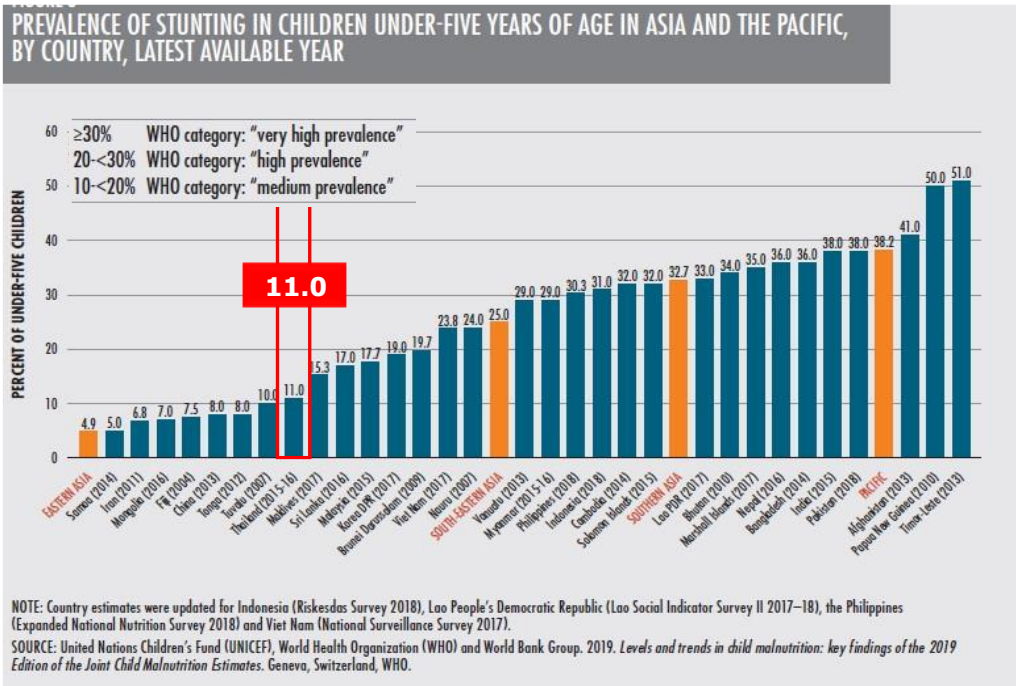
แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม และอ้วน ระดับประเทศ เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส 4 ปี งบประมาณ พ.ศ. 2562 และข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 (MIC6)



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 7 ต.ค. 65 และการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS 6)

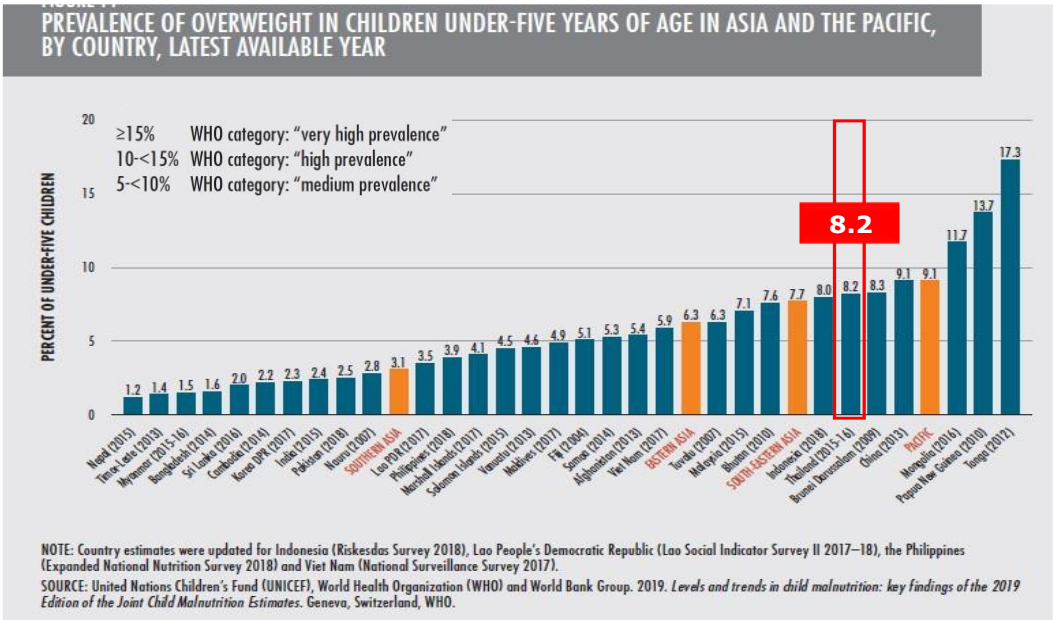
ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก พบว่าความชุกของภาวะเตี้ยค่อนข้างสูง ประเทศที่มีความชุกสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ อัฟกานิสถาน ปาปัวนิวกินี และติมอร์เลสเต คือร้อยละ 41.0, 50.0 และ 51.0 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นภาวะเตี้ยยังเป็นประเด็นที่น่ากังวล ทั้งนี้ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่มีความชุกของภาวะเตี้ยระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งประเทศไทยมีความชุกของภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.0 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9 และจากแผนภูมิที่ 10 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีความชุกของภาวะผอมอยู่ในระดับปานกลางรวมถึงประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยมีภาวะผอม ร้อยละ 5.4 ลนอกจากนี้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกยังพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลางรวมถึงประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 8.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 11 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังเป็นปัญหาระดับนานาชาติที่ต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา

