

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเรื่องด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการของผู้ดูแลและน้ำหนักตัวเด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ชั้นผ่านมัง ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย
 2. ความสำคัญของสารอาหารและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย
 3. ภาวะทุพโภชนาการและผลกระทบที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย
 4. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ
 5. บริบทของชนเผ่ามัง
 6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 6.2 การให้ความรู้ทางสุขภาพ
 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุ 1-5 ปี (วรรณณ์ รักวิจัย, 2533) เป็นวัยที่มีความสำคัญมากที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นบางอย่างจะส่งผลต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ เช่น การพัฒนาเชลล์สมองของเด็ก ประสบการณ์และทักษะพื้นฐานที่เด็กได้รับ ช่วงอายุ 1-3 ปี (วัยหัดเดิน) การเจริญเติบโตลักษณะทั่วไป ลำตัวบันยะกว่าส่วนล่าง แขนและขาสั้น ส่วนสูงจะเพิ่มมากกว่าน้ำหนักส่วนสูงเพิ่มปีละ 3-4 นิ้ว อายุ 2 ปี ส่วนสูงเพิ่มขึ้น เป็น 2 เท่าของแรกเกิด น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยปีละ 2-3 กิโลกรัม ช่วงอายุ 3-6 ปี (วัยก่อนเรียนหรือวัยอนุบาล) การเจริญเติบโตอัตราการเจริญเติบโตเป็นอย่างร้าว แขนและขา กิจกรรมทางกายภาพ เช่น การวิ่ง กระโดด สูงสูงจะเพิ่มจาก 95-115 เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอจาก 14.5-20.5 กิโลกรัม (ล้ายอง รัศมีมาลา, 2549, หน้า 126-127)

การประเมินภาวะโภชนาการ มีความสำคัญไม่แพ้การคันหนา หรือวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการในระยะเริ่มแรกเท่านั้น หากยังรวมถึงเพื่อการติดตาม ประเมินการคืนสูสภาพปกติ ในระยะยาวของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการประเมินประสิทธิผลของโครงการเกี่ยวกับงานป้องกันภาวะโภชนาการ ดังนี้ที่บ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการทั้งปัจจุบันและอดีตของเด็ก ที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักตามอายุ ส่วนสูงตามอายุ และน้ำหนักต่อส่วนสูง ดังนี้ (ลำยอง รศมีมาลา, 2549, หน้า 128-130)

1. น้ำหนักตามอายุ (Weight for Age) คือน้ำหนักของเด็กที่ อายุขณะนั้น เป็นดัชนีที่ใช้บ่งบอกภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตและแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะล้าน เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด ซึ่งบอกถึงการขาดอาหารตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีการเพิ่มน้ำหนักดังนี้ เด็กอายุ 3-6 เดือน น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยวันละ 20-30 กรัม เด็กอายุ 4-5 เดือน น้ำหนักตัวจะเพิ่ม 2 เท่าของน้ำหนักแรกคลอด เด็กอายุ 1 ปี น้ำหนักตัวจะเป็น 3 เท่าของน้ำหนักแรกคลอด เด็กอายุ 2 ปี น้ำหนักตัวจะเป็น 4 เท่า ของน้ำหนักแรกคลอด เด็กอายุ 2-5 ปี จะถึงก่อนเข้าวัยรุ่นน้ำหนักขึ้นปีละ 2-3 กิโลกรัม เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป อาจคำนวณน้ำหนักได้ดังนี้ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม เท่ากับ (อายุเป็นปี X 2)+8 ตัวอย่าง เด็กอายุ 5 ปี ควรมีน้ำหนัก = $(5 \times 2) + 8 = 18$ กิโลกรัม (จันท์พุฒิ พฤกษาวนานนท์, 2551, หน้า 437; ลำยอง รศมีมาลา, 2549, หน้า 126-127)

2. ส่วนสูงต่ออายุ (Height for Age) เมื่อจากส่วนสูงมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าน้ำหนักดังนั้น ถ้าเด็กขาดสารอาหารในช่วงระยะเวลาล้านๆ ส่วนสูงก็จะยังคงปกติ จึงนิยมใช้ชี้วัดภาวะทุพโภชนาการนิดเรือรังหรือระยะยาวที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางโครงสร้าง ทำให้เด็กนั้นเตี้ยแคระ แสดงให้เห็นสถานการณ์ทางด้านภาวะโภชนาการของเด็กในชุมชนนั้นมีปัญหาต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน (จันท์พุฒิ พฤกษาวนานนท์, 2551, หน้า 437; ลำยอง รศมีมาลา, 2549, หน้า 126-127) ดังนี้

3. น้ำหนักต่อส่วนสูง (Weight for Height) มากใช้ในชุมชนที่ไม่ทราบอายุเด็กที่ແນื่องอนหรือในเด็กที่น้ำหนักต่ออายุของเด็กต่ำกว่าร้อยละ 60 ของน้ำหนักมาตรฐาน ค่าน้ำหนักต่อส่วนสูงจะสามารถแยกระหว่างเด็กเตี้ยแคระจากกรรมพันธุ์กับเด็กที่มีภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน สามารถบอกภาวะผอมแกรนจากการขาดโปรตีนและพลังงานในระยะเฉียบพลันหรือในระยะแรกได้ นอกจากนี้ยังบอกถึงภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนได้ (ลำยอง รศมีมาลา, 2549, หน้า 126-127)

ความสำคัญของสารอาหารและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย นับเป็นทรัพยากรมีค่าทางสังคม ที่ผู้ใหญ่ควรให้ความสำคัญ เพราะเด็กในปัจจุบันก็จะเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต การที่สังคมจะมีคุณภาพดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่ กับคุณภาพของประชากรเป็นสำคัญ อาหารมีความสำคัญต่อเด็กปฐมวัยเพราะวัยนี้เป็นวัยที่สมองอยู่ในระยะพัฒนาอย่างเต็มที่ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกายจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต สดีปัญญาดี สร้างภูมิคุ้มกันโรคและมีพลัง ที่จะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ถ้าได้รับอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการและได้รับในปริมาณที่ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย หากเกิดขึ้นติดต่อกัน นานจะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะโปรตีนและพลังงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบถึง พัฒนาการด้านต่างๆ เพราะช่วงอายุ 1 – 3 ปี เป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนาอย่างรวดเร็ว หากได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายอาจทำให้พัฒนาการของสมองช้าลงได้ รวมถึงกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ไม่แข็งแรง ภูมิต้านทานโรคต่ำ (ประยัด สยามวิเชียร, 2547)

