



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
ในเขตอําเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

คุณกริช พิมพกัน

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ มนุษย์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**FACTORS AFFECTING NUTRITION IN CHILDREN UNDER THE
AGE OF FIVE IN THE AREA OF SRIMUANGMAI DISTRICT,
UBON RATCHATHANI PROVINCE**

KOMKISS PIMPAKAN

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
MAJOR IN HEALTH CARE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANE UNIVERSITY**

YEAR 2006

COPYRIGHT OF UBON RAJATHANE UNIVERSITY



ในรับรองการค้นคว้าอิสระ¹
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บริษัทฯ วิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาการบริหารบิการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่
จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย คุณกริช พิมพกัน

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

MoV. อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันที พัชราวนิช)

[Signature] กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ คำแแดง)

[Signature] กรรมการ

(นายณรงค์ชัย วรรณโศตร)

[Signature] คณบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร.นนนิตย์ ธีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

[Signature]
(ศาสตราจารย์ ดร.ประกอบ วิโรจน์ภูมิ)

อธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัทที พัชราวนิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ คำแดง และ อาจารย์ประจำชั้บ วรรณโศตร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้กำลังใจ ความรู้ ข้อคิดเห็น แนวคิด ตลอดจนคำแนะนำ และข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ทุนที่ใช้ในการวิจัยบางส่วนได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของคณะ เกสชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบราชธานี จึงกราบขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณสาธารณะทุกแขนงใหม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ ได้ร่วมดูแลความสะอาดและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ผู้เดิมคงเด็กในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ทุกคนที่ได้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เป็นอย่างดียิ่ง ทำให้การวิจัยดำเนินไปด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนๆทุกคนที่ให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อบุญดี และคุณแม่บุญกอง พิมพกัน ที่ได้มอบโอกาสที่ดีที่สุด ให้กับลูกเสมอมา ขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆและน้องๆ ชาววิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตรุ่นที่ 1 ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด และที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณคุณว่าสนา เด็กชาย เทชวิชญ์ และเด็กชายณัฐพิชญ์ พิมพกัน ที่เป็นที่สุดของกำลังใจ และการสนับสนุนโอกาสและเวลา ในการศึกษาตลอดมา บุคคลที่ได้กล่าวนามมากทั้งหมดนี้ และมิได้กล่าวนามในโอกาสนี้ล้วนเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความสำเร็จในการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในน้ำใจและขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นายคมกริช พิมพกัน)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

โดย : คอมกริช พิมพกัน

ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : การบริหารบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการที่ปรึกษา : ผศ.ดร.นัทธิ พัชราวนิช

คำพิพากษายืนยัน : ภาวะโภชนาการในเด็ก ภาวะทุพโภชนาการ จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 2)ศึกษาปัจจัยด้านต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และ 3)เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการระหว่างผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ กับผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ เป็นการศึกษาแบบข้อมูลหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2549

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะประชากรของผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา สถานภาพครู่ จบชั้นประถมศึกษา อาชีพหลักเกษตรกรรมหรือรับจ้างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,800 บาท ลักษณะครอบครัวขยาย ส่วนผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ยกเว้น ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท และลักษณะครอบครัวเดียว ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูอยู่ในระดับประถมศึกษา ($p\text{-value}=0.039$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 1.7 เท่า ของผู้เลี้ยงดูที่ระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป ผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 43.5 เท่า ของผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท ผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 2.4 เท่า ของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท ลักษณะครอบครัวขยาย ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความ

เสี่ยงเป็น 3.4 เท่า ของลักษณะครอบครัวเดียว การไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ($p\text{-value}=0.001$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.1 เท่า ของการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกครั้ง การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบทุกครั้ง ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.2 เท่า ของการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกครั้ง เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน ($p\text{-value}=0.002$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 2.1 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.9 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารได้มาก ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย ($p\text{-value}=0.000$) ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ของผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่น้อย ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า ความรู้ของผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ไม่แตกต่าง ($p\text{-value}=0.978$) ไปจากความรู้ผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ (คะแนนเฉลี่ย 7.97 และ 7.98 ตามลำดับ)

ABSTRACT

TITLE : FACTORS AFFECTING NUTRITION IN CHILDREN UNDER THE AGE OF FIVE IN THE AREA OF SRIMUANGMAI DISTRICT, UBON RACHATHANI PROVINCE

BY : KOMKISS PIMPAKAN

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : HEALTH CARE MANAGEMENT

CHAIR : ASST. PROF. NATTEE S. PACHARAVANICH, Ph.D.

KEYWORDS : NUTRITION IN CHILDREN / MALNUTRITION / UBON RACHATHANI PROVINCE

The aim of this study was to 1)examine the nutrition condition in children under five in amphur Srimuangmai, Ubon Ratchathani, 2)examine factors affecting child malnutrition and 3)compare the nutrition knowledge of caretakers who take care of children with malnutrition and that of caretakers who take care of children with normal nutrition condition. It was a retrospective study based on the data collected during January and February 2006.

According to the research, the majority of the people who take care of children with malnutrition were fathers or mothers, married, with grade school degree. The main occupation was agriculture or job work, with the average monthly payment being less than 2,800 baht. Most of them lived as extended families. The majority of the people who take care of children with normal nutrition condition were similar to those who take care of children with malnutrition, except that they had secondary education degree, had monthly income higher than 8,000 baht, and lived in single families. The study on factors affecting nutrition condition in children under five shows that the education level of caretakers with a grade school degree resulting in malnutrition in children with the risk being 1.7 times more than that of children under the charge of caretakers with a degree higher than vocational certificate(p -value=0.039). Caretakers with family income less than 2,800 baht per month cause children to have malnutrition with the risk being 43.5 times more than in the case of caretakers with the average monthly family income of

more than 8,000 baht ($p\text{-value}=0.000$). Caretakers with the average monthly family income of 2,800-8,000 baht cause children to have malnutrition with the risk being 2.4 times more than in the case of caretakers with the average monthly family income of more than 8,000 baht ($p\text{-value}=0.000$). In extended families children have malnutrition with the risk being 3.4 times more than in the case of single families ($p\text{-value}=0.000$). Caretakers who never taking children to activities concerning nutrition causes malnutrition in children with the risk being 3.1 times more than if one takes children to every one of those activities ($p\text{-value}=0.001$). Taking children to some activities concerning nutrition but not all causes children to have malnutrition with the risk being 3.2 times more than if one takes children to every one of those activities ($p\text{-value}=0.000$). Children who did not eat food containing protein result in malnutrition in with the risk being 2.1 times more than that in case of children eating food containing protein ($p\text{-value}=0.002$). Children who take small or medium quantity of food result in malnutrition with the risk being 3.9 times more than in case children can take large quantity of food ($p\text{-value}=0.000$). Caretakers who do not oftenly cook different kinds of food result in malnutrition in children with the risk being 1.6 times more than in case caretakers often cook different kinds of food ($p\text{-value}=0.000$). The result of comparing the knowledge score of children's caretakers were similar (7.97 in malnutrition group and 7.98 in normal group). it was found that the difference is not statistically significant ($p\text{-value}=0.978$).

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 ข้อทดลองเบื้องต้น	4
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนดิบ โดยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	7
2.2 แนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนดิบ โดยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	10
2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับสารอาหารที่ให้ผลลัพธ์	12
2.4 ทฤษฎีความต้องการพลังงานและโปรตีนของเด็กแต่ละวัย	15
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	21
3.2 แหล่งข้อมูลในการศึกษา	21
3.3 ประชากรในการศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง/การคำนวณตัวอย่าง	21
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3.6 การรวบรวมข้อมูล	24
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	24
3.8 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	25
4 ผลการศึกษา	
4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป	29
4.2 ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างกับภาวะโภชนาการ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	37
4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เดี่ยงคูเด็ก	38
5 อภิปรายผล	
5.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป	39
5.2 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆกับภาวะโภชนาการ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	42
5.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านโภชนาการ	46
6 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	
6.1 สรุปผลการศึกษา	49
6.2 ข้อเสนอแนะ	52
เอกสารอ้างอิง	54
ภาคผนวก	
ก การใช้กราฟมาตรฐานและการแปลงผลการเจริญเติบโต	56
ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	58
ประวัติผู้วิจัย	63

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่	
1 แสดงน้ำหนักปกติของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี	9
2 แสดงความสูงปกติของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี	10
3 แสดงความยาวเส้นรอบศีรษะปกติของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี	10
4 แสดงความต้องการพลังงานของทารกและเด็ก	16
5 แสดงความต้องการโปรตีนของทารกและเด็ก	17
6 แสดงจำนวนประชากรและขนาดตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕ %	22
7 แสดงตัวแปรและตัวแปรทุนที่ใช้ในการวิจัย	25
8 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย	31
9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เดี่ยงคูเด็ก จำแนกตามผลการตอบแบบสัมภาษณ์	36
10 แสดงผลการวิเคราะห์การทดสอบพหุตัวแปร โลจิสติกของปัจจัยค้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี	38
11 เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการระหว่างผู้เดี่ยงคูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ กับผู้เดี่ยงคูเด็กภาวะโภชนาการปกติ	38

สารนัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิด(Conceptual Framework)ในการศึกษา	20
2 แสดงกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี	57

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จะดำเนินการควบคู่กันไป ตั้งแต่แรกเกิดจนตาย โดยได้รับอิทธิพลร่วมกันระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตของส่วนต่างๆ ของร่างกายจะไม่พร้อมกัน ทำให้สัดส่วนของเด็กและผู้ใหญ่แตกต่างกัน และการทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ ของร่างกายเด็ก และผู้ใหญ่แตกต่างกันด้วย (รัตนารณ์ เจริญพงษ์, 2536)

โภชนาการนับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตคนเรา โดยเริ่มเข้ามายังในวัยเด็กตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์ในครรภ์ของมารดา ภายหลังคลอดเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะต้องได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนมีการให้อาหารและการเลี้ยงดูที่ดีเพื่อช่วยสร้างและส่งเสริมการเจริญเติบโต ตลอดจนพัฒนาการได้อย่างเต็มที่ ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับสารอาหารและการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จะมีผลทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย สมอง และจิตใจของเด็กชะงักงัน หรือด้อยกว่าเด็กปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน

จากการประชุมสุดยอดระดับโลกเพื่อเด็ก (World summit for children) ได้ให้การรับรองและลงปฏิญญาเรื่องด้านโภชนาการของเด็ก การปกป้องและการพัฒนาเด็ก (World declaration of the survival protection and development of children) ซึ่งผูกพันให้ประเทศไทยจัดทำปฏิญญาเพื่อเด็ก และแผนพัฒนาการหลักของปฏิญญา โดยได้ผนวกเป้าหมายการดำเนินงานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ.2539-2544 ได้กำหนดเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1.1.1 อัตราตายในเด็กทารกแรกเกิด ไม่เกิน 10 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

1.1.2 อัตราตายปริกำเนิด ไม่เกิน 21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

1.1.3 อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

1.1.4 เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการตามวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

1.1.5 เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงมากกว่าร้อยละ 80

1.1.6 ลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคติดต่อดังนี้

1.1.6.1 ลดอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีไม่เกิน 10 ต่อ ประชากร 100,000 คน

1.1.6.2 ลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ให้เกิน 1,000 ต่อ ประชากร 100,000 คน

1.1.7 ร้อยละ 20 ของเด็กวัยก่อนเรียนปราศจากโรคพิณผุ ทั้งพื้นน้ำนมและพื้นแท้

1.1.8 ทรงครรภ์แล้วมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7

และเป้าหมายการดำเนินงานเกี่ยวกับเด็กที่ต่อเนื่อง ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพดังนี้

ข้อ 3.7 เป้าหมายการลดปัญหาสุขภาพ

(1) ลดภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 ในปี ต่อท้ายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9

และเป้าหมายการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Profile) ของ จังหวัดอุบลราชธานี ที่กำหนดไว้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

หมวดที่ 1 เรื่องอาหารและโภชนาการ

ข้อ 2 พฤติกรรมการบริโภค (กลุ่มเด็ก 0-5 ปี)

(1) ทรงครรภ์แล้วมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 7

(2) เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน น้ำหนักตามอายุ มากกว่าร้อยละ 93

จากข้อมูลรายงานภาวะโภชนาการของเด็กแรกเกิด-5ปี (ก.102) ของสำนักงานสถิติเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี งวดที่ 4/2545 เด็กจำนวนทั้งสิ้น 4,915 คน ได้รับการชั่งน้ำหนักร้อยละ 95.36 มีเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับ 1 และระดับ 2 กิตเป็นร้อยละ 15.27 และ 2.13 ตามลำดับ และใน งวดที่ 1/2546 มีเด็กทั้งสิ้นจำนวน 4,729 คน ได้รับการชั่งน้ำหนักร้อยละ 95.43 พ布ว่ามีเด็กที่มีภาวะ ทุพโภชนาการระดับ 1 และระดับ 2 กิตเป็นร้อยละ 16.58 และ 2.17 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวเปรียบเทียบภาวะขาดสารอาหารของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของสำนัก สถิติเมืองใหม่พบว่า ระดับการขาดสารอาหารจากงวดที่ 4/2545 เป็นงวดที่ 1/2546 ยังคงเพิ่มขึ้นทั้งใน ระดับ 1 (ค่าน้ำหนัก อายุ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 75-90 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย) และ ระดับ 2 (ค่าน้ำหนัก อายุ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60-74 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย) ซึ่งยัง พ布ว่าเป็นสำนักที่มีจำนวนอัตราเด็กขาดสารอาหารสูงที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี (ข้อมูลรายงาน

ภาวะโภชนาการของเด็กแรกเกิด-5ปี (ก.102) ของจังหวัดอุบลราชธานี) ทั้งมีอัตราเด็กขาดสารอาหาร เกินกว่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 และเป็นอัตราเด็กที่มีเด็กภาวะทุพโภชนาการเกินกว่าเป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานี (เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน น้ำหนักตามอายุ มากกว่าร้อยละ 93)

ผู้ทำการศึกษาเห็นว่า ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีดังกล่าว ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่ควรได้รับการวางแผนและแก้ไขปัญหา จึงได้ทำการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการแก่เด็กในพื้นที่ดังกล่าวให้ถูกต้องต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.3 เพื่อศึกษาเบริยนเทียนความรู้เรื่องโภชนาการ ระหว่างผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ กับของผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

1.3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้แก่

1.3.1.1 ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา อารีพหลัก รายได้ครอบครัว เคลื่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว

1.3.1.2 ปัจจัยการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้แก่ การฝากครรภ์ครบคุณภาพ การรับบริการคลินิกเด็ก การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน

1.3.1.3 ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ หนักแรกคลอด สุขภาพเด็ก

1.3.1.4 ปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก ได้แก่ การดื่มน้ำมันแม่ การรับประทานโปรดีน การรับประทานขนมหวาน ปริมาณการทานอาหารของเด็ก

1.3.1.5 ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู ได้แก่ การประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลาย

1.3.1.6 ปัจจัยด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก

1.3.2 ผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีระดับความรู้ดีกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะโภชนาการปกติ ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยต้องอาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ มาไม่น้อยกว่า 6 เดือนนับจากวันออกสัมภาษณ์ และทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2549

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการจากรายงาน ภ.101/1 ของอำเภอศรีเมืองใหม่ งวดที่ 1/2546 ถือว่าเป็นเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมาตั้งแต่ต้น และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะโภชนาการปกติจากรายงาน ภ.101/1 ของอำเภอศรีเมืองใหม่ งวดที่ 1/2546 ถือว่าเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติมาตั้งแต่ต้น

ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ เพื่อขอข้อมูลมาใช้ในการศึกษา ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ถือว่าเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กมาตั้งแต่ต้น

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 ภาวะโภชนาการปกติ หมายถึง การประเมินค่าน้ำหนัก อายุของเด็กที่มีค่ามากกว่าร้อยละ 90 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย

1.6.2 ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การประเมินจากน้ำหนัก อายุของเด็กที่มีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย ซึ่งแยกระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ โดยเกณฑ์ชี้วัดดังนี้

1.6.2.1 ภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 ค่าน้ำหนัก อายุ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 75-90 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย

1.6.2.2 ภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 ค่าน้ำหนัก อายุ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60-74 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย

1.6.2.3 ภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 ค่าน้ำหนัก อายุ มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 60 ของเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเด็กไทย

1.6.3 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุแรกเกิดถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยคำนวณจาก วันเดือนปีแรกเกิดจนถึงวันซึ้งน้ำหนัก เศษอายุของเดือนที่ไม่เกิน 15 วัน ให้ตัดทิ้ง หากเกิน 15 วันให้นับเป็น 1 เดือน