แผนภูมิที่ 9 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ย ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก



แผนภูมิที่ 10 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะผอม ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

แผนภูมิที่ 11 ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วน ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก



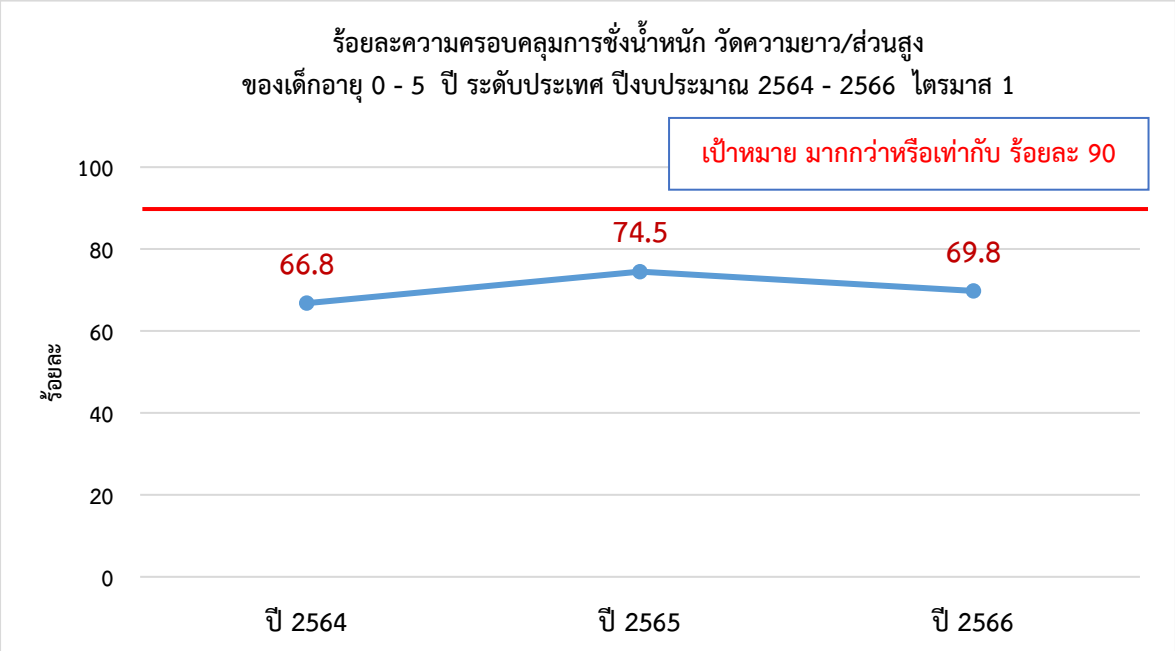
❖ **แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ T (Trends) แนวโน้ม**

<u>สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน</u>

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ระดับประเทศ ปี 2564 – 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.8 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 74.5 ในปี 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 69.8 ในปี 2566 (แผนภูมิที่ 12) ข้อสังเกตในปี 2566 ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ลดลงเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขบางส่วนมีการถ่ายโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ข้อมูลของเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ไม่ได้รับการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC

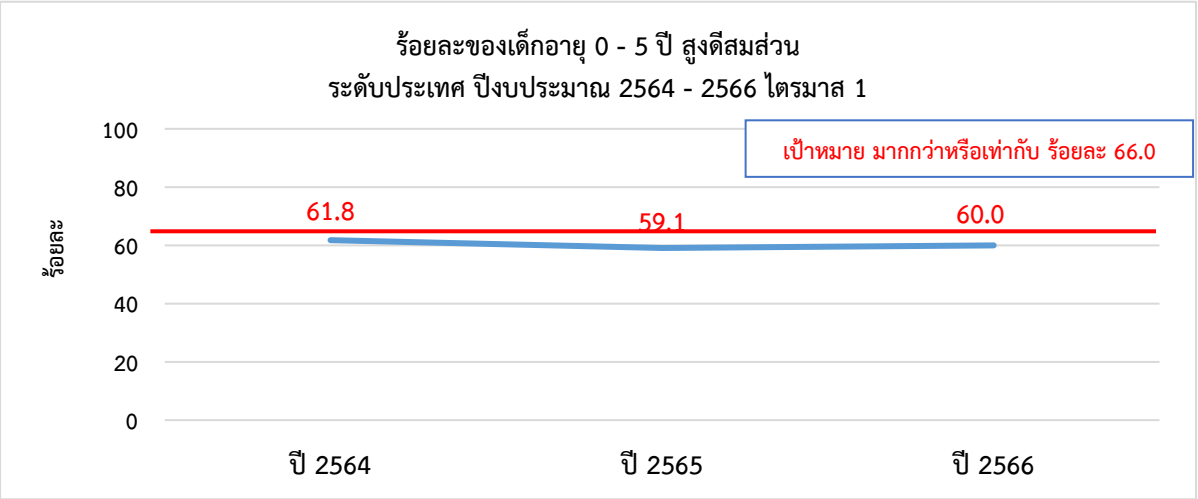
สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศ ปี 2564 – 2566 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 61.8 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 59.1 ในปี 2565 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.0 ในปี 2566 (แผนภูมิที่ 13) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด Covid-19 มีการระบาดลดลง และมาตรการผ่อนปรน ทำให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก สามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงอาหารเพิ่มขึ้น เด็กมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมหรือได้รับอาหารพียงพอ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตดี

แผนภูมิที่ 12 แนวโน้มร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ไตรมาสที่ 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

แผนภูมิที่ 13 แนวโน้มร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ไตรมาส 1