เด็กปฐมวัยจะมีการเจริญเติบโตของสมองและร่างกายเป็นส่วนใหญ่ การที่เด็กปฐมวัยได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และหลากหลาย ตั้งแต่วันละ 2 – 3 แก้ว รับประทานปลา เนื้อสัตว์ ไข่ ผักและผลไม้เป็นประจำ ซึ่งถ้าได้รับอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ความเจริญทางสมองก็จะเป็นไปอย่างเต็มที่ ผู้ปักครองควรมีการฝึกให้เด็ก คุ้นเคยกับอาหารชนิดใหม่ๆ โดยเริ่มให้ทีละน้อยๆ จัดอาหารน่ารับประทานและมีรสชาติพอดีมากกับเด็ก ฝึกให้เด็กรับประทานอาหารพร้อมพ่อ แม่ ผู้ปักครอง และพ่อ แม่ ผู้ปักครองพร้อมที่จะเป็นตัวอย่างที่ดี ในการรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารขบเคี้ยว น้ำหวาน และขนมหวาน จึงสรุปถึงอาหารหลัก 5 หมู่ที่มีประโยชน์สำหรับเด็กไว้ดังนี้ (ประยัด สยามวิเชียร, 2547)

อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ ไก่ นม ถั่ว อาหารหมูนี้ให้สารอาหารที่สำคัญ คือ โปรตีน นอกจากโปรตีน แล้วเนื้อสัตว์ยังให้เกลือแร่ วิตามิน และไขมัน จึงถือเป็นอาหารที่ช่วยสร้างภูมิต้านทานโรคเพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติ จึงควรให้เด็กปฐมวัยรับประทาน หมูนึ่งยีนลับเปลี่ยนกันในแต่ละเมื้อ เด็กควรได้รับอาหารโปรตีนวันละ 2 – 4 ช้อนโต๊ะ ในวันนี้ควรรับประทานไข่ทุกวัน เด็กควรรับประทานไข่วันละ 1 พ่อง และควรเปลี่ยนวิธีปรุงอาหารให้หมูนึ่งยีนเพื่อไม่ให้เด็กเบื่ออาหาร ส่วนนม เด็กควรได้รับนมทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว อาจเป็นนมถั่วเหลืองแทนบ้างเนื่องจากโปรตีนจากถั่วเหลือง มีค่าสูง เช่นกัน โปรตีนให้ประโยชน์ในการเสริมสร้างร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อต่างๆ สมอง หัวใจ ปอด และตับ รวมทั้งโครงสร้างของกระดูก เด็กต้องการโปรตีนเพื่อการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่

สีกหรอของร่างกาย อาหารส่วนใหญ่มีปริมาณเป็นส่วนประกอบในปริมาณมากน้อยตามแต่ชนิดอาหาร อาหารที่มีปริมาณสูง ได้แก่ นม ไข่ เนื้อสัตว์(ประยัด สายวิเชียร, 2547) ถ้าไม่ได้ดื่มน้ำหรือรับประทานไข่ ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อย 2 – 3 เท่า ส่วนอาหารที่มีปริมาณรองลงมาได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วร่างกายได้รับอาหารที่ให้พลังงานไม่เพียงพอร่างกายจะนำพลังงานจากปริมาณมาใช้แทน ดังนั้นการจัดอาหารให้เด็กควรจัดให้ได้พลังงานและปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย (อบเชย วงศ์ทอง, 2546)

อาหารหมูที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง เพือก มัน ขันม และอาหารอื่นๆ ที่ทำจากข้าว เช่น กวยเตี๋ยว เส้นหมี่ ข้าวที่ให้เด็กรับประทานควรเลือกข้าวกล้อง เพราะเป็นข้าวที่อุดมไปด้วยคุณค่าสารอาหารเกลือแร่ต่างๆ เช่น แคลเซียม พอสฟอรัส เหล็ก ทองแดง และแมงกานิส ส่วนวิตามิน มี ทั้งวิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินบีรวม และยังมีปริมาณ 7 – 12 เปอร์เซ็นต์ สำหรับน้ำตาลควรเลือกใช้น้ำตาลทรายแดง เพราะไม่ผ่านการฟอกสี ไม่ควรให้เด็กรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมากนัก เพราะจะทำให้เด็กติดหวาน และมักจะติดไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ อาหารหมูนี้ทำหน้าที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย และช่วยในการเจริญเติบโต รวมถึงการทำกิจกรรมการเล่นต่างๆ เด็กวัยนี้ควรได้รับพลังงานวันละ 90 – 100 แคลลอรี่ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมหรือ ประมาณ 1,200-1,500 แคลลอรี่ต่อวัน (อบเชย วงศ์ทอง, 2546)

อาหารหมูที่ 3 ได้แก่ พืชผักต่างๆ ซึ่งมีทั้งผักสีเขียว แดง เหลือง และขาว เช่น ตัลึง ผักบุ้ง คะน้า ผักกาดขาว มะเขือเทศ แครอท และฟักทอง ควรเลือกผักที่ไม่มีการปนเปื้อนของยาฆ่าแมลง เพราะเด็กมีความต้านทานต่อกำเพิญพิษได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ จึงอาจเกิดอันตรายได้มากกว่าผู้ใหญ่ ควรให้เด็กรับประทานผักทุกมื้อ ทั้งผักสด และผักสุก โดยหมุนเวียนสับเปลี่ยนผักชนิดต่างๆ ไม่ซ้ำกันในแต่ละมื้อ อาหารประเภทผักนี้ให้วิตามิน เช่น วิตามินเอ บีสอง และซี รวมทั้งเกลือแร่ เช่น แคลเซียม และเหล็ก จึงเป็นอาหารป้องกันโรค เช่น เดียวกับปริมาณ อาหารหมูนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานปกติ ทั้งยังช่วยในการป้องกันและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้หากได้รับวิตามินบี 1 ยังมีประโยชน์ต่อการขับถ่าย ช่วยไม่ให้ท้องผูก และช่วยดูดซับสารพิษที่ปนเปื้อนมากับอาหาร เด็กวัยนี้ควรได้บริโภคผักต่างๆ วันละ 4 – 8 ช้อนโต๊ะ ส่วนวิตามินนั้น เด็กวัยนี้มีความต้องการวิตามินเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ เพราะเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการในปริมาณเล็กน้อยแต่ขาดไม่ได้ ถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอจะเป็นผลให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก และทำให้เกิดโรคหล่ายชนิด วิตามินที่สำคัญสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ วิตามินเอ ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยการมองเห็นในเวลากลางคืน มีมากในผักใบเขียว ถั่วเหลือง วิตามินบี 1 ช่วยในการเผาผลาญอาหาร ช่วยป้องกันโรคเห็บชา วิตามินบี 1 มีมากในเนื้อหมู ข้าวซ้อมมือ ผักหวานตุ้งและผักบุ้ง