1.6.5 สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาล

1.6.6 ลักษณะครอบครัว นายถึง การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็น

1.6.6.1 ครอบครัวเดียว เป็นครอบครัวขนาดเล็ก ประกอบด้วยสามสมาชิกครอบครัว พื้นฐาน คือ พ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน

1.6.6.2 ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เป็นครอบครัวที่มีครอบครัวหลักอยู่หนึ่งครอบครัว และมีครอบครัวอื่นเสริมเข้ามา เช่น ครอบครัวเดินมี พ่อ แม่ ลูก ภัยหลังลูก แต่งงานก็อาศัยอยู่ร่วมกัน เกิดมีจำนวนหลายครอบครัวขึ้น

1.6.7 รายได้กรอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน นายถึง รายได้ที่เกิดขึ้นของกรอบครัวทั้งหมด (ตามแบบสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐานของกระทรวงมหาดไทย) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ รายได้น้อยกว่า 2,800 บาท, รายได้ 2,800-8,000 บาท และรายได้มากกว่า 8,000 บาท

1.6.8 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข หมายถึง การที่มารดาที่ตั้งครรภ์เข้ารับการเฝ้าครรภ์ผู้เลี้ยงคุ้กคักนำเด็กเข้ารับบริการคลินิกเด็กดี และผู้เลี้ยงคุณนำเด็กเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านโภชนาการ ที่จัดขึ้นในชุมชนหรือในสถานบริการสาธารณสุข

1.6.9 การฝึกครรภ์ครบคุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจรักษาให้ภูมิคุ้มกันและคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นระบบตามเกณฑ์ดังนี้

1.6.9.1 อาชญากรรม 6-25 สัปดาห์ หรือ 6 เดือนแรก หลังตั้งครรภ์ต้องฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อออกจากคุกเนาอาชญากรรมค่อนข้างเชื่อถือได้มากที่สุด

1.6.9.2 อายุครรภ์ 26-35 สัปดาห์ หรือ 7-8 เดือน ผญังตั้งครรภ์ต้องฝากครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง เมื่อจากช่วงนี้คลูกมีขนาดโตขึ้น ผญังตั้งครรภ์จะเกิดความไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น

1.6.9.3 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป หรือ 9 เดือนขึ้นไป หลังตั้งครรภ์ต้องฝ่า
ครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากช่วงนี้หลังตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ครบกำหนด ต้องมีการเตรียมพร้อม

ทั้งร่างกายและจิตใจ

1.6.10 การเข้ารับบริการคลินิกเด็กดี หมายถึง การที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ ภูมิคุ้มกันโรคตามวัย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (โดยดูได้จากสมุดอนามัยแม่และเด็ก สีชมพู)

1.6.11 น้ำหนักแรกคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (โครงการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข, 2547) คือ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม

1.6.12 กิจกรรมโภชนาการในชุมชน หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ ได้แก่ การซั่งน้ำหนักเด็ก การตรวจสุขภาพเด็ก การจัดเลี้ยงอาหารเสริมสำหรับเด็ก ตลอดจนให้ความรู้ในด้านโภชนาการสำหรับผู้เลี้ยงดู

1.6.13 สุขภาพเด็กที่ดี หมายถึงเด็กที่สุขภาพทางร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ ไม่เป็นโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เจ็บป่วยบ่อย และไม่เคยไปพบแพทย์บ่อย

1.6.13.1 เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย หมายถึงในรอบปีที่ผ่านมา เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉลี่ย 1 ครั้งต่อ 6 เดือน

1.6.13.2 เด็กป่วยด้วยปอดบวมนบอย หมายถึงในรอบปีที่ผ่านมา เด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมเฉลี่ย 1 ครั้งต่อ 6 เดือน

1.6.13.3 ไปพบแพทย์บ่อย หมายถึงในรอบปีที่ผ่านมาเด็กไปรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่สถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ หรือภาคเอกชนเฉลี่ย 1 ครั้งต่อเดือน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอ ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

1.7.2 นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการที่จะปรับปรุง และพัฒนาการให้บริการด้านโภชนาการในเขตพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

1.7.3 เป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในการที่จะสนับสนุนงบประมาณ ให้สอดคล้องกับปัญหา/ข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษา

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง นำเสนอในหัวข้อตามลำดับดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- 2.2 แนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับสารอาหารที่ให้พลังงาน
- 2.4 ทฤษฎีความต้องการพลังงานและโปรตีน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

การเจริญเติบโต หมายถึง การเพิ่มน้ำหนักของส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือของทั้งร่างกายซึ่ง สามารถวัดได้ เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ลำตัวยาวขึ้น เป็นต้น

การเจริญเติบโตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีดังนี้(สุขา จันทร์เรณ,2536)

2.1.1 สัดส่วนของร่างกาย วัยทารกหรือเด็กแรกเกิดถึง 1 ปีนั้นมีการเจริญเติบโตเร็วมาก แรกเกิดเด็กจะมีศีรษะ โต เมื่อเทียบกับลำตัว หน้าเด็กกลม ขากระไกรเล็ก หน้าอกค่อนข้างแหลม ท้องใหญ่ แขนและขาสั้น จุดกึ่งกลางของร่างกายอยู่ที่ระดับสะโพก หลังจากนั้นช่วงอายุ 1-5 ปี อัตราการเจริญเติบโตจะช้าลงกว่าวัยทารก แต่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ รูปร่างค่อยๆ ยืดตัวออก ใบหน้าและศีรษะจะเล็กลง เมื่อเทียบกับขนาดของลำตัว ส่วนแขน ขา ลำตัวจะเรียวและยาวขึ้น มือและเท้าจะใหญ่ และแข็งแรงขึ้น ส่วนอกและไหล่กว้าง หน้าท้องจะเฟบลง

2.1.2 น้ำหนักอายุแรกเกิดถึง 5 ปี มีการเพิ่มตามอายุดังนี้ คือ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยประมาณ 3,000 กรัม สัปดาห์แรกหลังคลอดน้ำหนักเพิ่มขึ้นวันละ 20-30 กรัม ต่อไปเพิ่มวันละ 15 กรัม จนอายุครบ 1 ปี ทารกน้ำหนักเพิ่มขึ้น 680 กรัมต่อเดือน จนกระทั่ง 5 เดือน น้ำหนักเพิ่มขึ้น เป็น 2 เท่าของทารกแรกเกิด หลังจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มน้อย เมื่ออายุ 1 ปีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ของทารกแรกเกิด ต่อมาในอายุระหว่าง 1-3 ปี น้ำหนักเด็กจะเพิ่มประมาณ 2-2.5 กิโลกรัมต่อปี

ต่อมาในอายุระหว่าง 3-6 ปี น้ำหนักเด็กจะเพิ่มประมาณ 2 กิโลกรัมต่อปี อายุ 3 ปีน้ำหนักประมาณ 14 กิโลกรัม โดยเมื่ออายุ 4 ปีจะหนัก 16 กิโลกรัม และอายุ 5 ปีจะหนัก 18 กิโลกรัม

2.1.3 ความสูงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วง 6 เดือนแรก ทารกมีความสูงเพิ่มขึ้นเดือนละ 2.5 ซม. ช่วงอายุ 6-12 เดือน ความยาวจะเพิ่มขึ้นเดือนละ 1 เซนติเมตร ดังนั้นเมื่ออายุครบ 1 ปี ทารก ควรจะมีความยาว 75 เซนติเมตร ต่อมาในช่วงอายุ 1-3 ปีเด็กจะสูงขึ้นโดยเฉลี่ย ประมาณ 7-12 เซนติเมตร ต่อมาในช่วงอายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นวัยก่อนเรียน ความสูงจะเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 6-8 เซนติเมตร ดังนั้นเด็กอายุ 3 ปีจะสูงประมาณ 87 เซนติเมตร อายุ 4 ปีจะสูงประมาณ 93 เซนติเมตร และเมื่ออายุ 5 ปีจะสูงประมาณ 100 เซนติเมตร

2.1.4 เส้นรอบศีรษะ คือเส้นที่วัดผ่านหน้าผากบริเวณคิ้วไปยังส่วนที่หอนกที่สุด การวัดเส้นรอบศีรษะมีประโยชน์ในการติดตามคุณภาพเจริญเติบโตของสมอง ขนาดศีรษะของทารกเมื่อเทียบกับลำตัวจะมีขนาดใหญ่กว่าผู้ใหญ่ เพราะสัดส่วนของศีรษะทารกแรกเกิดเป็น 1 ใน 4 ของความยาวลำตัว แต่ในผู้ใหญ่ขนาดศีรษะเป็น 1 ใน 8 ของความสูงของร่างกาย ตามปกติทารกแรกเกิดจะมีขนาดเส้นรอบศีรษะประมาณ 34 เซนติเมตรในช่วง 3 เดือนแรก รวมขนาดรอบศีรษะที่เพิ่มขึ้นในปีแรก 12 เซนติเมตร ดังนั้นเมื่ode็กอายุ 1 ปีจะมีขนาดเส้นรอบศีรษะประมาณ 46 เซนติเมตร ขนาดของศีรษะจะมีการเปลี่ยนแปลงมากเฉพาะช่วง 3 ปีแรกเท่านั้น หลังจากนั้นจะโตช้ามาก คือ ศีรษะจะใหญ่ขึ้น 1 เซนติเมตร ทุก 3 ปี จนอายุครบ 10 ปี

2.1.5 ระบบประสาท สมองของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเพียง $\frac{1}{4}$ ของน้ำหนักสมองของผู้ใหญ่ เซลล์ประสาทที่เรียกว่า денฯ ไครท์ และแอกซอน มีการเจริญเติบโตหลังคลอด และเยื่อหุ้มไข่ประสาทมีการพัฒนาการส่งกระแสประสาทร่วมกัน ในช่วงปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุ 6 เดือน สมองมีน้ำหนักร้อยละ 30 ของน้ำหนักสมองผู้ใหญ่ และเพิ่มเป็นร้อยละ 60 และ 75 เมื่ออายุ 1 ปีและ $2\frac{1}{2}$ ปี ตามลำดับ ซึ่งการเจริญเติบโตของสมองนั้นต้องได้รับอาหารและการกระตุ้นที่เหมาะสม

2.1.6 กล้ามเนื้อ ช่วงหลังคลอดไม่มีเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเส้นใยกล้ามเนื้อให้มีความเหมาะสม

2.1.7 ระบบโครงกระดูก ลักษณะโครงกระดูกของทารกแรกเกิดเป็นกระดูกอ่อน ต่อมา มีการเปลี่ยนแปลงให้แข็งขึ้นเป็นโครงสร้างคำาจุนร่างกาย และมีการเพิ่มทั้งจำนวนและขนาดกระดูก

2.1.7.1 การเขียนของฟัน พันน้ำนมของทารกเริ่มเขียนเมื่ออายุประมาณ 6-7 เดือน โดยพันหน้าซี่ล่างเขียนก่อน 2 ซี่ ตามด้วยพันหน้าซี่บน เมื่ออายุได้ 1 ปีมีพันประมาณ 4-6 ซี่ อายุครบ 2 ปี อาจมีพันถึง 16 ซี่ พันเข็นครบ 20 ซี่เมื่ออายุครบ $2\frac{1}{2}$ ปี

2.1.7.2 ระบบประสาท อวัยวะรับสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวนัง ในช่วงปีแรกมีการพัฒนาการอย่างรวดเร็วในประสาทสัมผัสด้านการรับรส การได้กลิ่น การสัมผัส และการมองเห็น

การมองเห็น ทารกแรกเกิดสามารถรับรู้ตั้งแต่เดือนที่ 4 เดือนแรก สามารถมองเห็นสีและรูปแบบของคน เมื่ออายุ 6 สัปดาห์ สามารถรวมภาพสองภาพเข้าด้วยกัน อายุ 3 เดือน มีพัฒนาการรับรู้ถึงความลึกของภาพ สามารถแยกความแตกต่างของหน้าคน ความสามารถในการมองเห็นจะพัฒนาจากระยะ 20/300 เมื่ออายุ 1 เดือน เป็น 20/50 เมื่ออายุ 3 ปี

การได้ยิน ทารกสามารถหันศีรษะตามเสียงที่ได้ยินเมื่ออายุ 2-3 เดือน เริ่มเลียนเสียงที่ได้ยินเมื่ออายุ 4-6 เดือน และตอบสนองต่อการเรียกชื่อเมื่ออายุ 6-8 เดือน

การได้กลิ่น การรับรสและการสัมผัส ทารกมีการพัฒนาของการได้กลิ่น และการรับรสตั้งแต่แรกเกิด ทารกสามารถแยกกลิ่นที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ เช่น เมื่อได้กลิ่นแอมโมเนียจะหันหน้าหนีทันที ทารกชอบรสหวาน ไม่ชอบรสเปรี้ยวและรสขม

ผิวนัง การรับรู้ต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดที่ผิวนัง เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 วันแรก ผิวนังบางส่วนที่มีความไวต่อความรู้สึกได้มากกว่าส่วนอื่น เช่น ปากนอกจากนี้ทารกชอบความอุ่นมากกว่าความเย็น

น้ำหนัก ส่วนสูง และความยาวรอบศีรษะปกติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ตารางที่ 1 แสดงน้ำหนักปกติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

อายุ	น้ำหนักปกติ
ทารกแรกเกิด	3,000 กรัม
4-5 เดือน	6 กก.
1 ปี	9 กก.
2 ½ ปี	12 กก.
5 ปี	18 กก.

ตารางที่ 2 แสดงความสูงปกติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

อายุ	ความสูงปกติ(ความยาว)
ทารกแรกเกิด	50 ซม.
6 เดือน	65 ซม.
1 ปี	75 ซม.
2 ปี	85 ซม.
3 ปี	90-95 ซม.
4 ปี	100 ซม.
5 ปี	110 ซม.

ตารางที่ 3 แสดงความยาวเส้นรอบศีรษะปกติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

อายุ	ความยาวเส้นรอบศีรษะ
ทารกแรกเกิด	34 ซม.
4 เดือน	40 ซม.
1 ปี	45-47 ซม.
3 ปี	50 ซม.
5 ปี	51 ซม.

2.2 แนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ประณีต ผ่องเพี้ว, 2539)

2.2.1 ปัจจัยภายในร่างกาย ประกอบไปด้วย

2.2.1.1 พันธุกรรม เพ่าพันธุ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเอง เช่น ขนาดร่างกายของบิดามารดา เชื้อชาติ วัฒนธรรม จะมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตในครรภ์

2.2.1.2 การเจริญเติบโตในครรภ์มารดา สิ่งแวดล้อมภายในครรภ์ เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย ขึ้นกับลำดับของทารกหรือว่าแฟด

2.2.1.3 เพศของทารก

2.2.2 ปัจจัยภายนอกร่างกาย

2.2.2.1 อาหารที่ได้รับแบ่งเป็น

- 1) ระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์ อาหารจากมารดา ไอโอดีนที่ได้รับ
 - 2) ขณะเป็นทารก การเลี้ยงด้วยนมแม่ หรือนมผง
 - 3) ในวัยเด็ก อาหารที่ได้รับ เช่น โปรตีนและพลังงาน, ไอโอดีน, เหล็ก, สังกะสี, วิตามินเอ, วิตามินดี ฯลฯ
- 2.2.2.2 ยาที่ได้รับ เช่น ยา rakyma โรคต่างๆ ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ
 - 2.2.2.3 ยาสเปติด เช่น แอลดอกอซอล์, บูหรี่, ยาสเปติดชนิดอื่นๆ ฯลฯ
 - 2.2.2.4 สิ่งแวดล้อม ภูมิอากาศ ความเป็นอยู่ที่แย้อด ไม่ได้สุขลักษณะ ฯลฯ
 - 2.2.2.5 โรคเกี่ยวกับต่อม ไร้ท่อ ยอร์โนนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของต่อม

ใต้สมอง

- 2.2.2.6 โรคติดเรื้อรำ พยาธิต่างๆ
- 2.2.2.7 โรคที่เป็นมาแต่กำเนิด ภาวะโลหิตจาง Sickle cell anemia, Thalassemia, โรคที่มีความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหารบางชนิด ฯลฯ
- 2.2.2.8 โรคเรื้อรังในขั้นที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง, หัวใจ, ตับ, ไต ฯลฯ
- 2.2.2.9 โรคจิตประสาท จิตใจ และอารมณ์ปรวนแปร

การเจริญเติบโตของเด็กมีผลมาจากการปัจจัยภายในร่างกายเอง รวมทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และการคุณภาพของสารอาหารที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น เด็กไทยตั้งแต่คลอดออกมานี้แล้ว จะมีน้ำหนักและความสูงน้อยกว่าเด็กในประเทศที่เจริญแล้วทางตะวันตก เมื่อเจริญเติบโตเป็นหนุ่มสาวแล้ว จะมีความสูงและน้ำหนักน้อยกว่าเด็กกัน