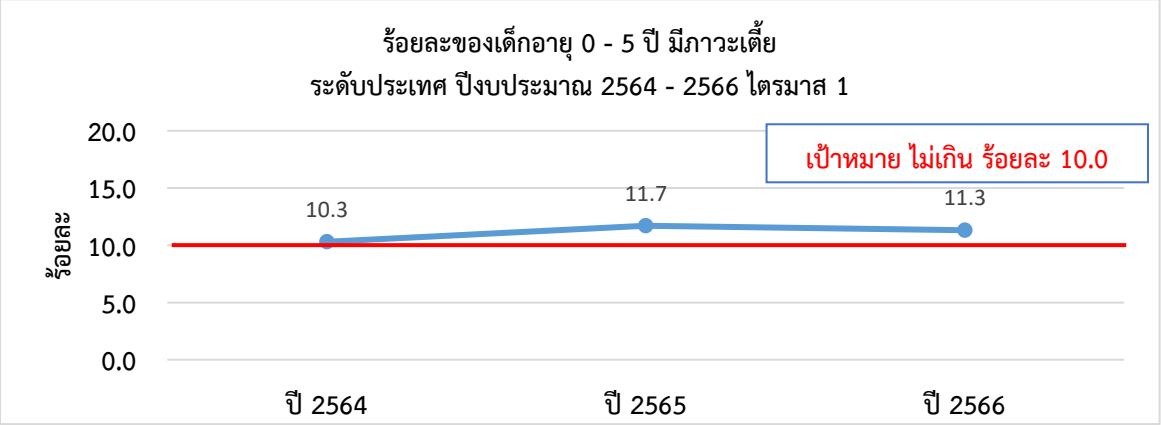
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

<u>สถานการณ์เด็กเตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน</u>

ข้อมูลจากแผนภูมิที่ 16 – 18 สถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปี 2564 – 2566 พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือเด็กเตี้ย รองลงมาคือ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน และเด็กผอม

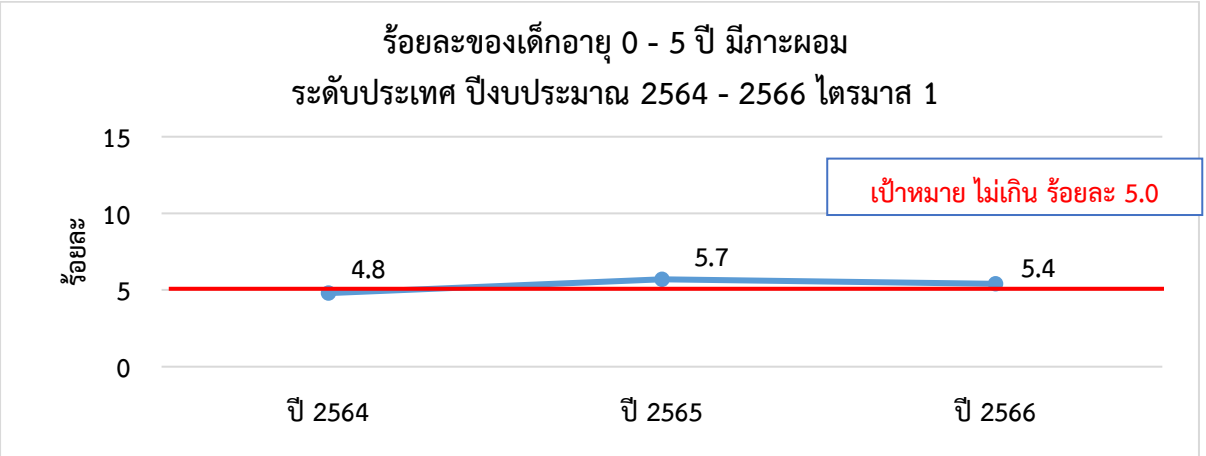
จากข้อมูลระดับประเทศ ปี 2564 - 2566 พบว่า สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 11.3 ในปี 2566 (แผนภูมิที่ 16) ภาวะผอม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 5.7 ในปี 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 5.4 ในปี 2566 (แผนภูมิที่ 17) และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.7 ในปี 2564 เป็น ร้อยละ 9.5 ในปี 2565 และลดลงเป็น ร้อยละ 9.3 ในปี 2566 (แผนภูมิที่ 18)

แผนภูมิที่ 16 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 ไตรมาส 1



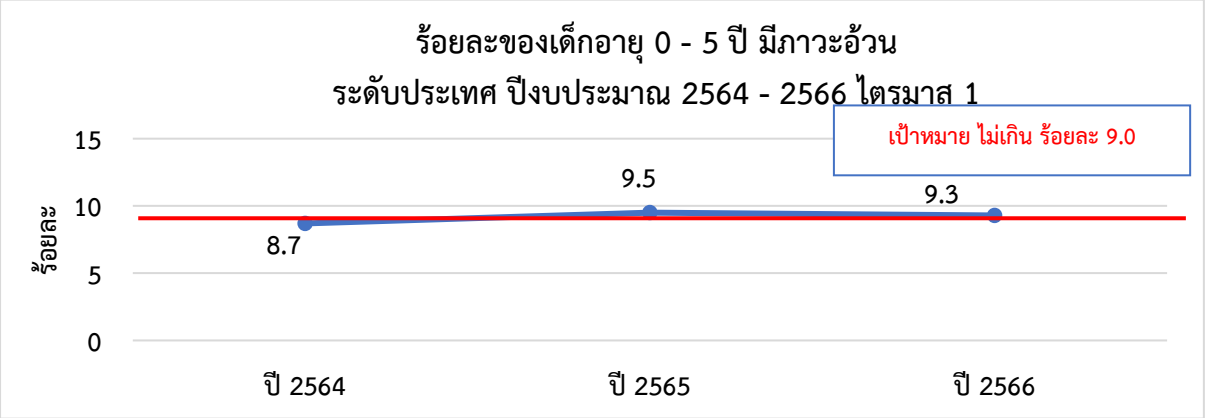
ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