วิตามินบี 2 ช่วยในการเผาผลาญอาหาร ถ้าขาดวิตามินบี 2 จะทำให้เกิดโรคปากนกระจาก ลิ้น แดงอักเสบ มีแผลมุ่มปาก อาหารที่มีวิตามินบี 2 ได้แก่ ตับ หัวใจ ไข่ ผักใบเขียว วิตามินบี 6 ช่วยป้องกันโลหิตจางและช่วยการทำงานของระบบประสาท อาหารที่มีวิตามินบี 6 มีมากในข้าวโพด กล้วย นม วิตามินซี ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของผนังเส้นเลือดฟอย บำรุงเหงือก ป้องกันเลือดออกตามไรฟันพบมากในผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม มะนาว เด็กก่อนวัยเรียนควรได้รับวิตามินซี วันละ 45 มิลลิกรัม วิตามินดี ช่วยเสริมสร้างกระดูกและฟัน ช่วยในการดูดซึมแคลเซียม มีผลโดยตรงต่อการสร้างกระดูกและฟัน ถ้าร่างกายขาดวิตามินดี การสร้างกระดูกจะเสียไปเป็นผลให้เกิดโรคกระดูกอ่อนในเด็ก เด็กก่อนวัยเรียนควรได้รับวิตามินดีวันละ 10 ไมโครกรัม (อบเชย วงศ์ทอง, 2546)

อาหารหมูที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่างๆ อาหารประเภทนี้เป็นแหล่งของสารอาหารพ่วงวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินซี รวมถึงเกลือแร่ เช่นเดียวกับผักจีนถือเป็นอาหารเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยป้องกันท้องผูก ผลไม้สดมีวิตามินดีกว่าผลไม้แปรรูป โดยเฉพาะวิตามินละลายน้ำที่สูญเสียได้ง่ายเมื่อถูกความร้อน ประโยชน์ของผลไม้ ช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ทำงานปกติ ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต บำรุงสุขภาพของผิวนัง และเหงือก (อัจฉรา ดลวิทยาคุณ, 2550)

อาหารหมูที่ 5 ได้แก่ ไข่มันต่างๆ ที่ได้จากพืชและสัตว์ เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงกว่าอาหารที่ให้พลังงานนิดนิด อีก ช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายไข่มัน ซึ่งได้แก่วิตามิน A,D,E และ K รวมทั้งไข่มันที่จำเป็นต่อร่างกาย ไข่มันจากสัตว์ประกอบด้วยกรดไขมันที่อิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ส่วนไขมันพืชเป็นไขมันที่ไม่อิ่มตัว ซึ่งได้แก่ น้ำมันพืชประกอบอาหารเด็กควรได้รับไขมันอย่างน้อยวันละ 1 – 2 ช้อนโต๊ะจากอาหารประเภททอด หรือผัด (วีรวรรณ พุทธวงศ์, 2547)

การประกอบอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย เด็กในวัยนี้ควรได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ความสะอาด อาหารสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนต้องผ่านความร้อนหรือผ่านการฆ่าเชื้อโดยจนแน่ใจว่าปลอดภัย เด็กวัยนี้ แม้มีปัญหาเรื่องไม่ยอมรับประทานอาหาร ทั้งนี้ เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยซุกซน ห่วงเล่น อิจฉาหงุดหงิด เด็กจะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดังนั้นหากพ่อแม่ผู้ปกครองตามใจเด็กกินไป จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้ เด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหารจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น โรคหวัด โรคผิวนังอักเสบ หรือโรคท้องเสีย ประกอบกับเด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตของสมองรวดเร็วมาก การได้รับอาหารไม่เพียงพอและทำให้เซลล์สมองมีน้อยกว่าปกติ สงผลให้เด็กไม่ฉลาดเท่าที่ควร เพาะะฉะนั้นพ่อแม่ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กจึงควรใส่ใจในเรื่องอาหารการกินของลูกในวัยนี้ให้มาก (ประยัด สายวิเชียร, 2547)

ดังนั้นสรุปได้ว่า อาหารมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยมาก หากเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่หรือการเจริญเติบโตของเด็กหยุดชะงัก โดยเฉพาะระบบประสาทและโครงสร้างกล้ามเนื้อดังนั้น พ่อแม่ผู้ปกครองต้องจัดอาหารให้เด็ก ให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายในแต่ละมื้อ เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่ครบถ้วนและความปลดภัย แต่อย่างพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนไม่น้อยที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเด็ก เป็นปัจจัยหนึ่งต่อครอบครัวและปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

การดำเนินการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการหรือส่งเสริมโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จำเป็นต้องทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเพื่อนำมาพิจารณาหากลักษณะเหมาะสมที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาหาร และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับอาหาร ดังนี้

1. **ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาหาร (dietary factor)** ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะมีผลต่อปริมาณและคุณค่าของอาหารที่ร่างกายจะได้รับ ถ้าบุคคลได้รับอาหารที่มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ทำให้ไม่เกิดปัญหาโภชนาการ จะเห็นได้ว่ารับประทานอาหารมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการโดยเฉพาะเด็ก เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต มีการใช้พลังงานเพื่อกิจกรรมต่างๆ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องย่อมส่งผลต่อปริมาณของอาหารที่เด็กได้รับ ดังนั้น เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย จะต้องส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง (ชนิชฐานา ตามลัตต์, 2552, หน้า 17-21)

2. **ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับอาหาร เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลโดยอ้อมต่อปัญหาโภชนาการ ได้แก่**

2.1 **ด้านสังคม เศรษฐกิจ** ได้แก่ รายได้ ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีอำนาจในการซื้อและเลือกอาหารมาบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและมักจะพบว่ามีการบริโภคมากเกินความต้องการ เช่น อาหารทอด ขนมหวาน น้ำอัดลม ซึ่งเป็นอาหารที่มีน้ำตาลสูงจะเป็นปัญหาทางโภชนาการตามมา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการหากความรู้เกี่ยวกับอาหาร ตลอดจนการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการโดยรู้ว่าอาหารใดมีประโยชน์แก่ร่างกาย อาหารใดไม่มีประโยชน์และไม่ควรซื้อมา_rับประทาน บุคคลที่มีการศึกษาดีจะทำความรู้สึกเกี่ยวกับโภชนาการได้ดี สิรินาถ มั่นศิลป์ (2548) ศึกษาภาวะโภชนาการ