มีประชากรบางกลุ่มที่อ้วนได้ง่าย เช่น Pima Indians ในมลรัฐ Arizona ประเทศสหรัฐอเมริกา คนกลุ่มนี้จะอ้วน ซึ่งอาจเนื่องมาจากการมี gene ชนิดพิเศษที่เรียกว่า “trifly gene” ทำให้เกิดการสะสมไขมันในร่างกายขึ้นได้ง่าย ซึ่งอาจเป็นผลดีกับบุคคลที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีอากาศหนาว หรือบริเวณที่มีการกระจายของอาหารที่ไม่สมำเสมอ ต่อไปจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง

ในสมัยปัจจุบันปัจจัยจากภายนอกร่างกาย ที่มีผลต่อการเจริญเติบโต ได้แก่ อาหาร ยา rakyma โรค สิ่งแวดล้อม และพยาธิสภาพต่างๆ ที่อาจส่งเสริมให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี หรือ ทุพโภชนาการได้ การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของสังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ตัวอย่าง เช่น ในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง เด็กนักเรียนในปารีสและปูร์ปุน จะมีน้ำหนักและความสูงลดลง ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากการขาดแคลนอาหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง หรือตัวอย่าง เด็กปูร์ปุนในอดีตมีรูปร่างเตี้ย ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการปัจจัยทางพันธุกรรม แต่ปัจจุบันนี้เด็กปูร์ปุน และเด็กไทย ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีร่างกายสูงใหญ่ได้สัดส่วนเทียบเท่ากับเด็กในประเทศตะวันตก ผลที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากการปัจจัยอาหาร และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยทางพัฒนาระบบที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กในช่วงที่เป็น early childhood น้อยกว่าปัจจัยที่มาจากการสั่งแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านอาหาร แต่เมื่อเด็กโตขึ้น จนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ปัจจัยทางพัฒนาระบบที่มีผลเด่นชัดมากขึ้น

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับสารอาหารที่ให้พลังงาน

สารอาหารที่ให้พลังงานมีอยู่ 3 ประเภท ได้แก่ การ์โนไไซเดรต ไบมันและโปรตีน ซึ่งสารอาหารทั้ง 3 ชนิด มีหน้าที่ในร่างกายแตกต่างกันไป

2.3.1 การ์โนไไซเดรต เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานโดยที่การ์โนไไซเดรต 1 กรัม จะให้พลังงานประมาณ 4 กิโลแคลอรี่ อาหารโดยทั่วไปที่เรากินทุกวันมีสารอาหารการ์โนไไซเดรตอยู่มากเป็นที่ 2 รองจากน้ำ การ์โนไไซเดรตปกติจะได้พิชในกระบวนการสังเคราะห์แสง พิชสีเขียวสามารถจับพลังงานจากแสงอาทิตย์ และสร้างการ์โนไไซเดรตจากกําชาดcarbonyl โดยออกไซด์ในอากาศและนำในคืน

อาหารที่กินแทนทุกชนิดมีสารอาหารหลายประเภท ในปริมาณมากน้อยต่างกัน อาหารจากพืชส่วนใหญ่จะให้สารอาหารที่การ์โนไไซเดรตโดยเฉพาะหัวพืช มีโปรตีน ไบมันอยู่น้อย ส่วนอาหารพืชเป็นแหล่งน้ำตาลจะเป็นการ์โนไไซเดรตส่วนอาหารจากสัตว์มีการ์โนไไซเดรตอยู่น้อยเนื่องจากสัตว์ไม่สามารถสังเคราะห์แสงได้ สารอาหารจากสัตว์จะมีโปรตีนเป็นส่วนใหญ่

การ์โนไไซเดรตแบ่งได้เป็นหลายประเภท

2.3.1.1 ประเภทของสาร์โนไไซเดรต แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1) โนโนแซคคาไรค์ เป็นน้ำตาลชั้นเดียวมักมีจำนวนcarbonyl 4-9 เช่น น้ำตาลชั้นเดียวที่สำคัญมี 2 กลุ่มคือ

- น้ำตาลเพนโทส เป็นน้ำตาลที่มีจำนวนcarbonyl เพียง 5 อะตอม น้ำตาลในกลุ่มนี้ เช่น ไซโอลส อะราบิโนส และ ไอโรบส น้ำตาลเพนโทสนี้พบบ้างในธรรมชาติ เช่นมีในถั่วเมล็ดแห้ง ผลไม้

- น้ำตาลเซกโโซส เป็นน้ำตาลที่มีจำนวนcarbonyl 6 อะตอม น้ำตาลในกลุ่มนี้ เช่น กลูโคส ซึ่งพบในธรรมชาติ เช่น น้ำผึ้ง ผลไม้ และในกระเพาะโภชนาฑ์ การแลกเปลี่ยนซึ่งพบในน้ำนมโดยรวมอยู่กับกลูโคส

2) ไฮดรอแซคคาไรค์ เป็นน้ำตาลหลายชั้นประกอบด้วย โนเลกูล โนโนแซคคาไรค์ 2-10 โนเลกูล มาต่อกันด้วยพันธะเคมี สามารถย่อยได้ด้วยเอนไซม์ในร่างกาย มุนช์ พบรในธรรมชาติประมาณ 40 ชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นไฮดรอแซคคาไรค์ น้ำตาลเหล่านี้พบในอาหารพืชเป็นส่วนใหญ่

สำหรับไคแซคคาไรค์ ประกอบด้วยโนโนแซคคาไรค์ 2 โนเลกุล เป็นน้ำตาลที่พิเศษมากในธรรมชาติ เช่น ชูโกรส แอลโตส นอลโตส

3) โพลีแซคคาไรค์ เป็นการโนไไฮเดรตที่ไม่ใช้น้ำตาล ประกอบด้วยโนเลกุลโนโนแซคคาไรค์เกิน 10 โนเลกุล มีน้ำหนักโนเลกุลสูง ไม่ละลายน้ำ เช่น แป้ง ไกลโคเจน เชลลูโลส

แป้งพบริสุทธิ์ เช่น ส่วนใหญ่จะอยู่ที่เมล็ด โยเกิร์ตข้อมูลพืช และอยู่ที่หัว เช่น เพือกไกลโคเจนเป็นการโนไไฮเดรตที่สัตว์กินเป็นอาหารสำรองไว้ในตับและกล้ามเนื้อเชลลูโลสต่างจากแป้งและไกลโคเจน คือร่างกายไม่สามารถย่อยออกน้ำได้ เชลลูโลสที่รู้จักกันดีคือ กระดาษ เชื่อไม่ชานอ้อย เชลลูโลสส่วนใหญ่อยู่ที่ผนังเซลล์ของพืช

2.3.1.2 การใช้การโนไไฮเดรตในร่างกาย

ในการใช้การโนไไฮเดรตในร่างกาย จะต้องมีสารอาหารพากวิตามินมาช่วยโดยจะทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 ในอะซินและกรดแทนโนไซนิก

การกินการโนไไฮเดรตมากหรือน้อยเกินไป ปกติคนเรารู้ได้พลังงานจาก การโนไไฮเดรตประมาณร้อยละ 55-60 ซึ่งจะประมาณ 250-300 กรัม ถ้าร่างกายได้รับการโนไไฮเดรตน้อยเกินไป จะทำให้ร่างกายแพ้พลานุไขมันและโปรตีนเพิ่มขึ้น การกินการโนไไฮเดรตมากเกินไป จะทำให้มีผลเสียคือ อาจทำให้อ้วนได้ และการอ้วนก็นำมาซึ่งโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเป็นต้น และทำให้กินอาหารที่อ้วนๆ ที่มีประโยชน์น้อยลง

2.3.1.3 สารอาหารที่มีการโนไไฮเดรตมาก ได้แก่ ข้าว แป้ง มัน น้ำตาล

2.3.2 ไขมัน

ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานมากที่สุด คือไขมัน 1 กรัมจะให้พลังงานถึงประมาณ 9 กิโลแคลอรี่ ไขมันมีทั้งในพืชและในสัตว์ ไขมันมีมากน้อยหมายชนิด เช่น ไตรกลีเซอไรค์ ไกลโคไลปิด ฟอสโฟไลปิด ไลโนโปรตีน และคลอเรสเตอรอลเป็นต้น

2.3.2.1 ไตรกลีเซอไรค์ คือน้ำมันที่ประกอบด้วย กลีเซอรอล 1 โนเลกุลกับกรดไขมัน 3 โนเลกุล

กรดไขมันมีอยู่น้ำมายหมายชนิด ทั้งชนิดอิมตัวและไม่อิมตัว โดยทั่วไปร่างกายสามารถสังเคราะห์กรดไขมันขึ้นเองได้ โดยใช้สารอาหารชนิดอื่น เช่น โปรตีน กรดไลโนลิอิคเป็นกรดไขมันชนิดอิมตัว เป็นกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย

2.3.2.2 ไลโนโปรตีน พูนมากในกระแสเลือด ประกอบด้วยโปรตีนกับไขมัน แบ่งออกเป็น 4 ชนิดคือ

1) ไกโลไมครอน

2) ໄລໂນໂປຣຕິນທີ່ມີຄວາມໜາແນ່ນສູງສຸດ

3) ໄລໂນໂປຣຕິນທີ່ມີຄວາມໜາແນ່ນຕໍ່າ

4) ໄລໂນໂປຣຕິນທີ່ມີຄວາມໜາແນ່ນຕໍ່ານັກ

ໄລໂນໂປຣຕິນເຫດ່ານີ້ທຳນັ້ນທີ່ໃນການຂັ້ນສ່ງໄຟມັນໃນຮ່າງກາຍ ໂດຍແຕ່ລະໝົດຈະທຳ
ທຳນັ້ນທີ່ຂັ້ນສ່ງໄຟມັນຕ່າງໝົດກັນ

2.3.2.3 ໂຄເລສເຕອຣອດ ເປັນໄຟມັນໝົດທີ່ທີ່ມີຄວາມສຳຄັງຕ່ອງສຸຂພານມາກ ພບນາກ
ໃນອາຫາຣທ່ວ່າໄປທີ່ມາກສັຕ່ວ ເຊັ່ນ ໄຟມັນສັຕ່ວ ເນື້ອສັຕ່ວ ເຄື່ອງໃນສັຕ່ວ ສ່ວນອາຫາຣຈາກພຶ່ງຈະໄຟມີ
ໂຄເລສເຕອຣອດລວມຢູ່ເລຍ ອາຫາຣທີ່ມີໂຄເລສເຕອຣອດສູງ ໄດ້ແກ່ ສມອງໜູ້ ຕັບໜູ້ ໄປ່ແດງ

ຄວາມຕ້ອງກາຍໄຟມັນຂອງຮ່າງກາຍ

ຮ່າງກາຍຕ້ອງກາຍໄຟມັນເພື່ອໄຟພລັງຈານແກ່ຮ່າງກາຍ ໄຟມັນທຸກໝົດ 1 ກຣັມຈະໄຟພລັງຈານ
9 ກີໂໂລແຄລອ້ອີ່ ເຮົາຄວະຈົກອາຫາຣປະມາມາຮ້ອຍລະ 25-35 ຂອງພລັງຈານທັງໝົດທີ່ໄຟຮັບໃນ 1 ວັນ ຜົ່ງ
ໃນຄົນທີ່ໄຟຮັບພລັງຈານ 2,000 ແຄລອ້ອີ່ ຈະໄຟ 55 ກຣັມ

ອາຫາຣທີ່ໄຟໄຟມັນແຕ່ລະໝົດ ຈະມີປຣິມາພ ໄຟມັນນາກນ້ອຍແຕກຕ່າງກັນ ໂດຍທ່ວ່າໄປອາຫາຣ
ຈາກສັຕ່ວຈະນົມາກວ່າຈາກພຶ່ງ ອາຫາຣໄຟມັນທີ່ມາຈາກພຶ່ງໄດ້ແກ່ ດັວລິສັງ ດັ່ງໜ່າຍື່ອເປັນຕົ້ນ

2.3.3 ໂປຣຕິນ

ໄປຣຕິນເປັນສາຮອາຫາຣທີ່ໄຟພລັງຈານ ຄື່ອໄປຣຕິນ 1 ກຣັມຈະໄຟພລັງຈານຄົງປະມາມ
4 ກີໂໂລແຄລອ້ອີ່ ໂປຣຕິນນົມາກໃນອາຫາຣພວກເນື້ອສັຕ່ວເປັນສ່ວນໄຫຍ່ ພຶ່ງ ໂດຍທ່ວ່າໄປແລ້ວມີໄປຣຕິນອູ້ໃນ
ປຣິມາພນ້ອຍກເວັນ ດັ່ວມເລື້ອດແທ້ງ

ໄປຣຕິນປະກອບດ້ວຍ ກຣຄະມີໂນຫລາຍໂນເລກລົມາຕ່ອເປັນໄປຣຕິນ ກຣຄະມີໂນທີ່
ຈຳເປັນໄດ້ແກ່ ລົວຊັ້ນ ໄອໂລວິຊັ້ນ ໄລຊັ້ນ ເມີ່ໄໂນນີ້ ພິນິລະຄານີ້ ທີ່ໄອນີ້ ທຣີປໂຕເຟັນ ແລະ
ທຳນັ້ນທີ່ຂອງໄປຣຕິນໃນຮ່າງກາຍ

2.3.3.1 ເປັນສ່ວນປະກອບຂອງເໜລົດໃນຮ່າງກາຍ ແລະເນື້ອເຢື່ອຕ່າງໆ ໄນວ່າຈະເປັນ
ກລ້າມເນື້ອ ກະຽດ ພັນ ພນ ເລື້ອດ

2.3.3.2 ສ້າງແລະຊ່ອມແໜນສ່ວນທີ່ສຶກຮອ ໃນກາຮົງເຈົ້າຕົບໂຕຂອງຮ່າງກາຍຕ້ອງມີ
ກາຮົງ ເໜລົດໃນຮ່າງກາຍ ແລະເນື້ອເຢື່ອຕ່າງໆ ດັ່ງນັ້ນຮ່າງກາຍຈຶ່ງຕ້ອງກາຮົງໄປຣຕິນເປັນພຶ່ເຍ

2.3.3.3 ເປັນສ່ວນປະກອບຂອງເອນໄໝ໌ແລະໂອຣ໌ໂນນຕ່າງໆ ທີ່ໃຊ້ໃນກາຮວກຄຸນ
ກລ້າມໄກຕ່າງໆຂອງຮ່າງກາຍ

2.3.3.4 ຮັກຍາຮະດັບຄວາມເປັນກຣດ-ດ່າງຂອງຮ່າງກາຍໄທ້ຄົງທີ່

2.3.3.5 ຮັກຍາສຸດຂອງນໍ້າໃນຮ່າງກາຍ

2.3.3.6 ให้พลังงานแก่ร่างกาย ถ้าร่างกายได้รับพลังงาน ~~เพียงพอ~~ ให้ได้ เครตและไขมันไม่เพียงพอ จะเพาพาณุ์ไปรตินเพื่อให้พลังงาน

2.3.3.7 ช่วยในการขนส่งสารต่างๆในร่างกาย

2.3.3.8 โปรตีนบางชนิดสามารถเปลี่ยนเป็นสารอื่นที่ร่างกายต้องการได้ เช่น กรดอะมิโน ทริปโตเฟน สามารถเปลี่ยนเป็นวิตามินที่เรียกว่าไนอะซินได้

2.3.3.9 เป็นสารต้านทานโรค การขาดโปรตีนจะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง อาหารที่มีโปรตีนมากได้แก่ อาหารจากเนื้อสัตว์และถั่วเมล็ดแห้ง ปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับ ในผู้ใหญ่ควรได้รับโปรตีนคนละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน การได้รับโปรตีนน้อยเกินไปจะทำให้ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้ และทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ถ้าเกิดกับเด็กจะทำให้ร่างกายเตี้ยแคระ การเจริญเติบโตของสมองหยุดชะงัก และอาจทำให้เกิดสติปัญญาด้อยได้ (นิตยา ตั้งชูรัตน์, 2536)

2.4 ทฤษฎีความต้องการพลังงานและโปรตีนของเด็กแต่ละวัย

ร่างกายใช้ประโยชน์ของพลังงานจากสารอาหารในรูปของ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน

ความต้องการพลังงานในทารกและเด็ก เป็นความจำเป็นพื้นฐานต่อการเจริญเติบโต และการมีกิจกรรมของร่างกาย และเพื่อใช้สำหรับการทำงานของร่างกาย หรือการเผาพาณุญาณในร่างกาย (basal metabolism) จะต้องการประมาณร้อยละ 50 ของความต้องการแคลอรี่ โดยรวมความต้องการพลังงานเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตจะเปลี่ยนแปลงตามอายุ การมีกิจกรรมของร่างกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความต้องการใช้พลังงาน เด็กอายุ 2-10 ปี มีความต้องการพลังงานเพื่อกิจกรรมทางร่างกาย 1/3 ของความต้องการพลังงานทั้งหมด ซึ่งน้อยกว่าผู้ใหญ่ร้อยละ 5 (Scipien et al., 1990: 139)

ความต้องการพลังงานจะสูงสุดในช่วงอายุ 6 เดือนแรกหลังเกิด และค่อนข้างคงที่ในช่วงอายุ 4-10 ปี แต่จะผันแปรไปในช่วงวัยรุ่น ซึ่งขึ้นอยู่กับระบบการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย ความต้องการพลังงานของทารกและเด็ก แสดงได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความต้องการพลังงานของทารกและเด็ก

ช่วงอายุ	ความต้องการแคลอรี่ต่อวัน
ทารกแรกเกิด-6 เดือน	115 Kcal/Kg
6-12 เดือน	105 Kcal/Kg
1-3 ปี	100 Kcal/Kg .
4-6 ปี	85 Kcal/Kg

ที่มา : from Table 7-1 in Scipien et al., 1990: 140.