แผนภูมิที่ 17 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 - 2666 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับประเทศและเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 ไตรมาส 1

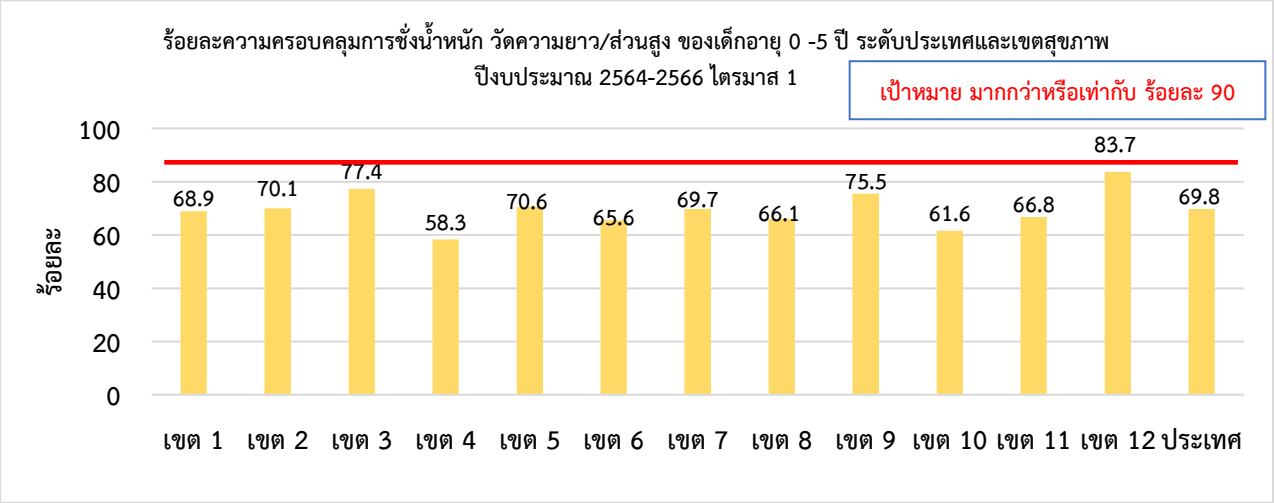


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

❖ **แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ LE (Level) ของผลการดำเนินงานในปัจจุบัน**

ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 พบว่าภาพรวมของประเทศยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพพบว่ามีผลการดำนินมีค่าร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ต่ำกว่าค่าเป้าหมายทุกเขตสุขภาพเช่นเดียวกัน (แผนภูมิที่ 19)

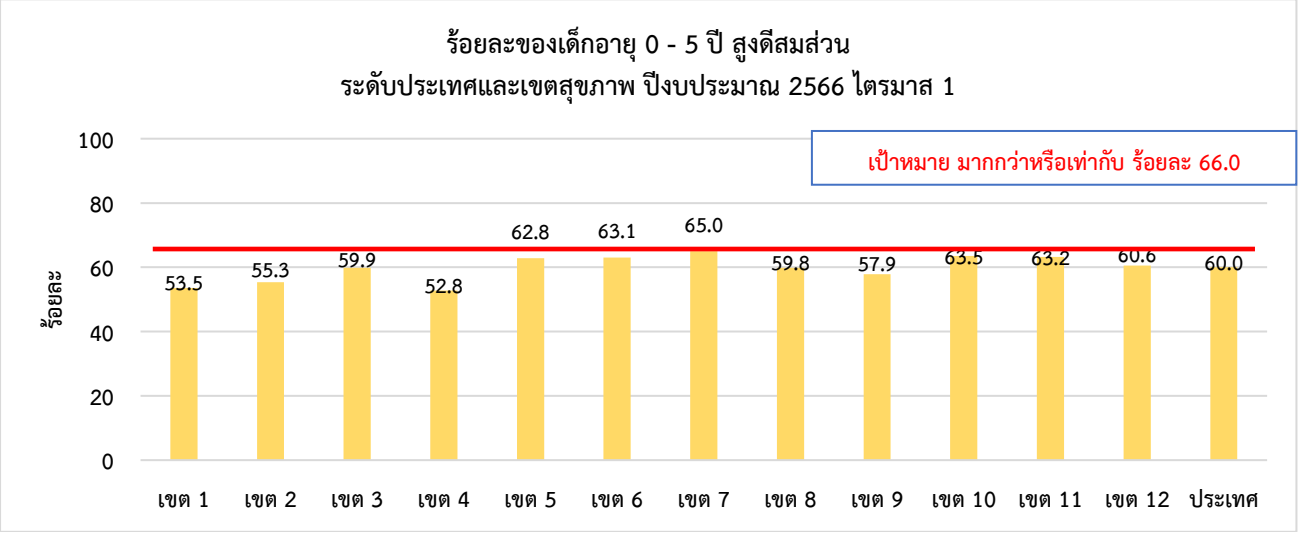
แผนภูมิที่ 19 ร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ณ วันที่ 12 ม.ค. 656