ของเด็กกระดับอนุบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการของผู้ปักครองและ ภาวะโภชนาการของเด็กกระดับอนุบาล ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ปักครองจำนวน 35 คน เด็กชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 จำนวน 35 คน รวม 70 คน พบร่วมกันว่า ผู้ปักครองมีความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก เด็กส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการของผู้ปักครองและภาวะโภชนาการของเด็กพบว่า มีความสัมพันธ์กัน

2.2 ด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ได้แก่ ชนบธรรมเนียม ประเพณีความเชื่อในเรื่องอาหาร ความเชื่อด้านการบริโภคเป็นสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม เป็นความเชื่อ ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งแตกต่างไปแต่ละท้องถิ่น ซึ่งไม่อาจมีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ แต่มีอิทธิพลต่อการตัดสินในการเลือกวัสดุอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและน้ำที่ได้รับการบอกเล่าต่อๆกันมา วิไล เล้าย่าง (2550) ศึกษาวัฒนธรรมอาหารชาวมัง พบร่วมกันว่า ชนเผ่ามังยังมีความเชื่อว่า เด็กห้ามรับประทานเท้าไก่ ปีกไก่ ไส้ไก่ ผู้ชายเขย่า่ง ห้ามรับประทานหัวใจสัตว์ทุกชนิด ส่วนผู้ป่วยที่มีไข้หรือมีแพล ให้รับประทานข้าวกับเนื้อหมูย่างเดียว หากไม่มีเนื้อหมูให้รับประทานข้าว กับเกลือย่างเดียว เพราะเชื่อว่าหากรับประทานอย่างอื่นจะทำให้อาการป่วยหายยาก หรือทำให้แพลงค์เสบรวมทั้งทำให้ผิดผื่นอีกด้วย ซึ่งความเชื่อดังกล่าวอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กโดยเฉพาะขณะเจ็บป่วยร่างกายต้องการโปรดtein ซึ่งช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรือและการเจริญเติบโต

2.3 ด้านสุขวิทยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ เช่น โรคประจำตัวของเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มีโรคประจำตัวต้องเข้ารับการรักษาบ่อยมักจะมีการเจริญเติบโตไม่ดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขาดความต้องการเจ็บป่วยทำให้รับประทานอาหารได้น้อย กว่าปกติ ทำให้พบปัญหาโภชนาการน้อยกว่าเกณฑ์ โรคหนอนพยาธิยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านโภชนาการ คนที่เป็นโรคหนอนพยาธิปากขอมักจะเป็นโรคโลหิตจาง เมื่อจากพยาธิปากขอดูดเลือดจากร่างกายไปเป็นอาหารทำให้ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นออกจากน้ำยังมีโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการเบื่ออาหารด้วย เช่น โรคขาดวิตามินบี วันโรค (ชนิชฐาน ตามสัตย์, 2552, หน้า 17-21)

2.4 ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องโภชนาการของบุคคล กล่าวคือ ความรู้จะก่อให้เกิดความเข้าใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไรในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการ ถ้าบุคคลขาดความรู้ทางด้านโภชนาการจะส่งผลทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบว่าอาหารอะไรให้สารอาหารชนิดใด มีประโยชน์และจำเป็นต่อร่างกายอย่างไร รวมถึงไม่รู้ว่าอาหารชนิดใดให้โทษแกerrang กาย การขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ

จะทำให้ไม่เห็นว่าเรื่องของการบริโภคอาหารเป็นเรื่องสำคัญเป็นหัวใจของสุขภาพ ดังนั้นจึงถือได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร (อนิชฐานา ตามสัตย์, 2552, หน้า 17-21)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้งหมดที่ได้กล่าวข้างต้นล้วนมีผลต่อการส่งเสริมโภชนาการเด็ก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ถ้าเจ้าที่สาธารณสุข ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดเด็กปฐมวัยน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์แล้ว ก็จะสามารถทราบสาเหตุเพื่อไป หาแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้เหมาะสม

ภาวะทุพโภชนาการและผลกระทบที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย

ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม อาจเกิดจาก ได้รับสารอาหารน้อยกว่าปกติ หรือภาวะขาดอาหาร ภาวะทุพโภชนาการในระยะ 2-3 ปีแรกของ ชีวิต จะมีผลกระทบต่อระดับสติปัญญา เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตของสมองสูงสุด ซึ่ง ระยะเวลาที่วิกฤตต่อการพัฒนานามากที่สุดนั้นตรงกับช่วง 3 เดือนหลังของการตั้งครรภ์จนถึงอายุ 2 ปี เป็นระยะที่มีการสร้างปลอกหุ้มเลี้นไปประสาท (myelination) ของระบบประสาท และมีการแบ่งตัว ของเซลล์มากที่สุด และเมื่ออายุ 3 ปี จะมีการเติบโตถึงร้อยละ 80 จากการสำรวจภาวะโภชนาการ ในเด็กไทย ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่สำคัญคือโรคขาดโปรตีนและพลังงานโภค ขาดวิตามิน (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 1-2)

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการ

1. การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุการขาดสารอาหารที่พบบ่อยที่สุดเป็น จำนวนกว่าร้อยละ 90 ของขาดสารอาหาร ได้แก่ การได้รับสารอาหารน้อย การเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง การแพ้สารอาหาร ความบกพร่องในการดูดซึมสารอาหาร การใช้สารอาหารไม่ได้ปกติ การ ขับถ่ายเร็ว ความต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่ม การที่ไม่สามารถรับประทานอาหารด้วย ตนเองได้ โดยเฉพาะในทารกและเด็กเล็กซึ่งไม่สามารถช่วยตนเองได้ต้องทำให้ทารกและเด็กที่ได้รับ สารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 1-2)

2. ประวัติทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว อาหารและแหล่งอาหาร เด็กที่อยู่ในเขต เมืองมีโอกาสได้รับอาหารดีกว่าชนบท อุปนิสัยในการรับประทานอาหารและชนบทรวมเนียม ประเมินในการรับประทานอาหาร เช่น อาหารบางชนผู้รับประทานอาหารร้าวๆ รายการอาหาร ไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ การดูแลสุขภาพ เด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบมักเจ็บป่วยบ่อย ทำให้เด็ก เมื่ออาหารจึงได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 1-2)