ตารางความต้องการพลังงานข้างต้น (จังจิตร อังคทรวนิช, 2538) ได้ระบุความต้องการพลังงานไว้แตกต่างกันดังนี้

ในปัจจุบันค่าความต้องการพลังงานของทารกมีแนวโน้มลดลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือค่าเดินที่ประเมินไว้มากเกินจริง ค่าความต้องการสารอาหารประจำวัน (Recommended Dietary Allowances : RDA)(1989) ให้ค่าความต้องการพลังงานของทารกดังนี้ (จังจิตร อังคทรวนิช, 2538)

ทารกอายุ 0 – 6 เดือน ต้องการพลังงาน 108 Kcal/Kg

ทารกอายุ 6-12 เดือน ต้องการพลังงาน 98 Kcal/Kg

พลังงานในอาหารได้จากไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรต ถ้าร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอ โปรตีนก็จะถูกสงวนไว้สร้างเนื้อเยื่อ ในมันและการโภชนาณจะเป็นแหล่งพลังงาน โดยแนะนำการกระจายพลังงาน (energy distribution) สำหรับทารก จากสารอาหารทั้ง 3 ชนิด (จังจิตร อังคทรวนิช, 2538 : 15) ไว้ดังนี้

การโภชนาณ 35-65

ไขมันร้อยละ 30-55

โปรตีนร้อยละ 7-16

การคิดคำนวณความต้องการพลังงานของเด็กวัยต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 4 อีกทั้งอาจคำนวณตามวิธีของ Holiday และ Segar (วันศต วรรavit ฯ และคณะอื่นๆ, 2540) ซึ่งใช้ประเมินพลังงานของผู้ที่นอนพักบนเตียง และไม่มีactivity พบร่วมกับป่วยใช้พลังงานดังนี้

น้ำหนักตัว 0 – 10 กก. ใช้ 100 แคลอรี่/กก./วัน

น้ำหนักตัว 10 – 20 กก. ใช้ 1,000 + 50 แคลอรี่/กก. ที่มากกว่า 10 กก.

น้ำหนักตัวมากกว่า 20 กก. ใช้ 1,500 + 20 แคลอรี่/กก. ที่มากกว่า 20 กก.

สำหรับความต้องการโปรตีนของเด็ก สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความต้องการโปรตีนของหารกและเด็ก

ช่วงอายุ	ความต้องโปรตีน(กรัม/กก./วัน)
หารกแรกเกิด-3 เดือน	2.20
3-6 เดือน	1.85
6-9 เดือน	1.65
9-12 เดือน	1.50
1-2 ปี	1.20
2-3 ปี	1.15
3-5 ปี	1.10

ที่มา : จากตารางที่ 5.1 ใน พรทิพย์ คำพอ, 2540 : 131.

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัย มหิดล. (2529) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัย 0-5 ปีในภาคกลาง พบร่วมกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัย 0-5 ปี ได้แก่ ความเชื่อตามที่ได้รับอบรมมา การขาดความรู้ที่ถูกต้อง และอิทธิพลการโฆษณาสินค้า

กัลยา ศรีนพรัตน์วัฒนาและไพบูลย์ เอกแสงศรี. (2529) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่รับไวรัកษาในโรงพยาบาลเด็กด้วยโรคต่างๆจำนวน 200 คน (อายุ 0-60 เดือน) พบร่วมกับการขาดอาหาร โดยใช้น้ำหนักตามอายุเป็นมาตรฐานร้อยละ 51.5 โดยแบ่งเป็นขาดอาหารระดับ 1, ระดับ 2 และระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 31.5, 13.5 และ 6.5 ตามลำดับ และเมื่อใช้ส่วนสูงเป็นมาตรฐานจะมีภาวะขาดสารอาหารอาหารระดับ 1, ระดับ 2 และระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 13.0, 3.0 และ 1.5 ตามลำดับรวมเท่ากับร้อยละ 17.5 กลุ่มนี้มีการขาดสารอาหารรุนแรงที่สุดเทียบตามอายุถือกลุ่มผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ในการศึกษาระบบนี้พบอาหารทางตาที่เกิดจากการขาดวิตามินเอ 1 คน อาการของขาดวิตามินบีสอง 7 คน ภาวะโลหิตจางร้อยละ 52 เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ขาดอาหารและไม่ขาดอาหาร พบร่วมกับกลุ่มที่ขาดอาหารมีน้ำหนักตัวแรกคลื่อนอยยกว่ากลุ่มเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนพื้นที่น่อง การศึกษาของพ่อแม่ รายได้รวมของครอบครัวในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องที่ไม่ได้กินนมแม่จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคอุจาระร่วง และมีภาวะขาดอาหารมากกว่าและรุนแรงกว่าพากที่กินนมแม่ ในผู้ป่วยทั้งหมดมีการให้สารอาหารเร็วกว่าที่ควรร้อยละ 42.5

ประไพพรรณ ศุภจัตุรัส และคณะ. (2531) ได้ศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการของ

หารกและเด็กวัยก่อนเรียน (0-60 เดือน) ในเขตชุมชนของกรุงเทพมหานคร จากจำนวน 2,230 คน พบว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการหารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความเสี่ยงเพียงร้อยละ 5.8 ขณะที่หารกถูกเลี้ยงด้วยนมผงและนมข้นหวานมีความเสี่ยงร้อยละ 11.2 และ 16.7 ตามลำดับ

สายพิม พุฒิมิตร. (2531) ศึกษาภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปีที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ที่ศูนย์ฝึกและอบรมการอนามัยแม่และเด็ก กรุงเทพมหานคร จำนวนเด็ก 2,955 คน พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยจะมีภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ และการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็กหญิงจะสูงกว่าเด็กชายทั้งใน 2 กลุ่ม(กลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ และกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย)

รุ่งนภา บุญต่อ. (2533) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี กรณีศึกษาเปรียบเทียบอั่ม一艘ที่มีเด็กขาดอาหารสูงและต่ำ ในจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า อายุสถานภาพสมรรถของมารดา ระยะห่างระหว่างบุตร จำนวนบุตรในทั้ง 2 อั่ม一艘ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างกันของภาวะโภชนาการ สำหรับบริโภคนิสัยของมารดา อายุที่ห่างกัน การรับรู้เรื่องการเลี้ยงลูกเด็กจาก อสม. มีผลทำให้เกิดความแตกต่างกันของภาวะโภชนาการ ในอั่ม一艘ที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ส่วนตัวแปรที่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะโภชนาการทั้ง 2 อั่ม一艘คือ การศึกษาของมารดา อายุพของมารดา และเวลาที่มารดาออกไปทำงานนอกบ้าน เพศเด็กเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะโภชนาการทั้ง 2 อั่ม一艘 โดยเพศชายจะมีภาวะโภชนาการปอดมากกว่าเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิดของทั้ง 2 อั่ม一艘พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากจะมีภาวะโภชนาการปอดมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า อายุเด็ก พบว่า ภาวะโภชนาการในเด็กปอดมากที่สุดในช่วงแรกเกิดถึงอายุ 12 เดือน แล้วจะเริ่มนิภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงช่วงอายุ 25-36 เดือน จะเป็นช่วงที่เด็กมีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด

สร้างจิต ฤทธิรัตน์. (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน ศึกษาเฉพาะกรณีอั่ม一艘ของร่อง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักแรกคลอด เป็นตัวแปรที่กำหนดความผันแปรของน้ำหนักตามอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

รุจิรา สุริyanากุล และคณะ. (2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงในการขาดสารอาหาร ประเทaphลังงานและ โปรตีนของเด็กอายุ 0-4 ปี ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและวัสดุความสูง ชั้นน้ำหนัก ตรวจร่างกาย จำนวน 1,480 คน นำน้ำหนักไปเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทย ของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลและหาปัจจัยเสี่ยง ในภาวะโภชนาการประเทaphลังงาน และ โปรตีนในเด็กที่ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ครอบครัวที่มี

บุตรมากกว่า 2 คนขึ้นไป มารดาและบิดาที่การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 4 เป็นเด็กเพศหญิง เด็กที่เลี้ยงดูชนนขันหวาน จำนวนขวนนที่ใช้ในการชั่งน้ำ份 การที่เคยได้รับวัคซีนบีซีจีและไม่เป็นแพลเป็น เด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดบวม

สังคม จพพ. พัฒนานิช และคณะ. (2536) ศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กันของการเกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดคล่องเตย พบร้าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การอ่านหนังสือของมารดาด้ัชนีน้ำหนักส่วนสูงของมารดา น้ำหนักแรกคลอด ลักษณะที่ อายุ เพศ ความพิการแต่กำเนิด อายุที่หย่านนมมารดา และการเริ่มให้อาหารเสริมครั้งแรกของบุตร

เกรียงชัย คำแหง. (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ในเขตอำเภอกรุงข้าวปูน จังหวัดอุบลราชธานี โดยศัมภานญ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการกับผู้ปกครองเด็ก จำนวน 444 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา อาชีพหลักของบิดามารดา รายได้กรอบครัว ครอบครัวที่มีที่ทำกินเป็นของตนเอง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความบ່อยของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของบิดามารดา เพศของเด็ก น้ำหนักแรกคลอด เด็กเคยป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อย เด็กเคยป่วยเป็นโรคปอดบวมนบอย สถานที่ฝ่ากกรากของมารดา นิสัยการบริโภคของเด็ก เด็กเมื่ออาหารบ່อย ผู้ปกครองเด็กเคยประกอนอาหารที่มีรูปแบบหลากหลาย ตุขากินมาตั้งแต่เด็ก ความเชื่อเด็ก เด็กเมื่ออาหารบ່อย บ้านเรือนอยู่ห่างไกลจากครอบครัวอื่น ครัวเรือนมีน้ำเสียดไม่เพียงพอตลอดปี หมู่บ้านไม่มีตลาดสด

อรศรี เสเจียนศักดิ์ และมาลินี มนัสธรรมกุล. (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก พบร้า ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกัน ความเชื่อเกี่ยวกับโภชนาการของมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก พบร้า ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกัน

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

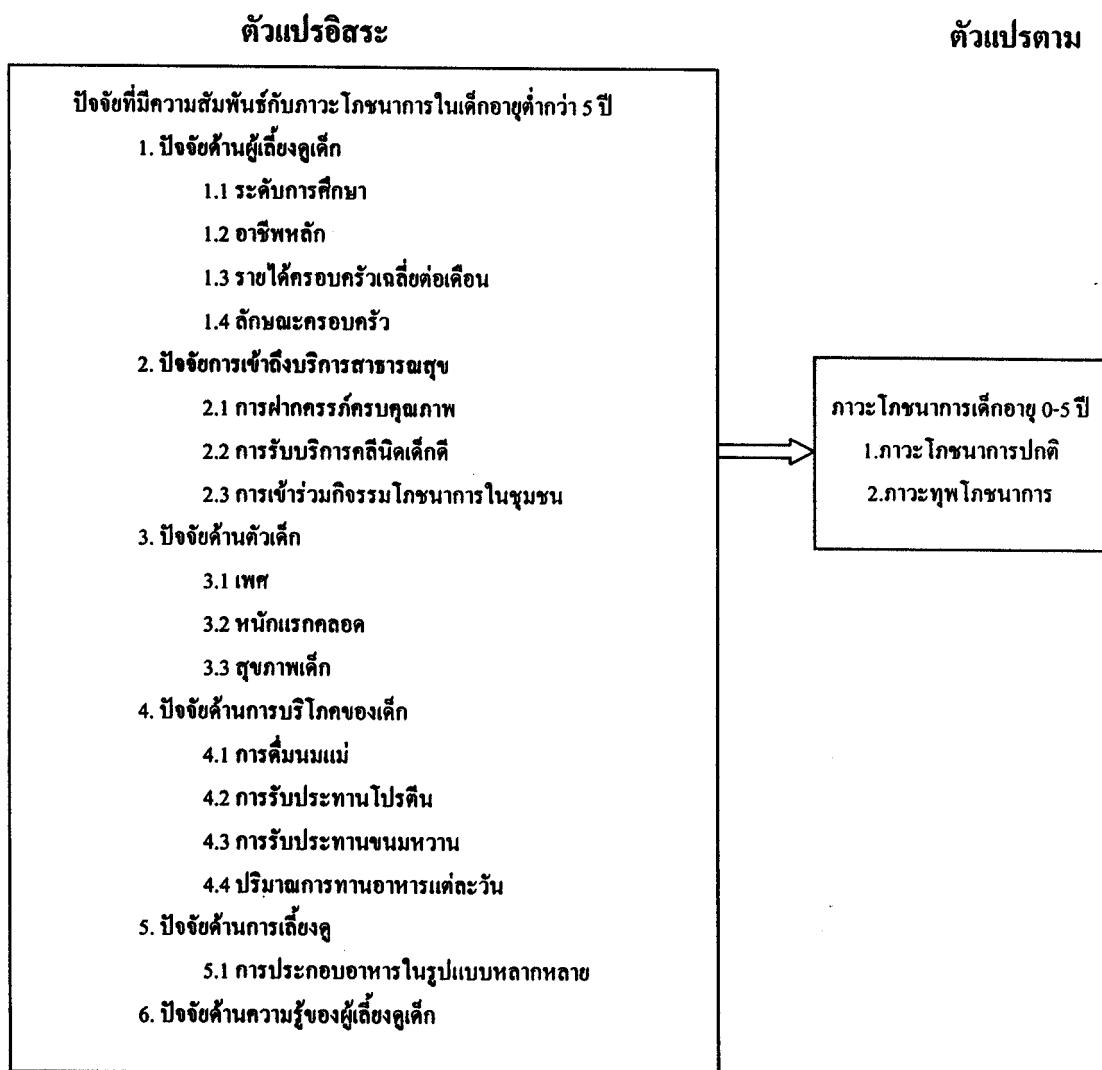
จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดและวิธีการศึกษาดังนี้

2.6.1 ตัวแปรในการวิจัย

2.6.1.1 ตัวแปรอิสระ(Independent variables) คือ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู ปัจจัยการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัจจัยด้านตัวเด็ก ปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู และปัจจัยด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก

2.6.1.2 ตัวแปรตาม(Dependent variables) คือภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอ济าเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดกรอบแนวความคิด (Conceptual Framework) ใน การศึกษาดังแผนภูมิต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด(Conceptual Framework)ในการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาขอนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 แหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่'

3.2.1 ข้อมูลเอกสาร (Documentary Data) ได้ดำเนินการกับวิชากรตำรา รายงานการวิจัย รวมทั้งข้อมูลจากหน่วยงานราชการต่างๆ ตลอดจนหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง

3.2.2 ข้อมูลสนาม (Field Data) ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ และตัวอย่างที่กำหนดไว้

3.3 ประชากรศึกษา / การสุ่มตัวอย่าง / การคำนวณขนาดตัวอย่าง

3.3.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรตัวอย่าง(Population to be sampled) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้เดียงคูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเบริกนเทียนเป็นผู้เดียงคูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะโภชนาการปกติ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอยู่ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2549 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 โดยอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองใหม่นานไม่น้อยกว่า 6 เดือนนับจากวันออกสัมภาษณ์

3.3.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้ตารางมาตรฐานหรือสำเร็จรูป เป็นตารางที่เลือกตัวอย่างน้อยที่สุด แต่ให้ผลความเชื่อมั่นมากที่สุด ที่ใช้สำหรับประชากร 50 คนถึง 100,000 คน โดยใช้ตัวอย่างประชากรของ Krejcie และ Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (Bernard H.R, 1994 : p79) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนประชากรและขนาดตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