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66 พบว่าภาพรวมของประดับประเทศยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 10 และ 11 มีผลการดำเนินงานสูงสุดแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 65.0 63.5 และ 63.2 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพอื่นยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง (แผนภูมิที่ 20)

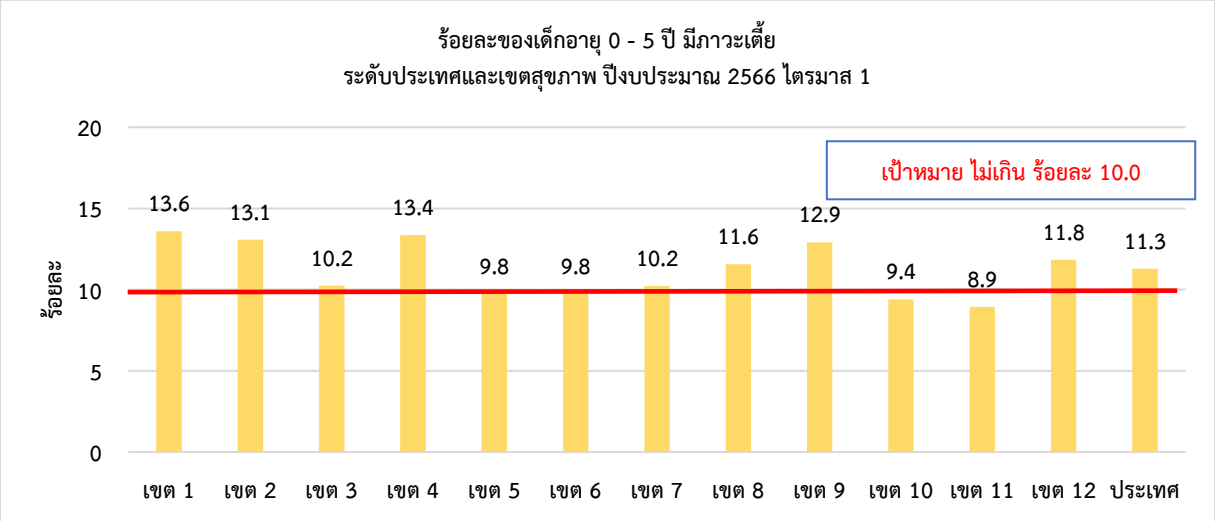
แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 10.0 พบว่าภาพรวมของประเทศยังมีผลการดำเนินงานที่เกินกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 11, 10, 5 และ 6 มีร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ยผ่านเกณฑ์ คือ 8.9, 9.4, 9.8 และ 9.8 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพอื่นมีเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ยต่ำกว่าเกณฑ์ ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง (แผนภูมิที่ 23)

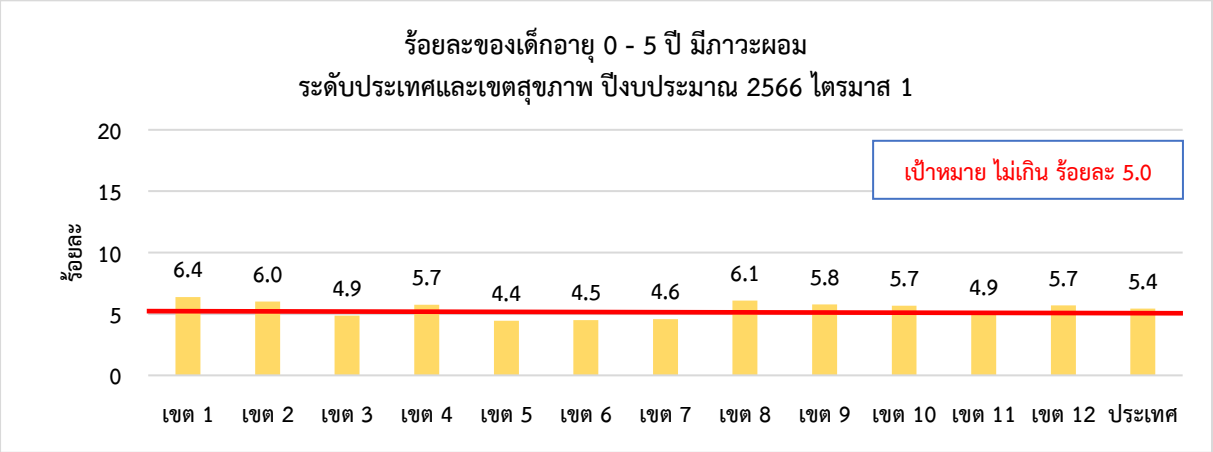
แผนภูมิที่ 23 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ 5.0 พบว่าภาพรวมประเทศยังมีผลการดำเนินงานเกินกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 5, 6, 7, 11 และ 3 มีร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ไม่เกินค่าเป้าหมาย คือ 4.4, 4.5, 4.6, 4.9 และ 4.9 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพอื่นมีร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี มีภาวะผอมต่ำกว่าเกณฑ์ ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง (แผนภูมิที่ 24)