โรคทุพโภชนาการที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย ได้แก่

1. โรคขาดโปรตีนและพลังงาน (Protein-Calorie Malnutrition) โรคขาดโปรตีนและพลังงานยังเป็นภาวะทุพโภชนาการที่สำคัญ และพบมากที่สุดในประเทศไทยที่กำลังพัฒนาทั่วโลกและโรคขาดโปรตีนและพลังงานเกิดมากกับหารากและเด็กวัยก่อนเรียนระหว่างอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี และเป็นสาเหตุให้เด็กวัยปฐมวัยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง เด็กที่เป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายและสมองไม่เต็มที่ เด็กจะตัวเล็กกว่าปกติ น้ำหนักน้อย กว่าเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาการช้า เจ็บป่วยบ่อย สงผลให้ สมองเสื่อมไม่มีการพัฒนา เพราะความเจริญของสมองจะงด เนื่องจากการเจริญเติบโตของสมองในเด็กนั้น ร้อยละ 80 เกิดขึ้นภายในอายุ 3 ปี แต่ร่างกายส่วนอื่น ๆ ในระยะนี้เจริญเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ดังนั้นการเจริญเติบโตของสมอง รวดเร็วและเกือบเต็มอัตราภายในวัยก่อนเรียน ถ้าการเจริญเติบโตในวัยนี้ชักลากสมองจะเจริญเติบโตไปไม่ได้อีก สงผลกระทบถึงความเจริญทางสติปัญญามาก เด็กมักจะเจ็บป่วยบ่อยและต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ติดเชื้อในกระแสเลือด (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 5)

สาเหตุโรคขาดโปรตีนและพลังงาน การรับประทานไม่เพียงพอ ได้แก่ การขาดความรู้ในการให้อาหาร ทำให้ขาดการเอาใจใส่ดูแลในการเลี้ยงดู ให้อาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งคุณภาพและความสะอาด การเลี้ยงหากด้วยนมขันหวาน ทำให้ขาดทั้งโปรตีนและพลังงาน ในเด็กก่อนวัยเรียน มักจะขาดโปรตีนพลังงานรวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ เพราะเด็กวัยนี้มีความต้องการสารเหล่านี้ในปริมาณสูง เมื่อเทียบต่อน้ำหนักตัว และ ชนบทรวมเนียมประเพณีและความเชื่อที่ผิด เช่น การดูอาหารระหว่างเจ็บป่วยที่เรียกว่าของแสง ไม่ยอมให้เด็กรับประทาน ไข่ เนื้อร้า เนื้อปลา รวมถึงสภาวะแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขาลักษณะ เช่น อนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ท่ออยู่อาศัยอย่างแออัดไม่สะอาด เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบทำให้เด็กเจ็บป่วยบ่อย (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 5)

พยายามให้เด็กดูแลตัวเอง ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อเป็นการปรับตัวสำหรับการอยู่รอด ถ้ามีภาวะที่ขาดอาหารอย่างรุนแรงเฉียบพลันจะส่งผลให้เด็กป่วยตัวไม่ได้หรือไม่ทนจนเสียชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงที่พบได้แก่ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 6-7)

1. ต่อมน้ำลายและกระเพาะมีการทำงานลดลง โดยปกติน้ำลายและน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารจะช่วยย่อยอาหารจำพวกแป้งและโปรตีน กรณีขาดกระเพาะอาหารจะช่วยสนใจ แป้ง และโปรตีนได้ระดับหนึ่ง เด็กที่มีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานจะมีน้ำย่อยจากตับอ่อนและปริมาณสารน้ำย่อยต่อน้ำย่อยปริมาณจริงน้อยกว่าเด็กปกติ กรณีที่หลังจากถุงน้ำดีก็มีจำนวน

น้อยกว่าปกติ เช่นกัน ความผิดปกติของผลผลิตจากตับข้อและถุงน้ำดี ทำให้การย่อยสารจำพวกโปรตีน และไขมันมีขัดจำกัด ในเด็กปกติเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้เล็กส่วนต้นและส่วนกลางส่วนของ คือโต็นัมและเจวันม มีเอนไซม์สำหรับการย่อยน้ำตาลชนิดแล็คโตส молติส ซูโคส และกลูโคส คือแล็คเตส молเตส ซูเครส และกลูโคามิเลส ตามลำดับ ผลที่ได้จากการย่อยจะอยู่ในรูปของ มิโนนเซ็คคาไวต์ และถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ทันที แต่ในเด็กเหล่านี้จะมีภาวะเอนไซม์แล็คเตสเป็นอันดับแรก ติดตามด้วยสารน้ำด้วยซูโคสและмолเตสตามลำดับ เมื่อภาวะขาดอาหารรุนแรงและเรื้อรัง จะทำให้มีปัญหาในการย่อยน้ำตาลในอาหารและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านเมtabolism ในภาวะขาดพลังงานอย่างเฉียบพลันร่างกายจะใช้โปรตีนจากอวัยวะต่าง ๆ มากกว่าการใช้โปรตีนจากกล้ามเนื้อ เช่น จากเนื้อเยื่อสมอง หัวใจ ปอด ไต และอวัยวะภายในอื่น ๆ ซึ่งมีการใช้พลังงานรวมกันประมาณร้อยละ 80 ของการใช้พลังงานของร่างกายทั้งหมดและอัตราที่ค่อนข้างคงที่ในภาวะขาดสารอาหารเรื้อรัง ดังนั้น เมื่อหัวใจหักตัวลดลงความต้องการพลังงานของร่างกายต่อน้ำหนักตัวของเด็กเหล่านี้จะสูงกว่าเด็กทั่วไปน้ำในร่างกายต่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กอยู่ในภาวะน้ำเงิน โดยเฉพาะน้ำในเซลล์มากขึ้นซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของเมtabolism ภายในเซลล์คือใช้เดี่ยมปั๊มเสีย เกิดการสูญเสียไปตัวสีเข้มออกจากการเซลล์และใช้เดี่ยมเข้าเซลล์มากขึ้น แม้จะมีภาวะน้ำเงินภายในเซลล์แต่ไม่พบการบวม พบไปตัวสีเข้มและแมgnีเรียมจะต่ำ โดยเฉพาะไปตัวสีเข้มจะต่ำมากทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและยิ่งมีอาการมากขึ้นเมื่อมีการสูญเสียเกลือแร่เมื่ออาการอุจจาระร่วงร่วมด้วยส่วนใช้เดี่ยมมักปกติผลอีเล็คโทรลัยต์ในเลือดไม่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลง

3. ความผิดปกติของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนเพื่อปรับตัวต่อภาวะขาดพลังงานของร่างกาย เช่น การเพิ่มฮอร์โมนคอร์ติซอลทำให้เกิดการสลายโปรตีน (catabolism) ที่กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น growth hormone จะลดการหลั่งของอินสูลิน เมื่ออินสูลินต่ำร่างกายจะมีการสลายของกลไกโคเจนเพื่อเปลี่ยนเป็นกลูโคส สลายโปรตีนเพื่อให้ได้กรดอะมิโนไปสร้างเป็นกลูโคส และสลายไขมันเพื่อเป็นคีโตนไปใช้เป็นพลังงานแทนกลูโคส

4. ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน มีการตอบสนองต่อการติดเชื้ออ่อนลงเมื่อร่างกายขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีน ซึ่งพับการเปลี่ยนแปลง มีดังนี้ ผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในเซลล์ลดลง มีการเคลื่อนย้ายเม็ดเลือดขาวไปยังบริเวณที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายลดลง ระดับคอมพลีเมนต์ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดภูมิคุ้มกันนั้นมีระดับลดลง ทำให้มีผลต่อการตอบสนองต่อการอักเสบ

ต่างๆ ลดต่ำลง การควบคุมอุณหภูมิผิดปกติ พบรความผิดปกติในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิรอบตัว เช่น อุณหภูมิลดลงเล็กน้อยแต่ร่างกายเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำลงมาก

5. การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายผิดปกติ โดยพบว่าไตรีมีประสิทธิภาพลดลง หัวใจมีอัตราการเต้นลดลงและปริมาณของเลือดที่ถูกจัดออกมายังหัวใจน้อยลง และยังพบว่ามีเยื่อบุผิวลำไส้เหี่ยวและบางลงและมีความสูงของวิลไอลลดลง ภาวะอ่อนแรงและการดูดซึมอาหารผิดปกติ การทำงานของตับในการสร้างสารเคมีต่างๆ ลดลง

อาการและอาการแสดงโรคขาดโปรตีนและพังงانในช่วงแรกของการทั่วไปปกติ ต่อมาน้ำหนักตัวจะขึ้นน้อย ไม่ร่าเริง ส่วนความสูงยังคงปกติ เมื่อเป็นนาน น้ำหนักตัวจะลดลง ตัวเล็ก ผอมไม่สูง น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ระยะนี้เริ่มซึม เบื้ออาหาร อาจมีอาการของโรคติดเชื้อร่วมด้วย ถ้าเป็นโรคที่ขาดพังงันอย่างรุนแรงทำให้เด็กผอม น้ำหนักตัวน้อย เรียกว่า มารามัส (marasmus) ถ้าแสดงออกในรูปของการขาดโปรตีนอย่างมาก เด็กจะบวมฉุน น้ำหนักตัวน้อยหรืออ่อนแรง ปกติ เรียกว่า ค瓦ซิออร์คอร์ (kwashiorkor) โรคที่แสดงอาการอยู่ระหว่างกลางของมารามัสและคัวซิออร์คอร์ เรียกว่า มารามสมิค-คัวซิออร์คอร์ (marasmic-kwashiokor) (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 7)

โรคมารามัส (marasmus) เกิดได้กับวัยตั้งแต่ทารกถึงเด็กโตแต่พับป่ายในเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี และพบมากกว่าโรคคัวซิออร์คอร์ อาการเริ่มแรกไม่ชัด มีซึม หรืออ่อนแรง หงุดหงิดได้ ต่อมาระบุไม่ได้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เปื้ออาหาร น้ำหนักอาจลดลงหรือเป็นปกติ ไขมันข้นได้ผิวหนัง ฟ่อง แต่ยังมีอญูไม่สนใจลิ้งแวดล้อม ตับโตได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 8)

โรคคัวซิออร์คอร์ (kwashiorkor) เป็นโรคที่เกิดจากการขาดโปรตีน มักพบในเด็กที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในระหว่าง 1-2 ปี และมักพบในเด็กที่ผู้ดูแลเลี้ยงเด็กด้วยกล้ามเนื้อ ข้าว บดกับกล้ามเนื้อ หรือน้ำตาล ข้าวบดกับเกลือ หรือน้ำข้าวกับน้ำตาล อาการเริ่มแรกเด็กเลี้ยงไม่ได้น้ำหนักคงที่ ต่อมาน้ำหนักจะน้อยกว่าเกณฑ์ ผอมแห้งผิวหนังเที่ยวyan ไขมันใต้ผิวหนังถูกนำไปใช้หมด แก้มตอบและเที่ยวแห้งเหมือนคนแก่ ห้องอาจปองหรือแฟบแต่มีอาการห้องอืด ตับโต กล้ามเนื้อลีบและฝ่อ เที่ยว มีอาการอ่อนแรง อุณหภูมิของร่างกายลดต่ำ ชีพจรเต้นช้า และอัตราการเผาผลาญพื้นฐานลดต่ำลง อาการบวมที่เกิดจากอาการขาดโปรตีนอย่างมากในระยะแรกหลังเท้าเริ่มบวมแล้วค่อยบวมมากขึ้นต่อไป เช่น ขาจะบวม อาจบวมทั้งตัวในที่สุด จะมีอறมณ์ร้ายในช่วงแรก ถ้ารุนแรงจะซึมและไม่สนใจลิ้งแวดล้อม ความอยากอาหารลดลง มีอาการห้องผูก สลับห้องเลีย ลักษณะถ่ายอุจจาระเป็นมูก (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 8)

โรคมารามิก-ควาชิออร์ (marasmic-kwashiokor) เป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงานที่พบบ่อยที่สุดมีอาการแสดงอยู่ระหว่างกลางของควาชิออร์และมารามัล ปกติแล้วโรคควาชิออร์คือและมารามัล จะเกิดขึ้นด้วยกันเนื่องจากเด็กได้รับอาหารไม่ครบถ้วนและไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเป็นเวลานาน การเจริญเติบโตหยุดชะงัก เมื่อไม่ได้รับประทานโปรตีน หรือเกิดจากเจ็บป่วย ก็ทำให้ขาดโปรตีนมากขึ้น ซึ่งจะพบอาการบวมแต่ไม่มาก กล้ามเนื้อลีบเหี่ยว แต่ไม่มากเท่าโรคมารามัล มีการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังและจะตบโตเหมือนพวงโกรควาชิออร์ คอร์ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 8)

การรักษาโรคขาดโปรตีนและพลังงาน แบ่งเป็น การรักษาเฉพาะ เช่น การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะตามการเพาะเชื้อ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำ และรักษาโดยให้ได้รับอาหารครบถ้วนตามหลักโภชนาการ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 8)

2. โรคขาดวิตามิน เอ (Vitamin A Deficiency) มักเป็นร่วมกับ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน และเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดในเด็กวัยก่อนเรียน องค์กรอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศของโรคขาดวิตามินเอ ชนิดไม่แสดงอาการทางคลินิกชัดปานกลาง (Moderate subclinical vitamin A deficiency) สาเหตุของการเกิดโรคขาดวิตามินเอ เนื่องจากรับประทานอาหารที่ขาดวิตามิน เอ และมักจะขาดสารอาหารอย่างอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะโปรตีน และไขมัน นำไปสู่ปัญหาการดูดซึมและการย่อยอาหารได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น กินนมข้นหวานกล้ายข้าว โดยไม่รับสารอาหารอื่น ๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับความชื้อชื้อในการเลี้ยงดู การให้อาหารเสริม (ฐิติมา สุขลิศตะภูล และ茱麻麝 โชคใบบาง, 2551, หน้า 111-112)