จำนวนประชากร(Population size)	ขนาดตัวอย่าง(Sample size)
50	44
100	80
150	108
200	132
250	152
300	169
400	196
500	217
800	260
1,000	278
1,500	306
2,000	322
3,000	341
4,000	352
5,000	357
10,000	370
50,000	381
100,000	384

ซึ่งอำเภอเมืองใหม่ มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 3,650 คน (จากตารางที่ 4 คิดคำนวณที่ประชากร 4,000 คน) จะได้ขนาดตัวอย่าง 352 คน และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการจำนวน 1,079 คน (จากตารางที่ 4 คิดคำนวณที่ประชากร 1,500 คน) จะได้ขนาดตัวอย่าง 306 คน ได้ปรับเพิ่มให้เท่ากับกลุ่มแรกได้ขนาดตัวอย่าง 352 คน รวมจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 704 คน

3.3.3 การสุ่มตัวอย่าง

อำเภอเมืองใหม่มีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 352 คน แล้วสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systemic random sampling) โดยนำประชากรที่มีในบัญชีรายชื่อในแบบรายงาน ก.102 . ในทุกตำบลมาเรียงกัน แล้วคำนวณช่วงของกลุ่ม

ตัวอย่าง จะได้ตัวอย่าง 1 คน ในทุกๆ 10 คน เลือกวิธีเลือกแบบตารางเลขสุ่ม จนได้ตัวอย่างครบจำนวน 352 คน สำหรับกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะโภชนาการปกติซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างให้จำนวน 352 คน ใช้วิธีเดียวกับกลุ่มแรก จนได้ตัวอย่างครบจำนวน 352 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัยต่างๆดังนี้

3.4.1 ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คัดย่อทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษา, อารச์พหลักษ, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว

3.4.2 ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

3.4.3 ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ, น้ำหนักแรกคลอด และสุขภาพเด็ก

3.4.4 ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดื่มน้ำ, การรับประทานโปรตีน, การรับประทานขนมหวาน, ปริมาณการทานอาหารแต่ละวัน

3.4.5 ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลาย

3.4.6 ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก

3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว และผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปทดลองใช้

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบเครื่องมือในส่วนของความรู้ของผู้เลี้ยงดู โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาเบื้องต้น โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลfa cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งค่าคำนวณจะได้อยู่ระหว่าง 0 - 1

ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง แสดงถึงว่าแบบสัมภาษณ์นี้สามารถวัดได้ในเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ

ในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการทดสอบเครื่องมือ กับผู้เดี่ยงคุณเด็กในเขตตำบลหัวยาย ไฝ่ อําเภอโวงเจิม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้ผู้เดี่ยงคุณเด็กมีค่าสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์效 ครอบbach เท่ากับ 0.80

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.6.1 ประชุมชี้แจงการศึกษา กับเครือข่ายบริการสุขภาพ อําเภอศรีเมืองใหม่ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในเขตอําเภอศรีเมืองใหม่

3.6.2 ภาคเลือกและฝึกหักษะพนักงานสัมภาษณ์ โดยภาคเลือกพนักงานสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล ในเขตอําเภอศรีเมืองใหม่

3.6.3 พนักงานออกสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์

3.6.4 เก็บข้อมูลรวบรวมแบบสัมภาษณ์ให้ครบถ้วนพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่าแบบสัมภาษณ์ฉบับใดตอบไม่ครบถูกข้อคำถาม จะขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยให้ข้อมูลอีกครั้ง จนกระทั่งครบถ้วนข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสัมภาษณ์ที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จากนั้นจัดทำคู่มือลงรหัส นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสและบันทึกข้อมูล แล้วประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

3.7.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในรูปความถี่ ร้อยละ

3.7.2 ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีใช้สถิติคัดแยกหุตัวแปร โลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

3.7.3 เปรียบเทียบความรู้เรื่อง โภชนาการ ของผู้เดี่ยงคุณเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะ

ทุพโภชนาการกับกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติใช้สถิติ t-test

3.8 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 21 ตัวแปร เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ 2 ตัวแปร ได้แก่ น้ำหนักเด็ก และผลรวมคะแนนความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่วนตัวแปรที่เหลือจะได้นำมาจัดกลุ่มและกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงตัวแปรและตัวแปรหุ่นที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	ตัวแปรหุ่น	
1) ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู	x1	x2
ประถมศึกษา	1	0
มัธยมศึกษา	0	1
อนุปริญญาขึ้นไป	0	0
2) อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดู	x3	x4
เกษตรกรรมหรือรับจำจ้าง	1	0
ค้าขาย	0	1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0
3) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	x5	x6
ต่ำกว่า 2,800 บาท	1	0
2. 2,800-8,000 บาท	0	1
มากกว่า 8,000 บาท	0	0
4) ลักษณะของครอบครัว		x7
ครอบครัวเดียว		0
ครอบครัวขยาย		1
5) การฝึกอบรมคุณภาพ	x8	x9
ไม่ได้ฝึกอบรม	1	0
ฝึกอบรมแต่ไม่ครบคุณภาพ	0	1
ฝึกอบรมครบคุณภาพ	0	0

ตารางที่ 7 แสดงตัวแปรและตัวแปรทุนที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

ตัวแปร	ตัวแปรทุน	
6) เด็กได้รับบริการคลินิกเด็กดี		$\times 10$
ได้รับบริการ	0	
ไม่ได้รับบริการ	1	
7) การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการในชุมชน	$\times 11$	$\times 12$
ไม่ได้เข้าร่วม	1	0
ได้เข้าร่วมแต่ไม่ครบถ้วนครั้ง	0	1
ได้เข้าร่วมทุกครั้ง	0	0
8) เพศของเด็ก		$\times 13$
ชาย	0	
หญิง	1	
9) น้ำหนักแรกเกิด(ตัวแปรเชิงปริมาณ)		$\times 14$
10) สุขภาพเด็ก(ไม่พิการ ไม่เป็นโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด ในรอนปีที่ผ่านมาไม่เจ็บป่วยบ่อย และไม่เคยไปพบแพทย์บ่อย)		$\times 15$
สุขภาพดี	0	
สุขภาพไม่ดี	1	
11) การกินนมแม่		$\times 16$
ไม่เคยกินหรือ กินนมแม่น้อยกว่า 4 เดือน	1	
กินนมแม่ 4 เดือนขึ้นไป	0	
12) เด็กรับประทานทานเนื้อ หรือ ไข่ หรือ ปลา หรือ ตับ หรืออาหารที่ทำจากโปรตีน		$\times 17$
ทาน	0	
ไม่ทาน	1	
13) เด็กทานขนมหวาน หรือไม่		$\times 18$
ทาน	1	
ไม่ทาน	0	

ตารางที่ 7 แสดงตัวแปรและตัวแปรหุ่นที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

ตัวแปร	ตัวแปรหุ่น
14) ปริมาณการรับประทานอาหารแต่ละมื้อของเด็ก	x19
ทานได้น้อยหรือปานกลาง	1
ทานได้มาก	0
15) การประกอบในรูปแบบหลากหลายให้เด็กทานในแต่ละวัน	x20
ไม่นบอย	1
บ่อยมาก	0
16) ความรู้ของผู้เลี้ยงดู(ตัวแปรเชิงปริมาณ)	x21

จะมีตัวแปรทั้งหมด 21 ตัวแปร ดังนี้

x1 = การศึกษาของผู้เลี้ยงดูระดับประถมศึกษา

x2 = การศึกษาของผู้เลี้ยงดูระดับมัธยมศึกษา

x3 = อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูเป็นอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจำจ้าง

x4 = อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูเป็นอาชีพค้าขาย

x5 = รายได้ครองครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท

x6 = รายได้ครองครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท

x7 = ลักษณะของครอบครัวครอบครัวของนายฯ

x8 = ไม่ได้ฝากครรภ์

x9 = ฝากครรภ์แต่ไม่ครบคุณภาพ

x10 = เด็กไม่ได้รับบริการคลินิกเด็กดี

x11 = ไม่ได้พาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการในชุมชน

x12 = พาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วน

x13 = เพศของเด็กเป็นเพศหญิง

x14 = น้ำหนักแรกเกิด

x15 = สุขภาพเด็กไม่ดี

x16 = เด็กไม่เคยกินหรือ กินนมแม่น้อยกว่า 4 เดือน

x17 = เด็กไม่รับประทานทานเนื้อ หรือ ไข่ หรือ ปลา หรือ ตับ หรืออาหารจากโปรดีน

x18 = เด็กรับประทานขนมหวาน

x19 = เด็กรับประทานอาหารแต่ละมื้อได้น้อยหรือปานกลาง

x20 = ผู้เดี่ยวประกอบในรูปแบบหลากหลายให้เด็กท่านในแต่ละวันไม่เบื่อ
x21 = ความรู้ของผู้เดี่ยว

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตอำเภอกรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนตัวอย่างได้จำนวนตัวอย่าง 352 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลักษณะทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัจจัยด้านตัวเด็ก ปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก และปัจจัยด้านการเลี้ยงดู

4.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านโภชนาการ ของผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการกับกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ

4.1 ข้อมูลักษณะทั่วไป

ในด้านปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีจำนวน 352 คน กลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือปู่หรือย่าหรือตาหรือยาย ร้อยละ 28.4 สถานภาพผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่คิดเป็น ร้อยละ 88.1 ระดับการศึกษาร่วงในญี่งชั้นประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 40.6 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 88.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,800 บาท ร้อยละ 40.6 รองลงมามีรายได้ 2,800–8,000 บาท เป็นร้อยละ 32.7 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 67.0 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีจำนวน 352 คน กลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 72.4 รองลงมาคือปู่หรือย่าหรือตาหรือยาย ร้อยละ 22.2 สถานภาพผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 86.6 ระดับการศึกษาร่วงในญี่งชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออนุปริญญาชั้น ไป 30.7 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท เป็นร้อยละ 47.7 รองลงมามีรายได้ 2,800–8,000 บาท เป็นร้อยละ 35.5 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดียว คิดเป็นร้อยละ 67.3

ในด้านปัจจัยการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่การฝากครรภ์ครบกำหนด คิดเป็นร้อยละ 61.4 สถานที่คลอดคลอดที่

สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิกคิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการคลินิกเด็กดี ร้อยละ 94.6 การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ส่วนใหญ่เข้าร่วมแต่ไม่ครบทุกครั้ง ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือเข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 39.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะโภชนาการปอดคิดส่วนใหญ่การฝึกครรภ์ครบคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 62.2 สถานที่คลอดคัดลดที่ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิกคิดเป็นร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการคลินิกเด็กดี ร้อยละ 95.2 การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ส่วนใหญ่เข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 69.3 รองลงมาคือเข้าร่วมแต่ไม่ครบทุกครั้ง ร้อยละ 23.9

ในด้านปัจจัยด้านตัวเด็ก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ พนว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 น้ำหนักแรกคลอดส่วนใหญ่น้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 80.4 ไม่เป็นพิการคิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเดือดคิดเป็นร้อยละ 94.9 ไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย ร้อยละ 90.9 ไม่ป่วยด้วยโรคปอดบวมน้ำบ่อย ร้อยละ 90.9 ไม่เคยไปพบแพทย์หรือไปพบแพทย์แต่ไม่บ่อย ร้อยละ 75.8 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะโภชนาการปอด พนว่าเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 น้ำหนักแรกคลอดส่วนใหญ่น้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 78.7 ไม่เป็นพิการคิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเดือดคิดเป็นร้อยละ 96.3 ไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย ร้อยละ 93.8 ไม่ป่วยด้วยโรคปอดบวมน้ำบ่อย ร้อยละ 93.2 ไม่เคยไปพบแพทย์หรือไปพบแพทย์แต่ไม่บ่อย คิดเป็นร้อยละ 87.8

ในด้านปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ พนว่า เด็กได้ดื่มน้ำนมแม่ไม่น้อยกว่า 4 เดือนคิดเป็นร้อยละ 64.8 ส่วนใหญ่เด็กรับประทานอาหารที่ทำจากโปรดีน ร้อยละ 62.5 เด็กรับประทานขนมหวานร้อยละ 94.9 ปริมาณการรับประทานอาหารของเด็ก ส่วนใหญ่รับประทานได้น้อยหรือปานกลาง ร้อยละ 85.5 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะโภชนาการปอด พนว่า เด็กส่วนใหญ่ได้ดื่มน้ำนมแม่ไม่น้อยกว่า 4 เดือนคิดเป็นร้อยละ 79.8 เด็กส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรดีน ร้อยละ 79.5 เด็กรับประทานขนมหวาน คิดเป็นร้อยละ 94.3 ปริมาณการรับประทานอาหารของเด็ก ส่วนใหญ่รับประทานได้น้อยหรือปานกลาง ร้อยละ 61.9

ในด้านปัจจัยด้านการเลี้ยงคู่เด็ก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ พนว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงคู่ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายคิดเป็นร้อยละ 60.8 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงคู่เด็กที่มีภาวะโภชนาการปอด ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงคู่ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายคิดเป็นร้อยละ 62.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย

ข้อความ	เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ		เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู				
ผู้เลี้ยงดูเป็น				
บิดาหรือมารดา	233	66.2	255	72.4
บุตรหรือ女 หรือตาหรือยาย	100	28.4	78	22.2
อุปาริษัท หรือน้าหรืออา	17	4.8	15	4.3
ผู้รับจ้างเลี้ยงเด็ก	2	0.6	0	0.0
อื่นๆ	0	0.0	4	1.1
รวม	352	100.0	352	100.0
สถานภาพผู้เลี้ยงดู				
โสด	7	2.0	2	0.6
ว่าง	285	81.0	305	86.6
หม้าย หรือห嫣 หรือแยก	60	17.0	45	12.8
รวม	352	100.0	352	100.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	143	40.6	68	19.3
มัธยมศึกษา	115	32.7	176	50.0
อนุปริญญาขึ้นไป	94	26.7	108	30.7
รวม	352	100.0	352	100.0
อาชีพหลัก				
เกษตรกรรมหรือรับจ้าง	310	88.1	309	87.8
ค้าขาย	23	6.5	25	7.1
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	19	5.4	18	5.1
อื่นๆ	0	0.0	0	0.0
รวม	352	100.0	352	100.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย (ต่อ)

ข้อความ	เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ		เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 2,800 บาท	103	40.6	59	16.8
2,800-8,000 บาท	171	32.7	125	35.5
มากกว่า 8,000 บาท	78	26.7	168	47.7
รวม	352	100.0	352	100.0
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดียว	116	33.0	237	67.3
ครอบครัวขยาย	236	67.0	115	32.7
รวม	352	100.0	352	100.0
2. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข				
การฝากครรภ์				
ไม่ได้ฝากครรภ์	21	6.0	12	3.4
ฝากครรภ์แต่ไม่ครบคุณภาพ	100	28.4	119	33.8
ฝากครรภ์ครบคุณภาพ	231	65.6	221	62.8
รวม	352	100.0	352	100.0
สถานที่คลอด				
คลอดที่บ้าน	80	22.7	87	24.7
คลอดที่สถานอนามัย/โรงพยาบาล/คลินิก	272	77.3	265	75.3
รวม	352	100.0	352	100.0
การได้รับบริการคลินิกเด็กดี				
ได้รับ	333	94.6	335	95.2
ไม่ได้รับ	19	5.4	17	4.8
รวม	352	100.0	352	100.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย (ต่อ)

ข้อความ	เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ		เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน				
ไม่ได้เข้าร่วม	52	14.8	24	6.8
เข้าร่วมแต่ไม่ครบถ้วนครั้ง	162	46.0	84	23.9
เข้าร่วมทุกครั้ง	138	39.2	224	69.3
รวม	352	100.0	352	100.0
3. ปัจจัยด้านตัวเด็ก				
เพศ				
ชาย	112	31.8	121	34.4
หญิง	240	68.2	231	65.6
รวม	352	100.0	352	100.0
น้ำหนักเด็กแรกคลอด				
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	69	19.6	75	21.3
2,500 กรัมขึ้นไป	283	80.4	277	78.7
รวม	352	100.0	352	100.0
เด็กพิการ				
พิการ	0	0.0	0	0.0
ไม่พิการ	352	100.0	352	100.0
รวม	352	100.0	352	100.0
เด็กเป็นโรคหัวใจ				
เป็นโรคหัวใจ	0	0.0	0	0.0
ไม่เป็นโรคหัวใจ	352	100.0	352	100.0
รวม	352	100.0	352	100.0
เด็กเป็นโรคเลือด				
เป็นโรคเลือด	18	5.1	13	3.7
ไม่เป็นโรคเลือด	334	94.9	339	96.3
รวม	352	100.0	352	100.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย (ต่อ)