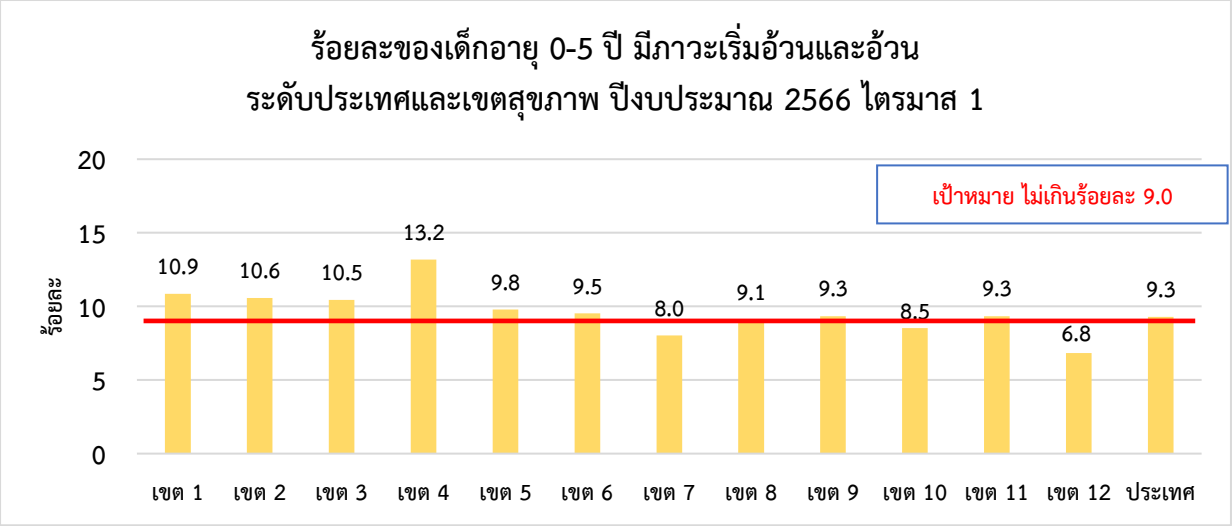
แผนภูมิที่ 24 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 9.0 ภาพรวมของประเทศยังมีผลการดำเนินงานเกินกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 12, 7 และ 10 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกินค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 6.8, 8.0 และ 8.5 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพอื่น มีค่าร้อยละเด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกินกว่าค่าเป้าหมาย ดังแสดงในแผนภูมิด้านล่าง (แผนภูมิที่ 25)

แผนภูมิที่ 25 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 ณ วันที่ 12 ม.ค. 66

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สูงดีสมส่วน ส่วนสูงเฉลี่ย เตี้ย ผอม เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 0 – 5 ปี

จากข้อมูลการเปรียบเทียบ แนวโน้ม และผลการดำเนินงานในปัจจุบันข้างต้น พบว่า ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทั้งระดับประเทศ และรายเขตสุขภาพต่ำกว่าค่าเป้าหมาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.8 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 74.5 ในปี 2565 และลดลงเป็นร้อยละ 69.8 ในปี 2566 เกือบทุกเขตสุขภาพมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ซึ่งความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงที่ลดลง อาจเนื่องจากการโอนย้ายของรพ.สต. ไปสังกัดอบจ. จึงทำให้ข้อมูลการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงลดลง

สถานการณ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ปี 2564 - 2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.1 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 60.0 ในปี 2566 ทั้งนี้ในปี 2566 ยังพบปัญหาทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ คือ เด็กเตี้ย (ร้อยละ 11.3) รองลงมา คือเด็กอ้วน (ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน) (ร้อยละ 9.3) และเด็กผอม (ร้อยละ 5.4) ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กปฐมวัย จากการสำรวจการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี โดยแบ่งอาหารออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าวแป้ง กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มนม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอในทุกกลุ่มอาหาร ส่วนเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับปริมาณอาหารเพียงพอเพียงกลุ่มเดียว คือ กลุ่มเนื้อสัตว์ (ข้อมูล : การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2551 -2552) และพบว่าเด็กอายุ 6 - 23 เดือน ได้รับอาหารเพียงพอขั้นต่ำเพียงร้อยละ 66.3 (MICS6 พ.ศ. 2562)

นอกจากนี้จากการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต จากการถอดบทเรียนความสำเร็จและยกระดับ Practice สู่ Best Practice การส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ภายใต้กิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน ปี 2565 พบว่า ยังมีช่องว่าง (Gap) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย คือ ยังขาดการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน การสร้างความร่วมมือของการภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และการสร้างความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการให้กับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0 – 5 ปี รวมถึงข้อมูลจากการตรวจราชการ การลงติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ทั้งช่องทาง online และ onsite พบว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และชุมชน ยังมีปัญหาเรื่องเครื่องมือที่ไม่ได้มาตรฐาน อีกทั้งบุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครูในโรงเรียนระดับอนุบาลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ยังขาดทักษะ เรื่องวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงที่ถูกต้อง เป็นผลทำให้ข้อมูลเด็กสูงดีสมส่วน เตี้ย ผอม อ้วน ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจนำไปสู่การกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินงานระดับพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม

ด้วยสถานการณ์และความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องขับเคลื่อนงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0 – 5 ปี ผ่านกลไกมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ด้วยมาตรการการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่ายและการสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตและโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

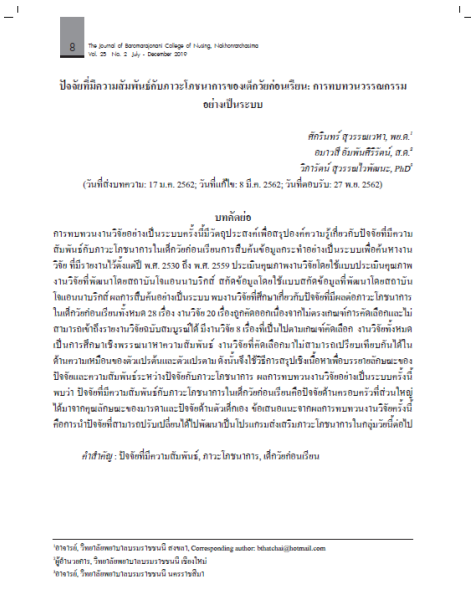
❖ ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS6)

ภาวะทุพโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เป็นสิ่งสะท้อนถึงสุขภาพโดยรวมของเด็ก และเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ เด็กที่ขาดสารอาหารมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร ส่วนเด็กที่มีชีวิตรอดจะเจ็บป่วยบ่อย ๆ และจะทำให้การเจริญเติบโตชะงัก การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS6) พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยมีภาวะเตี้ยร้อยละ 13.3 มีภาวะผอม ร้อยละ 7.7 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 9.2 ซึ่งภาวะทุพโภชนาการ ทั้ง 3 ดัชนี มีค่าสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่สำคัญต่อกรพัฒนาทุนมนุษย์

เอกสารอ้างอิง : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ



8 The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima
Vol. 25 No. 2 July - December 2019

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, พย.ด.[1]
อมาวสี สัมพันธ์วิวัฒน์, ส.ด.[2]
วิศรัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, Ph.D[3]

(วันที่ส่งบทความ: 17 ม.ค. 2562; วันที่แก้ไข: 8 มี.ค. 2562; วันที่ตอบรับ: 27 พ.ค. 2562)

บทคัดย่อ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนการสืบค้นข้อมูลกระทำอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหางานวิจัย ที่มีวางานได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ถึง พ.ศ. 2559 ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโชแอนนานวิกซ์ สกัดข้อมูลโดยใช้เบบสกัดข้อมูลที่พัฒนาโดยสถาบันโชแอนนานวิกซ์ ผลการสืบค้นอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนทั้งหมด 28 เรื่อง งานวิจัย 20 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกและไม่สามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ มีงานวิจัย 8 เรื่องที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือก งานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ งานวิจัยที่คัดเลือกมาไม่สามารถอภิปรายเพิ่มกันได้ในด้านความเหมือนของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนั้นจึงใช้วิธีการสรุปเชิงเนื้อหาเพื่อบรรยายลักษณะของปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะโภชนาการ ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนคือปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่วนใหญ่ได้มาจากคุณลักษณะของมารดาและปัจจัยด้านตัวเด็กเอง ข้อเสนอแนะจากผลการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้คือการนำปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ภาวะโภชนาการ, เด็กวัยก่อนเรียน

[1]อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, Corresponding author: bhutchai@hotmail.com
[2]ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
[3]อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านตัวของเด็กวัยก่อนเรียนเอง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อายุของมารดา ดัชนีมวลกายของมารดา อายุมารดาตอนตั้งครรภ์ จำนวนบุตรในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูด้านสุขภาพของผู้ปกครองแก่เด็ก สถานภาพสมรสปัจจุบันของมารดา รายจ่ายด้านอาหารของครอบครัว การได้รับบริการสุขภาพของผู้ปกครอง การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครอบครัว ความรู้ด้านโภชนาการ ทัศนคติและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัว การจัดอาหารให้รับประทาน และการเลี้ยงดูแบบตามใจ ในขณะที่ปัจจัยด้านตัวของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การได้รับนมมารดาช่วงอายุ 4 เดือนแรก การชอบรับประทานอาหารที่ทำให้อ้วน การรับประทานอาหารมากและบ่อยครั้ง และการออกกำลังกายน้อย ช่วงอายุของเด็กในช่วงอายุ 6-11 เดือน ลำดับบุตรคนที่ 4 ขึ้นไป การรับประทานขนมถุง 1 ถึง 4 หน่วยต่อสัปดาห์ การมีพัฒนาการล่าช้า เด็กมีภาวะผอม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอายุเด็กที่เริ่มให้อาหารเสริม

เอกสารอ้างอิง : ศักรินทร์ สุวรรณเวหา และคณะ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima Vol. 25 No. 2 July - December 2019.

3. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms

Double Burden of Malnutrition 3

Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms

Corinna Hawkes, Marie T Ruel, Leah Salm, Bryony Sinclair, Francesco Branca

Lancet 2020; 395: 142–55

Published Online December 15, 2019 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32506-1

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at Thelancet.com on January 30, 2020

This is the third in a Series of four papers about the double burden of malnutrition

See Editorial, *Lancet* 2020; 395: 7

Centre for Food Policy, City, University of London, London, UK (Prof C Hawkes PhD); International Food Policy Research Institute, Washington, DC, USA (M T Ruel PhD, L Salm MSc); World Cancer Research Fund International, London, UK (B Sinclair MPH); and World Health Organization, Geneva, Switzerland (F Branca PhD)

Actions to address different forms of malnutrition are typically managed by separate communities, policies, programmes, governance structures, and funding streams. By contrast, double-duty actions, which aim to simultaneously tackle both undernutrition and problems of overweight, obesity, and diet-related non-communicable diseases (DR-NCDs) have been proposed as a way to effectively address malnutrition in all its forms in a more holistic way. This Series paper identifies ten double-duty actions that have strong potential to reduce the risk of both undernutrition, obesity, and DR-NCDs. It does so by summarising evidence on common drivers of different forms of malnutrition; documenting examples of unintended harm caused by some undernutrition-focused programmes on obesity and DR-NCDs; and highlighting examples of double-duty actions to tackle multiple forms of malnutrition. We find that undernutrition, obesity, and DR-NCDs are intrinsically linked through early-life nutrition, diet diversity, food environments, and socioeconomic factors. Some evidence shows that programmes focused on undernutrition have raised risks of poor quality diets, obesity, and DR-NCDs, especially in countries undergoing a rapid nutrition transition. This Series paper builds on this evidence to develop a framework to guide the design of double-duty approaches and strategies, and defines the first steps needed to deliver them. With a clear package of double-duty actions now identified, there is an urgent need to move forward with double-duty actions to address malnutrition in all its forms.