อาการและอาการแสดงโรคขาดวิตามิน เอ ได้แก่ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ภูมิต้านทานต่ำ ทำให้แห้ง (xerophthalmia) เกิดอาการ ตาบอดกลางคืน (nyctalopia and night blindness) ตาบอดกลางวัน (hemeralopia) ตาขาวเหี่ยวย่น (xerosis conjunctivitis) เกล็ดกระตี่ (Bitot's spot) ตาบอดชนิดกระต่ายกตาก่อน หรือลูกตาถูกทำลายหรือแก้วตาเป็นแพล (keratomalacia) กระจกตาแห้ง (corneal xerosis) ผิวหนังเหมือนหนังคงคาก คือ พื้นไม่มีเงา มีคราบ เรียกว่าเคลือบพื้นไม่สมบูรณ์ (enamel hypoplasia) การรักษาโรคขาดวิตามิน เอ คือให้วิตามินเอ ในขนาดสูง เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ให้ 1 แสนยูนิต หรือ 4 เม็ด เม็ดละ 25,000 ยูนิต ในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ให้เพิ่มขึ้นเป็น 2 แสนยูนิต กิน 2 วันติดต่อกัน แต่ถ้ามีแพลที่เยื่อบุตาควรปรึกษาจักษุแพทย์ด้วย (ฐิติมา สุขลิศตะภูล และ茱麻麝 โชคใบบาง, 2551, หน้า 111-112)

3. โรคขาดวิตามินซี (Ascorbic Acid Deficiency) วิตามินซี หรือกรดแอกซิบิค มีลักษณะไม่เลกุลคล้ายกับน้ำตาลกลูโคส วิตามินซีเมื่อถูกออกซิไดร์จะกลายเป็น dehydroascorbic acid ซึ่งเป็นโมเลกุลที่มีความไวในการทำปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย วิตามินร่วมในปฏิกิริยา oxidation-reduction และในปฏิกิริยาการซ่อนองนุมูล hydrogen วิตามินซีมีความสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิด oxidation ของ tetrahydro folate ซึ่งเป็นโพเดชานิดหนึ่ง นอกจากนั้นวิตามินซียังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการดูดซึมเหล็กในรูปแบบที่เป็น non-heme ในลำไส้ให้มากขึ้น ส่วนปัจจัยในการป้องกันโรคมะเร็งนั้นวิตามินซีช่วยในการทำลายพิษของสารก่อมะเร็งโดยการสกัดช่วนการเกิดเซลล์มะเร็งเนื่อง มาจากคุณสมบัติที่เป็น antioxidant โดยจับกับอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้น และกระตุ้นให้มีภูมิต้านทาน สาเหตุโรคขาดวิตามินซี คือ รับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียว มะเขือเทศ พริกหยอด กะหล่ำปลี ถั่ว พักทอง งุ่นลีม่วง ผลไม้รัสเบรีย เช่น มะนาว ส้ม ไม้เพียงพอ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 20-21)

อาการของโรคขาดวิตามินซี มีอาการอ่อนเพลีย ซึ่ง ไม่อยากทำงาน เชื่องช้ำลง น้ำหนักลด เนื่องจากอาหารและเครื่องดื่มน้ำที่ขาดไป เนื่องจากเหงื่อกวน พันธนาวน หลอดเลือดฝอย เปราะ เลือดออกจากการเหงื่อกันง่ายที่เรียกว่า โรคลักษณะลักษณะ เปิด ในรายที่เป็นน้อยจะมีอาการเพียงซึมเบื้องต้น เนื่องจากเหงื่อกันง่าย เมื่อยตามแข็งชา รายที่เป็นรุนแรงมาก ๆ เหงื่อกจะเน่าเป็นแผลลึกลงไป ทำลายกระดูกขากรรไกร พันจะยกหลวมหักหลุด เวลาพันหลุดเลือดก็จะออกมากไม่ค่อยหยุด อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น เลือดกำเดาออกทางจมูก เลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ หลอดเลือดฝอยแตกและเลือดออกมากทำให้เลือดจาง การรักษา ร่างกายต้องการวิตามินซีในแต่ละวันประมาณ 15 มิลลิกรัม ส่วนใหญ่นิยมรับประทาน วันละ 50-100 มิลลิกรัม ถ้าต้องการให้ได้ผลเร็วในการรักษาให้วิตามินซีวันละ 300-500 มิลลิกรัม (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, 2550, หน้า 20-21)

4. โรคโลหิตจางการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) เกิดจากร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงน้อยหรือมีความเสี่ยงขั้นของเลือดต่ำกว่าปกติ ในเด็กวัยเรียนจะมีอาการ เชื่องซึม เจ็บป่วยง่าย ถ้าเป็นนานๆ อาจมีผลต่อหัวใจ อัตราความซูกพบบ่อยในเด็ก วัยเรียน พบร้อยละ 26.7 เมื่อใช้ค่า Hemo globin ต่ำกว่า 12 กรัม/เดซิลิตร เป็นเกณฑ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) สาเหตุของโรคโลหิตจางการขาดธาตุเหล็ก เพราะ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย หรือเหล็กถูกดูดซึมไปได้น้อย จากรับประทานอาหารที่ยับยั้งการดูดซึม ธาตุเหล็ก เช่น ผักชम ข้อคโภแลค ชา กาแฟ การดูดซึมธาตุเหล็กสูญเสียไปจากมีพยาธิภาพในลำไส้ การเสียเลือดเรื้อรัง เช่น พยาธิปากช่อง อาการของโรคโลหิตจาง คือ ซีด มุนปากเป็นแพล หุ่ดหิว เสื่องซึม อ่อนล้าง่าย ภูมิต้านทานโรคลดลงทำให้เจ็บป่วยง่าย ระบบประสาททำหน้าที่ไม่ดี เล็บอ่อน

แบบหรือข้อเขียน แบบลิ้น และลิ้นเลียนแดง (สูติมา สุขเลิศตะภาล และจุฑามาศ โชคิบ้าง, 2551, หน้า 114-115)

การรักษาโดยคลื่นจากจากการขาดธาตุเหล็ก จำจัดสาเหตุของการขาดธาตุเหล็ก เช่น การกำจัดพยาธิที่เป็นสาเหตุทำให้เสียเลือดเรื้อรังการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และให้ Ferrous sulfate 6 mg/kg/day ทางปากเป็นเวลา 1-2 เดือน ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น เนื้อสัตว์ ตับ เลือดหมู นม ไข่ ผักใบเขียว อาหารทะเล และถั่วเมล็ดแห้ง แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมมาตรฐาน และเรื่องอาหารเสริมให้ได้รับตามวัย (สูติมา สุขเลิศตะภาล และจุฑามาศ โชคิบ้าง, 2551, หน้า 114-115)