ข้อความ	เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ		เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง				
ป่วยบ่อย	32	9.1	22	6.3
ไม่ป่วยบ่อย	320	90.9	330	93.8
รวม	352	100.0	352	100.0
เด็กป่วยด้วยโรคปอดบวม				
ป่วยบ่อย	32	9.1	24	6.8
ไม่ป่วยบ่อย	320	90.9	328	93.2
รวม	352	100.0	352	100.0
การไปปนเป الطبย์				
ไม่เคยไปปนหรือปนแพทย์แต่ไม่น่องย	267	75.8	209	87.8
ไปปนแพทย์บ่อย	85	24.1	43	12.2
รวม	352	100.0	352	100.0
4. ปัจจัยด้านการบริโภคของเด็ก				
การดื่มน้ำแร่				
ไม่เคยดื่มหรือดื่มไม่ถึง 4 เดือน	124	35.2	71	20.2
ดื่มน้ำแร่ 4 เดือนขึ้นไป	228	64.8	281	79.8
รวม	352	100.0	352	100.0
การรับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน				
รับประทาน	220	62.5	280	79.5
ไม่รับประทาน	132	37.5	72	20.5
รวม	352	100.0	352	100.0
เด็กรับประทานนมหวาน				
รับประทาน	334	94.9	332	94.3
ไม่รับประทาน	18	5.1	20	5.7
รวม	352	100.0	352	100.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย (ต่อ)

ข้อความ	เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ		เด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณการรับประทานอาหาร				
รับประทานได้น้อยหรือปานกลาง	301	85.5	218	61.9
รับประทานได้มาก	51	14.5	134	38.1
รวม	352	100.0	352	100.0
5. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู				
การประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลาย				
บ่อย	138	39.2	221	62.8
ไม่บ่อย	214	60.8	131	37.2
รวม	352	100.0	352	100.0

ในด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก กลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ตอบคำถามถูกมากที่สุด คือข้อ 1, 7 และ 9 คิดเป็นร้อยละ 98.7, 97.2 และ 85.5 ตามลำดับ ตอบผิดมากที่สุดคือข้อ 2, 8 และ 6 คิดเป็นร้อยละ 45.2, 32.4 และ 29.8 ตามลำดับ และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ตอบคำถามถูกมากที่สุด เช่นเดียวกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ คือข้อ 1, 7 และ 9 คิดเป็นร้อยละ 97.7, 93.5 และ 83.0 ตามลำดับ ตอบผิดมากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ คือข้อ 2, 8 และ 6 คิดเป็นร้อยละ 44.3, 34.4 และ 27.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เดี่ยงคูเด็ก จำแนกตามผลการตอบแบบสัมภาษณ์

ข้อคำถาม	กลุ่มผู้เดี่ยงคู	ตอบถูก		ตอบผิด		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เด็กผอมแห้ง ตัวเล็ก เป็นอาการของโรคขาดสารอาหาร เด็กทุพโภชนาการ	เด็กทุพโภชนาการ	348	98.7	4	1.3	352	100.0
	เด็กปกติ	344	97.7	8	2.3	352	100.0
2.เด็กขาดสารอาหารคือโรคช่าง ไม่จำเป็นต้องคูแลเรื่อง อาหารเป็นพิเศษแต่อย่างใด	เด็กทุพโภชนาการ	193	54.8	159	45.2	352	100.0
	เด็กปกติ	196	55.7	156	44.3	352	100.0
3. นมแม่มีคุณค่าทางอาหารมากที่สุด	เด็กทุพโภชนาการ	314	89.2	38	10.8	352	100.0
	เด็กปกติ	301	85.5	51	14.5	352	100.0
4.ผักและผลไม้เป็นอาหารที่วิตามินและเกลือแร่	เด็กทุพโภชนาการ	287	81.5	65	18.5	352	100.0
	เด็กปกติ	277	78.7	75	21.3	352	100.0
5.ควรให้เด็กทานนมแม่อ่อนบ้างเดี๋ยวอย่างน้อย 4-6 เดือน	เด็กทุพโภชนาการ	295	83.8	57	16.2	352	100.0
	เด็กปกติ	296	84.1	56	15.9	352	100.0
6.ควรป้อนข้าวเมื่อเด็กอายุครบ 2 เดือน	เด็กทุพโภชนาการ	247	70.2	105	29.8	352	100.0
	เด็กปกติ	255	72.4	97	27.6	352	100.0
7.หากเด็กไม่ทานอาหารควรให้กินขนมหวานแทน	เด็กทุพโภชนาการ	342	97.2	10	2.8	352	100.0
	เด็กปกติ	392	93.5	23	6.5	352	100.0
8.อาหารในห้องถัง เช่นแกงหน่อไม้ สักทอง ก็ให้เด็ก	เด็กทุพโภชนาการ	238	67.6	114	32.4	352	100.0
แข็งแรงได้เหมือนกัน	เด็กปกติ	231	65.6	121	34.4	352	100.0
9.โรคพยาธิเป็นสาเหตุให้เด็กผอมໄ้ด	เด็กทุพโภชนาการ	301	85.5	51	14.5	352	100.0
	เด็กปกติ	292	83.0	60	17.0	352	100.0
10.เด็กปกติควรซั่งน้ำหนักทุก 6 เดือน	เด็กทุพโภชนาการ	272	77.3	80	22.7	352	100.0
	เด็กปกติ	287	81.5	65	18.5	352	100.0

4.2 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

การประบุกต์สมการผลตอบแทนพหุตัวแปรโลจิสติก มาธินายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดูเด็ก รายได้ครองครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว การฝากครรภ์ครบกำหนด การรับบริการคลินิกเด็กดี การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน เพศของเด็ก น้ำหนักของเด็กแรกคลอด ศุภภาพเด็ก การดื่มน้ำแม่ การรับประทานโปรตีนของเด็ก การรับประทานนมหวานของเด็ก ปริมาณการรับประทานอาหารแต่ละวันของเด็ก ความน้อยในการประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายของผู้เลี้ยงดู ระดับความรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงดูเด็ก พนวจ ผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาขั้นประถมศึกษา (x1) รายได้ครองครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 2,800 บาท(x5) รายได้ครองครัวเฉลี่ย 2,800-8,000 บาท(x6) ลักษณะครอบครัวขยาย(x7) การไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน(x11) การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วน(x12) เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน (x17) เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง(x19) ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายไม่น้อย(x20) มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ออกแบบการ

ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

$$\begin{aligned}
 &= -3.614 + 0.503 (\text{ผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาขั้นประถมศึกษา}) \\
 &\quad + 3.773 (\text{รายได้ครองครัวเฉลี่ย น้อยกว่า 2,800 บาท}) \\
 &\quad + 0.895 (\text{รายได้ครองครัวเฉลี่ย 2,800-8,000 บาท}) \\
 &\quad + 1.221 (\text{lักษณะครอบครัวขยาย}) \\
 &\quad + 1.123 (\text{การไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน}) \\
 &\quad + 1.163 (\text{การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วน}) \\
 &\quad + 0.731 (\text{เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน}) \\
 &\quad + 1.371 (\text{เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง}) \\
 &\quad + 0.492 (\text{ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายไม่น้อย})
 \end{aligned}$$

สมการนี้ให้ค่า $R^2 = 0.492$ แสดงว่าร้อยละ 49.2 ของความแปรปรวนของคะแนนของภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัย ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุตัวแปรโลจิสติก ของปัจจัยด้านค่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ปัจจัย	B	SD	p-value	OR
ค่าคงที่	-3.614	0.337		
ผู้เดี่ยวอยู่คนเดียวที่ไม่มีคุณภาพด้านการศึกษาขั้นประถมศึกษา	0.503	0.225	0.039	1.654
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย น้อยกว่า 2,800 บาท	3.773	0.501	0.000	43.524
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 2,800-8,000 บาท	0.895	0.220	0.000	2.447
ลักษณะครอบครัวขยาย	1.221	0.204	0.000	3.391
การไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน	1.123	0.341	0.001	3.074
การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนไม่ครบถ้วน	1.163	0.213	0.000	3.199
เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน	0.731	0.234	0.002	2.078
เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง	1.371	0.242	0.000	3.942
ผู้เดี่ยวอยู่ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายไม่น้อย	0.492	0.207	0.000	1.637

4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโภชนาการ

การเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เดี่ยวอยู่เด็ก พบร่วมกับผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้เดี่ยวอยู่ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีคะแนนเฉลี่ย 7.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ส่วนผู้เดี่ยวอยู่ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 7.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้เดี่ยวอยู่เด็ก พบร่วมกับความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.978$) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโภชนาการระหว่างผู้เดี่ยวอยู่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ กับผู้เดี่ยวอยู่เด็กภาวะโภชนาการปกติ

ภาวะโภชนาการ	n	Mean	SD	t-value	df	p-value
ทุพโภชนาการ	352	7.97	1.35	-.027	702	.978
ปกติ	352	7.98	1.41			

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในเขตอำเภอ
ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี” จากผลการศึกษาในบทที่ 4 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

5.1.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้เดี่ยงคูเด็ก

ผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา เช่นเดียวกับ ผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ

สถานภาพผู้เดี่ยงคู ทั้งในกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการและกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่

ระดับการศึกษาของผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา

อาชีพหลัก ทั้งในกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง ทั้งนี้ เพราะเป็นอาชีพหลักส่วนใหญ่ของประชาชนในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ของผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,800 บาท ส่วนกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท

ลักษณะครอบครัว ของผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ส่วนกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดียว

5.1.2 ข้อมูลลักษณะทั่วไปด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

การฝากครรภ์ ทั้งในกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ได้ฝากครรภ์ครบคุณภาพ เป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ความสนใจและทราบถึงความสำคัญของการฝากครรภ์

สถานที่คลอด ทั้งในกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่มาตราไปคลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิก เป็นพระมีสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกตำบลและอยู่ใกล้บ้าน ทำให้มารดาที่คลอดส่วนใหญ่จึงไปคลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิก

การเข้ารับบริการคลินิกเด็กดี ทั้งในกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ได้พาเด็กเข้ารับบริการคลินิกเด็กดี เป็นพระเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และหมุนเวียนดูแลส่วนใหญ่ให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญตรวจหลังคลอด

การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ในกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนเข้าร่วมแต่ไม่ครบถ้วน อาจเป็น เพราะผู้เลี้ยงคุเด็กส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำ เดือนต่อเดือนต่ำ ต้องประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ ให้กับครอบครัว จึงไม่มีเวลาหรือขาดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ส่วนกลุ่มผู้เลี้ยงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกครั้ง อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำเดือนสูง จึงมีเวลาและให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน

5.1.3 ข้อมูลลักษณะทั่วไปด้านตัวเด็ก

เพศ ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

น้ำหนักแรกคลอด ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ เด็กส่วนใหญ่เป็นน้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่มาตรของเด็กทั้งสองกลุ่ม ในระหว่างที่ตั้งครรภ์ได้มีการปฏิบัติดนและกินอาหารที่มีประโยชน์ ต่อการมีน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก

ความพิการและการเป็นโรคหัวใจ ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ไม่มีความพิการและไม่เป็นโรคหัวใจ

การเป็นโรคเลือด ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเลือด

การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย เป็นพระผู้เลี้ยงคุส่วนใหญ่มีความรู้สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี และมีการคุ้มครองอาหารสำหรับเด็กที่ถูกหลักสุขากินบาล

การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดบวมน้อย

การไปพนแพทบบบอย ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปพนแพทบบหรือพนแพทบบแต่ไม่น้อย

5.1.4 ข้อมูลักษณะทั่วไปด้านการบริโภคของเด็ก

การคั่มน้ำแม่ ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ได้คั่มน้ำแม่ไม่น้อยกว่า 4 เดือน เป็นเพรษมาตราส่วนได้ไปฝากครรภ์ และได้รับความรู้ในการให้นมลูกและประโยชน์ของนมแม่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วงที่ไปฝากครรภ์

การรับประทานอาหารที่ทำจากโปรดีน ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เด็กรับประทานอาหารที่ทำจากโปรดีน อาจเป็นเพรษผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายและเป็นอาหารที่ทำจากโปรดีน เด็กส่วนใหญ่จึงไม่เบื่ออาหารและรับประทานอาหารจากโปรดีน

การรับประทานขนมหวาน ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เด็กรับประทานขนมหวาน เพราะโดยทั่วไปเด็กส่วนใหญ่จะชอบและติดใจในรสหวานของขนมหวาน ดังนั้นหากผู้เลี้ยงดูซื้อให้เด็ก เด็กส่วนใหญ่ก็จะรับประทานขนมหวาน

ปริมาณการรับประทานอาหารของเด็ก ทั้งกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่รับประทานได้น้อยหรือปานกลาง อาจเป็นเพราะเด็กส่วนใหญ่ชอบรับประทานขนมหวาน ทำให้ความอิ่มและการรับประทานอาหารก็น้อยลง

5.1.5 ข้อมูลักษณะทั่วไปด้านการเลี้ยงดู

ความน้อยในการประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลาย ทั้งผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลาย เป็นเพรษผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้ และมีอาหารหลากหลายประเภทในชุมชน จึงสามารถประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายได้น้อย

5.1.6 ข้อมูลักษณะทั่วไปด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดู

ในด้านความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก กลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ตอบคำถามถูกมากที่สุด คือข้อ 1(เด็กพอมแห้ง ตัวเล็ก เป็นอาการของโรคขาดสารอาหาร) ร้อยละ 98.7 ข้อ 7 (หากเด็กไม่ทานอาหารควรให้กินขนมหวาน แทน) ร้อยละ 97.2 และข้อ 9 (โรคพยาธิเป็นสาเหตุ

ให้เด็กผอมໄได) ร้อยละ 85.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ตอบถูกมากที่สุด เช่นเดียวกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ คือข้อ 1, 7 และ 9 คิดเป็นร้อยละ 97.7, 93.5 และ 83.0 ตามลำดับ ส่วนข้อคำนวณที่ตอบผิดมากที่สุด ในกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ คือข้อ 2 (เด็กขาดสารอาหารคือโรคซาง ไม่จำเป็นต้องดูแลเรื่องอาหารเป็นพิเศษแต่อย่างใด) ข้อ 8 (อาหารในท้องถัง เช่น แกงหน่อไม้ ผักดอง ก็ทำให้เด็กแข็งแรงໄไดเหมือนกัน) และ ข้อ 6 (ควรป้อนข้าวเมื่อเด็กอายุครบ 2 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 45.2, 32.4 และ 29.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ตอบผิดมากที่สุด เช่นเดียวกับกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ คือข้อ 2, 8 และ 6 คิดเป็นร้อยละ 44.3, 34.4 และ 27.6 ตามลำดับ

แสดงว่าผลการตอบข้อคำนวณของผู้เลี้ยงดูทั้งสองกลุ่ม มีความรู้พื้นฐานไปในแนวทางเดียวกันทั้งข้อที่ตอบถูกและตอบผิดมากที่สุด แต่ยังมีปัญหา(ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด) ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหารสำหรับเด็กขาดสารอาหารหรือเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ การป้อนข้าวเด็กเร็วเกินไป ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดู ให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว

5.2 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ผลการวิเคราะห์ความถดถ卜ของพหุตัวแปร โลจิสติก พ布ว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ พร้อมๆ กันแล้ว ปัจจัยที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 9 ปัจจัยซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังต่อไปนี้

5.2.1 ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูที่ระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value=0.039$) โดยผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาประถมศึกษา จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 1.7 เท่า ของผู้เลี้ยงดูที่ระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป เพราะผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษา) ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง และส่วนใหญ่จะมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำ (ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน) ทำให้ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้ออาหารรับประทาน หรือได้อาหารที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอสำหรับเด็ก ทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการ มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ การเจริญเติบโตด้อยกว่าปกติ และจากผลการศึกษาแสดงผลลัพธ์ของการศึกษาของรุจิรา สุริบวนากุล และคณะ, 2534 ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ราคาและบิดาที่การศึกษาต่ำ กว่ามัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.2 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท มีความสัมพันธ์กับภาวะ

โภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 43.5 เท่า ของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สังคม งพพัฒนานิช และคณะ, 2536 ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กันของการเกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดคลองเตย โดยพบว่ารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันของการเกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในเด็ก เพราะครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ อาจไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้ออาหารรับประทาน หรือได้อาหารที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอสำหรับเด็ก ทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการ มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ การเจริญเติบโตด้อยกว่าปกติ และจากการที่มีรายได้น้อย ทำให้ไม่สามารถซื้อเครื่องใช้ที่จำเป็นอย่างอื่น รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพเด็กที่จะลดลง (พรทิพย์ สิริบูรณ์พัฒนา, 2544) และจากผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.3 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 2.4 เท่า ของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท เพราะรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท เป็นรายได้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นรายได้ที่ไม่มากพอที่จะจัดหาซื้ออาหารที่มีประโยชน์สำหรับเด็ก หรือทำให้ไม่สามารถซื้อเครื่องใช้ที่จำเป็นอย่างอื่น แม้ว่ารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท เป็นรายได้ที่แตกต่างกัน แต่ก็อาจไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในสภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน จำเป็นต้องใช้จ่ายในด้านอื่นๆ จึงอาจละเลยต่อการดูแลเรื่องอาหารที่มีคุณภาพสำหรับเด็ก แตกจากผลการศึกษาพบว่าโอกาสที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาทมีมากกว่า และจากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.4 ลักษณะครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยลักษณะครอบครัวขยาย จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 3.4 เท่า ของลักษณะครอบครัวเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจริญชัย คำแหง, 2541 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ในเขตอำเภอกรุงข้าวปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่าลักษณะครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กับภาวะ

ทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นเพาะครองครัวข่ายเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ มีสมาชิกอาศัยอยู่หลายคน เด็กอาจถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลใจใส่เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้อาหารที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ขาดความอบอุ่น และที่สำคัญอาจไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที่เมื่อเจ็บป่วย (พรทิพย์ สิริบูรณ์พัฒนา, 2544) ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ลักษณะครอบครัวข่ายมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.5 การไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยการไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น

3.1 เท่า ของพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกครั้ง เพราะกิจกรรมโภชนาการในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้พาเด็กไปชั่งน้ำหนักทำให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของเด็ก เด็กได้รับการตรวจสุขภาพ มีการจัดเลี้ยงอาหารเสริมสำหรับเด็ก ตลอดจนให้ความรู้ในด้านโภชนาการสำหรับผู้เลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดูที่ไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน จะทำให้ไม่ทราบภาวะโภชนาการของเด็กว่าเป็นอย่างไร เด็กมีสุขภาพเป็นอย่างไร เด็กจะไม่ได้รับอาหารเสริมที่จำให้ ตลอดจนความรู้ด้านโภชนาการที่ให้ในชุมชนก็จะไม่ได้รับทราบเช่นกัน จึงอาจส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า การไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.6 การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วนทุกครั้ง มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วนทุกครั้ง จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.2 เท่า ของพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกครั้ง ผู้เลี้ยงดูที่พาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน แต่ไม่ครบถ้วนทุกครั้ง จะทำไม่สามารถดูทราบภาวะโภชนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง ไม่ทราบว่าเด็กมีสุขภาพเป็นอย่างไรในช่วงเวลาที่ไม่ได้เข้าร่วม เด็กจะได้รับอาหารเสริมที่จำให้ไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนความรู้ด้านโภชนาการที่ให้ในชุมชนก็จะได้รับทราบน้อย เป็นบางครั้งที่เข้าร่วม จึงอาจส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งการไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนเลย กับการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบถ้วนทุกครั้ง มีความแตกต่างกันในด้านความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการ แม้ว่าจะส่งผลทำให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการเช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนเลย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากกว่าการพาเด็กเข้าร่วม

กิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบทุกครั้ง ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ดังไว้ว่า การพadeกเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบทุกครั้ง มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.7 เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) โดยเด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 2.1 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน เพราะอาหารที่ทำจากโปรตีน มีความสำคัญในการเจริญเติบโตของเด็ก ช่วยสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย และยังเป็นสารต้านทานโรค การขาดโปรตีนจะทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทานลดลง การได้รับโปรตีนน้อยเกินไปจะทำให้ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้ ทำให้การเจริญเติบโตหดช้าลง และอาจทำให้เกิดสติปัญญาด้อยได้ (นิตยา ตั้งชูรัตน์, 2536 : 790-804) ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ดังไว้ว่า เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.8 เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยเด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 3.9 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารได้มาก เพราะเด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง ปริมาณสารอาหารที่เข้าไปยังร่างกายจะต้องได้รับเพื่อไปช่วยในการเจริญเติบโต เด็กจึงมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผู้เลี้ยงดูเด็กจึงควรหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร เช่น เด็กเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ความเครียดของเด็ก ที่ทำการแก้ไขตามสาเหตุ และจากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิชา กิจารพัฒน์, 2539 ที่พบว่าสาเหตุของการขาดสารอาหารของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากเด็กกินอาหารแต่ละมื้อน้อยกว่า 51.6 ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับสมมติฐานที่ดังไว้ว่า ปริมาณการรับประทานอาหารของเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

5.2.9 ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ของผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญชัย คำแฟรง. (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ในเขตอําเภอ กุดข้าวปืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพราะผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย เด็กจะเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ได้รับ

สารอาหารไปช่วยในการเร่งรัดตับโถของร่างกายมีน้อย เด็กจึงมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผู้เดียงคุ เด็กจึงควรประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่น่าอย จะทำให้เด็กไม่เบื่ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติ การกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, ม.ป.ป. : 9) ว่าข้อปฏิบัติการกินอาหารที่ดีของคนไทยให้ กินอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องจึงกับสมนตรฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้เดียงคุที่ประกอบอาหารในรูปแบบที่หลากหลายมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่า กว่า 5 ปี

5.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านโภชนาการ

การเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เดียงคุเด็ก จากตารางที่ 10 พบว่า ผลการวิเคราะห์ ความรู้ของผู้เดียงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีคะแนนเฉลี่ย 7.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ส่วนผู้เดียงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 7.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้เดียงคุเด็ก พบว่าไม่มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.978$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจริญชัย คำแหง. (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ในเขตอําเภอกุดข้าวปุ่น จังหวัด อุบลราชธานี โดยพบว่า ระดับความรู้ ของผู้เดียงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ และผู้เดียงคุ ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าความรู้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ มีแนวทางการตอบไปในแนวทางเดียวกันคือ ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดของผู้เดียงคุทั้งสองกลุ่ม ในสาม ลำดับแรกเป็นข้อเดียวกัน และข้อที่ตอบผิดมากที่สุดของผู้เดียงคุทั้งสองกลุ่ม ในสามลำดับแรกเป็น ข้อเดียวกัน ข้อที่ตอบผิดมากໄດ้แก่ เรื่องเด็กขาดสารอาหารคือ โรคชา ไม่จำเป็นต้องคุ้มครองอาหาร เป็นพิเศษแต่อย่างใด, อาหารในท้องถิ่น เช่นแกงหน่อไม้ ผักคง ก็ทำให้เด็กแข็งแรงໄได้เหมือนกัน, ควรป้อนข้าวเมื่อเด็กอายุครบ 2 เดือน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้ความรู้หรือการให้สุข ศึกษาเพิ่มเติมแก่ผู้เดียงคุเด็ก เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจในเรื่องดังกล่าว แม้ว่าระดับความรู้ของผู้เดียง คุเด็กทั้งสองกลุ่มจะไม่แตกต่างกัน แต่เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูกลับมีภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้เดียงคุในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีลักษณะประชากรที่แตกต่างจากผู้เดียงคุ ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติคือ ประชากรส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำ คือรายรับครัวเฉลี่ยต่อ เดือนต่ำกว่า 2,800 บาท ระดับการศึกษาขั้นประถมศึกษา ลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งจะมีผลต่อภาวะ โภชนาการ เพราะเด็กอาจถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลใจใส่เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ อาหารที่ถูกต้อง จัดอาหารที่เพียงพอและมีคุณภาพ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และผู้เดียงคุในกลุ่ม เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ อาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง คือมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติให้ถูกต้อง

เช่น รู้ว่าنمแม่มีประโภชน์มากที่สุด แต่ยังใช้นมขันหวานเลี้ยงเด็ก หรือรู้ว่าขนมหวานไม่ค่อยมีสารอาหารที่เป็นประโภชน์สำหรับเด็ก และเด็กรับประทานขนมหวานแล้วจะไม่ค่อยอยากจะรับประทานอาหาร ผู้เลี้ยงดูยังชอบซื้อขนมหวานให้เด็กรับประทานบ่อยๆ เป็นต้น และจากผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีระดับความรู้ดีกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี” ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาขอนหลัง (Retrospective Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโภชนาการของผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ กับของผู้เลี้ยงดูเด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และเมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว และผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปทดลองใช้ การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบเครื่องมือในส่วนของความรู้ของผู้เลี้ยงดู โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาเบื้องต้นแล้วได้ทำการทดสอบเครื่องมือกับผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตอำเภอ โขงเจียม จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาและค่าสัมประสิทธิ์แอลfa cronbach (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 ซึ่งแบบสัมภาษณ์ชุดนี้มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านตัวเด็ก จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการบริโภคของเด็ก จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการเลี้ยงดู จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ ได้นำแบบสัมภาษณ์ไปกับข้อมูลริงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่เขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บจากผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กทุพโภชนาการ จำนวน 352 ตัวอย่าง และเก็บจากผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 352 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 704 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ และทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการโดยใช้การวิเคราะห์หัตถดอญพหุตัวแปรโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านโภชนาการโดยใช้ Independent t-test ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังนี้

6.1 สรุปผลการศึกษา

6.1.1 ข้อมูลดักษณะทั่วไป

ผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 66.2 สถานภาพผู้เดี่ยงคู ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่คิดเป็น ร้อยละ 88.1 ส่วนใหญ่จับช้อน ประมาณศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 40.6 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง คิด เป็นร้อยละ 88.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,800 บาท ร้อยละ 40.6 ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 67.0 ส่วนผู้เดี่ยงคูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 72.4 สถานภาพผู้เดี่ยงคูส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จับช้อนมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 อาชีพหลัก หลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท เป็นร้อยละ 47.7 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดียว คิดเป็นร้อยละ 67.3

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่มาตรา ได้ฝากครรภ์ครบคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 61.4 สถานที่คลอด ส่วนใหญ่มาตราไปคลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิกคิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่ได้มีการพาเด็กเข้ารับบริการคลินิกเด็กคิดเป็นร้อยละ 94.6 และส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนเข้าร่วมแต่ไม่ครบทุกครั้ง ร้อยละ 46.0 ส่วนในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่มาตราได้ฝากครรภ์ครบคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 62.2 มาตราไปคลอดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลหรือคลินิก คิดเป็นร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่ได้พาเด็กเข้ารับบริการคลินิกเด็กคิดเป็นร้อยละ 95.2 การเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน ส่วนใหญ่เข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 69.3

ข้อมูลดักษณะทั่วไปด้านดัวเด็ก กลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 น้ำหนักแรกคลอด เด็กส่วนใหญ่เป็นน้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.4 เด็กไม่มีความพิการคิดเป็นร้อยละ 100 เด็กไม่เป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100 เด็กส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเลือดคิดเป็นร้อยละ 94.9 การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงบ่อย คิดเป็นร้อยละ 90.9 ส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดบวมบ่อย คิดเป็นร้อยละ 90.9 และส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปพบแพทย์หรือพนแพทย์แต่ไม่บ่อย ร้อยละ 75.8 ส่วนกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 น้ำหนักแรกคลอด เด็กส่วนใหญ่เป็นน้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.7 เด็กไม่มีความพิการคิดเป็นร้อยละ 100 เด็กไม่เป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 96.3 การเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วย

โรคอุจจาระร่วงบ่อย คิดเป็นร้อยละ 93.8 ส่วนใหญ่ไม่ป่วยด้วยโรคปอดบวมบ่อย คิดเป็นร้อยละ 93.2 และส่วนใหญ่ไม่เคยพาเด็กไปพบแพทย์หรือพบแพทย์แต่ไม่บ่อย คิดเป็นร้อยละ 87.8

ข้อมูลด้านการบริโภคของเด็ก เด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับประทานข้นหวาน คิดเป็นร้อยละ 94.9 เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่ได้ดื่มน้ำนมแม่ไม่น้อยกว่า 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.8 การรับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน ส่วนใหญ่เด็กรับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน ร้อยละ 62.5 การรับประทานข้นหวาน ส่วนอาหารของเด็ก ส่วนใหญ่รับประทานได้น้อย หรือปานกลาง ร้อยละ 85.5 ส่วนกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ได้ดื่มน้ำนมแม่ไม่น้อยกว่า 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 79.8 การรับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน ส่วนใหญ่รับเด็กประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน ร้อยละ 68.2 การรับประทานข้นหวาน ส่วนใหญ่เด็กรับประทานข้นหวาน คิดเป็นร้อยละ 94.3 และปริมาณการรับประทานอาหารของเด็ก ส่วนใหญ่รับประทานได้น้อย หรือปานกลาง ร้อยละ 61.9

ข้อมูลด้านการเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนใหญ่ ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายไม่น้อยกว่า 60.8 ส่วนผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนใหญ่ประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายน้อยกว่า 62.8

6.1.2 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ผลการวิเคราะห์ความถดถ卜พหุตัวแปรโลจิสติก พบร่วมกับพิจารณาปัจจัยต่างๆ พร้อมๆกันแล้ว ปัจจัยที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 9 ปัจจัยซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังต่อไปนี้

ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูที่ระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.039$) โดยผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาประถมศึกษา จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 1.7 เท่า ของผู้เลี้ยงดูที่ระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 43.5 เท่า ของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,800-8,000 บาท จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 2.4 เท่า ของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท

ลักษณะครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยลักษณะครอบครัวขยาย จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.4 เท่า ของลักษณะครอบครัวเดียว

การไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยการไม่เคยพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชน จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.1 เท่า ของการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกรัง

การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบทุกรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนแต่ไม่ครบทุกรัง จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.2 เท่า ของการพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการในชุมชนทุกรัง

เด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) โดยเด็กที่ไม่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 2.1 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารที่ทำจากโปรตีน

เด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยเด็กที่รับประทานอาหารได้น้อยหรือปานกลาง จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 3.9 เท่า ของเด็กที่รับประทานอาหารได้มาก

ผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่ไม่น้อย จะส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการโดยมีความเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า โดยผู้เลี้ยงดูประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายที่บ่อย

6.1.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านโภชนาการ

การเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก พนว่า ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้เด็กในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีคะแนนเฉลี่ย 7.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ส่วนผู้เลี้ยงดูในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 7.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก พนว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.978$)

6.2 ข้อเสนอแนะ

6.2.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

6.2.1.1 การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงคุณเด็กในครั้งนี้ ซึ่งผู้ศึกษาใช้ข้อมูลข้อนหลังในปี 2546 แต่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม–กุมภาพันธ์ 2549 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ห่างกันไป อาจมีความคลาดเคลื่อนได้หากถ่ายประเด็น ได้แก่ ตัวผู้เลี้ยงคุณเด็กที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ อาจไม่ใช่ผู้เลี้ยงคุณเด็กคนเดิม ทำให้ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่เพียงพอหรือมีความผิดพลาดได้ ความรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงคุณเด็ก ซึ่งผู้เลี้ยงคุณอาจมีความรู้เพิ่มพูนที่เพิ่มขึ้นจากเดิมในช่วงที่ทำการศึกษา ทำให้อาจไม่ได้ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการที่แท้จริงในช่วงเวลาที่ผู้เลี้ยงคุณได้เลี้ยงคุณเด็ก ดังนั้นในการศึกษาแบบที่ต้องใช้การสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลข้อนหลังครั้งต่อไป ผู้ที่จะทำการศึกษา จะต้องพิจารณาทำการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์หาข้อมูลข้อนหลัง จะต้องไม่ใช้ระยะเวลาที่นานเกินไป

6.2.1.2 วิธีการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ เป็นระบบ(systemic random sampling) ซึ่งการเลือกตัวอย่างโดยวิธีนี้ อาจไม่ได้ให้โอกาสที่แท้จริงในการถูกคัดเลือกมาเป็นตัวอย่าง เช่น หากมีการสุ่มตัวอย่างแล้ว มีโอกาสได้ผู้เลี้ยงคุณเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ และอาศัยอยู่ในเขตเมืองได้มากกว่า อาจพบความแตกต่างกับผู้เลี้ยงคุณเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ และอาศัยในเขตชนบท ในด้านระดับการศึกษา หรือรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน หรือลักษณะครอบครัว ซึ่งอาจส่งให้ผลการศึกษามาไม่เป็นที่น่าเชื่อถือได้ ดังนั้นผู้ที่จะทำการศึกษาในโอกาสต่อไป ควรที่จะเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็นแบบอื่น เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เป็นต้น