Introduction

Most countries, at all levels of development, experience multiple forms of malnutrition.[1] The coexistence of nutritional deficiencies and overweight or obesity and associated diet-related non-communicable diseases (DR-NCDs)—ie, the double burden of malnutrition (DBM)—is observed within communities, households, and individuals.[2] In high-income countries, where overweight and obesity affects more than half of the population, food insecurity among people with low incomes manifests as low-quality diets often dominated by high consumption of foods, snacks, and beverages high in energy, sugar, fat, and salt.[3] These diets lead to excessive intakes of energy, DR-NCDs, and deficiencies in protein and essential micronutrients such as iron, folate, vitamins B6, B12, C, D, and calcium.[4] At the other extreme, low-income and middle-income countries (LMICs) still struggling with persistent problems of maternal undernutrition, child stunting and wasting, and widespread micronutrient deficiencies are having a rapid rise in overweight and obesity at lower levels of national income than previously seen.[5]

The DBM presents new challenges for policy and programming. In LMICs, national nutrition policies and donor funding have historically focused on undernutrition. Yet there is no longer just undernutrition, but also overweight, obesity, and DR-NCDs to deal with. There has been increasing global recognition that all types of malnutrition need to be addressed (panel 1). Target 2.2 of the Sustainable Development Goals is to "end malnutrition in all its forms"[6] and the *Lancet* Commission on the global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change highlights the need to tackle these interconnected problems simultaneously.[7]

Nevertheless, actions to address the different manifestations of malnutrition are still isolated from each other and implemented through different governance and funding mechanisms (panel 1). Studies over a decade

Key messages

- Actions to address undernutrition, and overweight and obesity have historically been developed and delivered separately from one another. Some evidence shows that programmes addressing undernutrition have unintentionally increased risks for obesity and diet-related non-communicable diseases (DR-NCDs) in low-income and middle-income countries where food environments are changing rapidly. Yet policies and interventions to address undernutrition typically fail to consider these risks.
- By contrast, double-duty actions aim to simultaneously prevent or reduce the risk of both nutritional deficiencies leading to underweight, wasting, stunting or micronutrient deficiencies, and obesity or DR-NCDs, with the same intervention, programme, or policy.
- Double-duty actions are based on the rationale that all forms of malnutrition share common drivers that can be leveraged for double impact. These drivers include early life nutrition, diet diversity, food environments, and socioeconomic factors.
- The available evidence indicates that there are ten strong candidates for double-duty actions across different sectors. These actions include interventions delivered through health services, social safety nets, educational settings, agriculture, food systems, and food environments
- Putting a double-duty approach into operation involves assessing the potential harm of existing actions and redesigning programmes and policies with a focus on double-duty actions. Changes in governance, financing, and capacity building will be needed to put the approach to use.
- Double-duty actions are urgently needed as part of a holistic approach to ending malnutrition in all its forms by 2030.

142 www.thelancet.com Vol 395 January 11, 2020

การดำเนินการเพื่อแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ โดยทั่วไปจะได้รับการจัดการโดยชุมชน นโยบาย โปรแกรม โครงสร้างการปกครอง และกระแสเงินทุน ในทางตรงกันข้ามการจัดการภาวะทุพโภชนาการสองปลาย เพื่อพร้อมรับมือทั้งภาวะขาดสารอาหารและปัญหาน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคติดต่อที่ไม่เกี่ยวกับอาหาร โรคต่างๆ (DR-NCDs) ได้รับการเสนอเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวมมากขึ้น การจัดการภาวะทุพโภชนาการสองปลาย 10 ประการ ได้แก่ 1.เพิ่มคำแนะนำใหม่ของ WHO ในการดูแลการฝากครรภ์ 2.ปรับโปรแกรมในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3.ปรับปรุงคำแนะนำสำหรับแนวทางปฏิบัติการให้อาหารตามวัย 4.ปรับปรุงโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโต 5.ป้องกันอันตรายที่เกิดจากอาหารที่ให้พลังงานสูง การเติมสารอาหาร และอาหารเสริม 6.ปรับปรุงการสนับสนุนเงินและอาหาร 7.ปรับปรุงโปรแกรมการจัดอาหารในโรงเรียนและการคิดค้นโภชนาการ 8.ขยายขนาดโปรแกรมการเกษตรที่มีความสำคัญต่อโภชนาการ 9.ปรับปรุงนโยบายระบบเกษตรและอาหารรองรับอาหารเพื่อสุขภาพ 10.ดำเนินนโยบายเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านอาหารจากมุมมองของภาวะทุพโภชนาการ การจัดการภาวะทุพโภชนาการสองปลาย 10 ประการ มีศักยภาพสูงในการลดความเสี่ยงของทั้งสองภาวะ ทั้งภาวะขาดสารอาหาร โรคอ้วน และ DR-NCDs การพัฒนากรอบการทำงานเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบงานสองปลาย แนวทางและกลยุทธ์ และกำหนดขั้นตอนแรกที่จำเป็นในการดำเนินการด้วยรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหารในทุกรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง : Corinna Hawkes, Marie T Ruel, Leah Salm, Bryony Sinclair, Francesco Branca. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms Lancet 2020; 395: 142–55.