6.2.1.3 แบบสัมภาษณ์ในส่วนของการประเมินระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดู (ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ) อาจไม่เพียงพอต่อการจำแนกระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นผู้ที่จะทำการศึกษาในโอกาสต่อไป ควรจะเพิ่มเติมเนื้อหาในการประเมินระดับความรู้ของผู้เลี้ยงคุณเด็ก ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ได้แก่ การปฏิบัติตัวและการบริโภคอาหารของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ การคุ้ยแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย อาหารหลักครรภ 5 หมู่ และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็ก เป็นต้น

6.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.2.2.1 รัฐบาลควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึง ระบบการศึกษา โดยส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการศึกษาที่สูงขึ้นกว่าระดับประถมศึกษา อันจะส่งผลถึงการมีอาชีพที่ดีขึ้น หรือพัฒนาอาชีพที่ทำอยู่ให้มีรายได้มากขึ้น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาด้านโภชนาการในเด็ก โดยมีนโยบายที่สำคัญที่จะส่งเสริมรายได้ของ

ประชาชน ให้มีรายได้สูงขึ้นและกระจายรายได้อย่างทั่วถึง อันจะส่งผลดีการมีรายได้เพิ่มขึ้น มีรายได้เพียงพอในการที่จะคุ้มแลกเด็กให้มีอาหารที่มีคุณภาพ มีสุขภาพดี และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ

6.2.2.2 รัฐบาลควรให้ความสำคัญ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาด้านโภชนาการในเด็ก โดยมีนโยบายที่สำคัญที่จะส่งเสริมรายได้ของประชาชน ให้มีรายได้สูงขึ้นและกระจายรายได้อย่างทั่วถึง โดยส่งเสริมให้มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 2,800 บาท อันจะส่งผลดีการมีรายได้เพิ่มขึ้น และเพียงพอที่จะซื้ออาหารรับประทาน หรือได้อาหารที่มีคุณภาพสำหรับเด็ก ทำให้เด็กไม่มีภาวะทุพโภชนาการ มีสุขภาพที่สมบูรณ์ มีการเจริญเติบโตตามวัย รวมทั้งมีการให้การดูแลรักษาสุขภาพเด็กที่ดีขึ้น

6.2.2.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสังคม ควรได้เข้าไปคุ้มครองครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนมากหรือเป็นครอบครัวขยาย เพื่อส่งเสริมหรือให้ข้อแนะนำให้มีการจัดการอยู่อาศัยที่ดีขึ้น พฤติกรรมการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว อันจะส่งผลต่อสุขภาพเด็กทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เด็กจะได้รับการดูแลใจใส่ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้อาหารที่ถูกต้อง และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

6.2.3 ข้อเสนอแนะเริงปฏิบัติการ

6.2.3.1 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการที่จัดขึ้นในชุมชนให้มากขึ้นและสมำ่เสมอ เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ทราบปัญหาภาวะโภชนาการของเด็ก ให้เด็กได้รับอาหารเสริมอย่างต่อเนื่อง และผู้เลี้ยงดูได้รับความรู้ด้านโภชนาการอีกด้วย

6.2.3.2 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจะส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ และระหบกในการรับประทานอาหารของเด็ก ได้แก่ ให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน และสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รับประทานอาหารได้ปริมาณตามที่ร่างกายต้องในแต่ละวัน ลดหรือคงอาหารที่มีประโยชน์หรือสารอาหารน้อย เช่น ขนมหวาน ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีร่างกายเจริญเติบโตตามวัย และไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

6.2.3.3 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้มีความรู้และเห็นความสำคัญในการประกอบอาหารในรูปแบบหลากหลายให้เด็กรับประทาน จะทำให้เด็กไม่เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้มาก ส่งผลให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย ทำให้เด็กเจริญเติบโตตามวัย และไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

กัลยา ศรีนพรตน์วัฒนา และไพบูลย์ เอกแสงศรี. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่รับไวรัកายในโรงพยาบาลเด็ก. ในจันทร์ตน์ ระเบียบโภคและสวยสด คณาวัชรกุล(บรรณาธิการ), ด้านนิงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก. หน้า 56. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529.

จงจิต อังคทawanich. นมและอาหารหารกและหลักวิทยาการก้าวหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

เจริญชัย คำแฟง. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตอำเภอกรุงข้าวปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานวิจัย. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2541.

ประไพพรรณ ศุภจตุรัส และคณะ. การประเมินภาวะโภชนาการของหารกและเด็กวัยก่อนเข้าเรียน (0-60เดือน). ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร. ในสิรินน พิลาต์ และลดอตตา ไกรลาส (บรรณาธิการ), ด้านนิงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก. หน้า 10. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2531.

ปรีดา ศิสุวรรณ และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในจังหวัดแพร่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. (กันยายน-ธันวาคม 2549), 2549.

พิกพ จริกัญญา. โภชนาศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538.

รุจิรา ศรีบุญนาคุณ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-4 ปี ในเขตเมืองร้อยเอ็ด. รายงานการวิจัย. ร้อยเอ็ด : ทันใจการพิมพ์, 2534.

รุ่งนภา ยกดี. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี กรณีศึกษาเปรียบเทียบอำเภอที่มีเด็กขาดสารอาหารสูงและต่ำ ในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในภาคกลาง : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์, 2529.

สว่างจิต ฤทธิรัฐรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน(1-5 ปี) ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอทางร่อง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- สังคม งพพัฒน์วนิช และคณะ. ความซุกและปัจจัยสัมพันธ์กันของการเกิดภาวะขาดโปรดีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดคลองเตย. ในสิรินน พิไตรัตน และลดา ไกรลาส (บรรณาธิการ), ค้นคว้าวิจัยอนามัยแม่และเด็ก. หน้า 18. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมฯ, 2531.
- สาธารณสุขจังหวัด, สำนักงาน. กรอบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2545-2549. (อัคติสำเนา), 2545.
- สาธารณสุข, กระทรวง. แผนพัฒนาสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- สาธารณสุข, กระทรวง. แผนพัฒนาสาธารณสุข พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. ม.ป.ท., 2545.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมเรื่องสุขภาพเด็กไทยในศตวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : เดอะเบสท์ กราฟิก ดีไซน์, 2539.
- สายพิม ภูสมิทธ. การศึกษาภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปีที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย. ในสิรินน พิไตรัตน และลดา ไกรลาส (บรรณาธิการ), ค้นคว้าวิจัยอนามัยแม่และเด็ก. หน้า 18. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมฯ, 2531.
- ศูรเกียรติ อชาดานานุภาพ, อนุวัตร และคณะ. คู่มือการตรวจรักษารอยເບື້ອງດັນແລະກາສົ່ງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍ. 5,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2523.
- อรศรี เสิงยนศักดิ์ และนาลินี มนัสธรรมกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานวิจัย. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2541.
- Bernard H.R. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches. 2 nd ed., London: SAGE Publications, 1994.

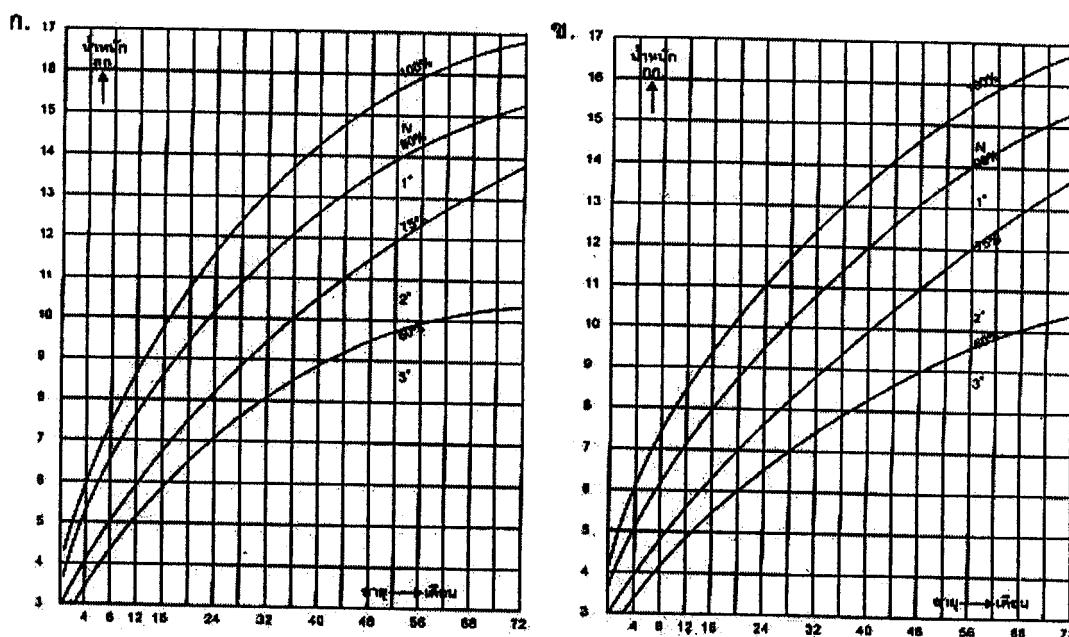
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การใช้กราฟนำตรวจสอบและการแปลงการเจริญเติบโต

ภาคผนวก ก

การใช้กราฟมาตรฐานและการแปลงการเจริญเติบโต

กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต จัดขึ้นด้วยความรุนแรงของการขาดอาหารสำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี ตามแบบโภเมซ (ในวันดี วราริทัย และคณะ, บรรณานิพิธ, 2540) ดังรูปภาพที่ 2 (ก = เด็กชาย, ข = เด็กหญิง)



ภาพที่ 2 แสดงกราฟมาตรฐานและการแปลงการเจริญเติบโต สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี

เส้นบนสุด แสดงการเจริญเติบโตของเด็กปกติที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ซึ่งโภเมซ จัดให้การเจริญเติบโตเต็มที่คือเป็นร้อยละ 100 ของการเจริญเติบโตที่คาดหวังสำหรับเด็กปกติ

เส้นที่สอง เป็นค่าที่ถือว่าต่ำสุดของเด็กที่เติบโตปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 90 ของน้ำหนักปกติที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50

เส้นที่สาม แสดงการเจริญเติบโตที่มีค่าเท่ากับร้อยละ 75 ของน้ำหนักปกติที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 หรือเป็นค่าที่ต่ำกว่าระดับปกติ ถือเป็นการขาดสารอาหารระดับที่ 1 (first degree of mild)

เส้นที่สี่ แสดงการเจริญเติบโตที่มีค่าเท่ากับร้อยละ 60 ของน้ำหนักปกติที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 หรือเป็นค่าที่ต่ำกว่าระดับปกติ ถือเป็นการขาดสารอาหารระดับที่ 2 (second degree of mild)

ถ้าเด็กมีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเส้นที่สี่ หรือต่ำกว่าร้อยละ 60 ของน้ำหนักปกติที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ถือเป็นการขาดสารอาหารระดับที่ 3 (third degree of mild)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่
 จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค้านผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลค้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลค้านตัวเด็ก	
จำนวน 9 ข้อ	
ส่วนที่ 4 ข้อมูลค้านการบริโภคของเด็ก	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 5 ข้อมูลค้านการเลี้ยงดู	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 6 ข้อมูลค้านความรู้เรื่องโภชนาการ	จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลตักษณะผู้เลี้ยงดูเด็ก

1. ผู้เลี้ยงดูก็อ.....

2. สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดู

() 1.โสด () 2.寡

() 3.หม้าย หย่า แยก

3. ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู

() 1.ประถมศึกษา () 2.มัธยมศึกษา

() 3.อนุปริญญาขึ้นไป

4. อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดู

() 1.เกษตรกรรมหรือรับจ้าง () 2.ค้าขาย

() 3..รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 4.อื่นๆ(ระบุ)

5. รายได้ครัวเรือนลี่ย์ต่อเดือน

() 1.ต่ำกว่า 2,800 บาท

() 2. 2,800-8,000 บาท

() 3.มากกว่า 8,000 บาท

6. ลักษณะของครอบครัว

- () 1. ครอบครัวเดี่ยว
- () 2. ครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

7. ในช่วงที่ตั้งครรภ์ มารดาได้ไปฝากครรภ์หรือไม่

- () 1. ไม่ได้ฝากครรภ์
- () 2. ได้ฝากครรภ์แต่ไม่ครบคุณภาพ
- () 3. ได้ฝากครรภ์ครบคุณภาพ

8. มารดาได้ไปคลอดบุตรที่ไหน

- () 1. ที่บ้าน
- () 2. ที่สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิก

9. เด็กได้รับบริการคลินิกเด็กดี(ดูสมุดการรับวัคซีน)

- () 1. ได้รับบริการ
- () 2. ไม่ได้รับบริการ

10. ท่านได้พาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการในหมู่บ้านบ่อยเพียงใด

- () 1. ไม่ได้เข้าร่วม
- () 2. ได้เข้าร่วมแต่ไม่ครบถ้วน
- () 3. ได้เข้าร่วมทุกครั้ง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านตัวเด็ก

11. เพศ

- () 1. ชาย
- () 2. หญิง

12. ภาวะโภชนาการระดับ

- () 1. ทุพโภชนาการ
- () 2. ปกติ

13. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

14. เด็กร่างกายพิการหรือไม่ เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว ปัญญาอ่อน แขนลีบ ขาลีบเป็นต้น
 () 1.พิการ
 () 2.ไม่พิการ
15. เด็กเป็นโรคหัวใจหรือไม่
 () 1.เป็น
 () 2.ไม่เป็น
16. เด็กเป็นโรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย หรือไม่
 () 1.เป็น
 () 2.ไม่เป็น
17. เด็กเคยเป็นโรคอุจจาระร่วงบ่อยหรือไม่(เฉลี่ย 1 ครั้งต่ออาทิตย์)
 () 1.เคยเป็น
 () 2.ไม่เคยเป็น
18. เด็กเคยเป็นโรคปอดบวมน้ำบ่อยหรือไม่(เฉลี่ย 1 ครั้งต่ออาทิตย์)
 () 1.เคยเป็น
 () 2.ไม่เคยเป็น
19. ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กเคยป่วยแล้วไปหาหมอบ่อยแค่ไหน
 () 1.ไม่เคยไปหรือไปพบแพทย์แต่ไม่บ่อย
 () 2.ไปพบแพทย์บ่อย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการบริโภคของเด็ก

20. เด็กกินนมแม่หรือไม่
 () 1.ไม่เคยกินหรือกินนมแม่น้อยกว่า 4 เดือน
 () 2.กินนมแม่ 4 เดือนขึ้นไป
21. เด็กรับประทานทานเนื้อ หรือ ไข่ หรือ ปลา หรือ ตับ หรืออาหารที่ทำจากโปรตีนหรือไม่
 () 1.ทาน
 () 2.ไม่ทาน
22. เด็กทานขนมหวาน หรือไม่
 () 1.ทาน
 () 2.ไม่ทาน

23. เด็กทานอาหารแต่ละมื้อมากน้อยเพียงไร

- () 1.ทานได้น้อยหรือทานได้ปานกลาง
- () 2.ทานได้มาก

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการเลี้ยงดู

24. ท่านประกอบในรูปแบบหลักหลายให้เด็กทานในแต่ละวัน บ่อยเพียงไร (เฉลี่ย 2 ครั้งต่อ สัปดาห์)

- () 1.ไม่น้อย
- () 2.บ่อยมาก

ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโภชนาการ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.เด็กผอมแห้ง ตัวเล็ก เป็นอาการของโรคขาดสารอาหาร
2.เด็กขาดสารอาหารคือ โรคช่าง ไม่จำเป็นต้องดูแลเรื่องอาหารเป็นพิเศษแต่อย่างใด
3. นมแม่มีคุณค่าทางอาหารมากที่สุด
4.ผักและผลไม้เป็นอาหารที่วิตามินและเกลือแร่
5.ควรให้เด็กทานนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4-6 เดือน
6.ควรป้อนข้าวเมื่อเด็กอายุครบ 2 เดือน
7.หากเด็กไม่ทานอาหารควรให้กินขนมหวานแทน
8.อาหารในห้องถัง เช่นแกงหน่อไม้ ผักดอง ก็ทำให้เด็กแข็งแรงได้เหมือนกัน
9.โรคพยาธิเป็นสาเหตุให้เด็กผอมได้
10.เด็กปกติควรซั่งน้ำหนักทุก 6 เดือน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายคมกริช พินพกัน
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขศิรินธรจังหวัดขอนแก่น, พ.ศ.2529-2531 ประกาศนียบัตรเข้าพนักงานสาธารณสุขชนชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช,พ.ศ. 2534-2536 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, พ.ศ.2544-2549 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริการสุขภาพ ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน ประจำปี 2546 จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ประวัติการวิจัย	พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการทำงาน	ตำแหน่ง : เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 6
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	