5. โรคขาดสารไอโอดีน พับปอยในเด็กวัยเรียนโดยเฉพาะภาคเหนือ และพบน้ำ oyong ในทุกภาคของประเทศไทย คือพบร้อยละ 0.69 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ไอโอดีน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการผลิตฮอร์โมนรัยรือกซิน ของต่อมรัยรอยด์ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมการทำหน้าที่และการเจริญเติบโตตามปกติของสมอง ประสาทและเนื้อเยื่อของร่างกาย สาเหตุ เกิดจากร่างกายได้รับอาหารที่สารไอโอดีนต่ำหรือไม่ได้เกลือที่เสริมสารไอโอดีน อาการของโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ ทารกที่เกิดจากมารดาขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์ จะมีการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองหยุดชะงัก อาจเป็นคนเตี้ยแคระ หูหนวก เป็นใบ้ ตาเหลล่ เดินกระตุกหรือปัญญาอ่อนแต่กำเนิดที่เรียกว่า โรคเอ็อ (Cretinism) เกิด Hypothyroidism ร่างกายจะเตี้ยแคระแกรน ผิวหนังแห้งและหยาบการเคลื่อนไหวเรื่องข้ามมาก เด็กและวัยรุ่นจะมีความเจริญทางสมอง ลดลงและมีการเจริญเติบโตของร่างกายช้าและมีอาการคงพอ กการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรต้องการไอโอดีนวันละ 175 และ 200 ไมโครกรัม ควรบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนวันละ 1 ช้อนชาพูนๆ เด็กที่อยู่ในถ่านทุรกันดาร ให้ต้มน้ำเสริมไอโอดีน การรักษา ให้เกลือไอโอดีนรับประทาน ให้ไอโอดีนผสมในน้ำดื่ม หรือ ชนิดเม็ด และฉีด (สูติมา สุขเลิศตะภาล และจุฑามาศ โชคิบ้าง, 2551, หน้า 114-115)

ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการต่อเด็กปฐมวัย

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อทารกและเด็ก ถ้าเด็กวัยนี้มีความผิดปกติด้านโภชนาการจะมีผลกระทบต่อกลุ่มระบบของร่างกาย ดังนี้

1. การเจริญเติบโตต่ำกว่ามาตรฐาน จะพบว่าเด็กจะมีน้ำหนักและส่วนสูง ต่ำกว่า มาตรฐานของเด็กปกติในวัยเดียวกัน และมีความผิดปกติต้านโภชนาการซึ่งนี้จะทำให้การเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ พัฒนาการช้า สมรรถภาพทางสติปัญญาลดลง การเจริญเติบโตของสมอง และสติปัญญาสัมพันธ์กัน ความผิดปกติทางโภชนาการมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมองและ

สติปัญญา ทางด้านสติปัญญาเด็กกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการเรียนรู้ช้า ความเข้าใจช้า ขาดสมาร์ท ขาดความกระตือรือร้น ขาดความล้มเหลวที่จะร่วมมือกับคน ประสิทธิภาพในการทำงานและทำกิจกรรมลดลง ร่างกายต้องการพลังงานเพื่อเผาผลาญ ของอวัยวะภายในร่างกายให้สามารถดำเนินไปตามปกติ เช่น หัวใจต้องมีแรงบีบเต้น ปอดมีแรงสูบฉีดโลหิต เป็นต้น และยังต้องมีพลังงานเพื่อการเคลื่อนไหวและความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน เด็กที่มีความผิดปกติด้านไนโตรเจนจะมีการเคลื่อนไหวและความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลดลง (มยุรี นภาพรรณสกุล, 2547, หน้า 17-19)

2. ความสามารถในการด้านทานโรคลดลง เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจะพบว่ามีสติของโรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น เพราะเมื่อร่างกายขาดสารอาหารจะมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ความด้านทานโรคของร่างกายลดลง โรคติดเชื้อที่ไม่รุนแรงในเด็กที่เริ่มผิดปกติทางไนโตรเจนจะปรากฏอาการให้เห็นชัดเจนบ่อยขึ้น เช่น เจ็บป่วยบ่อย เป็นต้น เชื้อโรคที่ไม่รุนแรงในเด็กน้ำหนักปกติจะทำให้เกิดโรคได้รุนแรงในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ เช่น อุจจาระร่วง โรคปอดอักเสบ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของภูมิคุ้มกัน มีดังนี้ ระบบคุ้มกันไม่จำเพาะ (non specific immunity) จะพบว่า มีการเคลื่อนย้ายเชื้อแบคทีเรียลดลง ในโนนิวเคลียร์เซลล์ลดลงทำให้กระบวนการคิโนทาซิสลดลง มีการสร้างคอมพิเมท์ลดลง การทำงานที่ป้องกันของผิวน้ำหนังและเยื่อบุต่างๆลดลง ระบบคุ้มกันจำเพาะ (specific immunity) จะพบว่า ต่อมรั้ยมัส ฝ่อลง ต่อมน้ำเหลืองและม้ามเล็กลง ทำให้การสร้างลิมโฟซิทลดลง การสร้างอิมมูโนไกลบัวลดลง โดยเฉพาะ ไอจีเอ(IgA) การตอบสนองแอนติบอดี้ (antibody) ต่อแอนติเจน (antigen) ลดลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงกว่าเด็กปกติ (มยุรี นภาพรรณสกุล, 2547, หน้า 17-19)

3. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ได้แก่ อวัยวะในระบบทางเดินอาหารผลิตน้ำย่อยต่างๆลดน้อยลง ทำให้การย่อยการดูดซึมอาหารผิดปกติทำให้ห้องร่วง ตับจะโตเนื่องจากภาวะสมไชมัน ในเด็กที่มีการขาดโปรดีน กล้ามเนื้อของแขนขาและหน้าอกลีบ (anorectal wasting) ทำให้การเคลื่อนไหวและการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลดลง หัวใจทำงานลดลง การสูบฉีดโลหิต (cardiac output) ไปเลี้ยงอวัยวะและส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ความดันโลหิตต่ำ การทนต่อภาวะน้ำเกินในหลอดเลือด (Fluid load) ไม่ได้ดี และมีความผิดปกติของคลื่นหัวใจ กล้ามเนื้อกระบังลมและผนังหน้าอกฟื้อกลีบ ทำให้การหายใจไม่ได้ดี เพราะปอดมีความจุลดลง (vital capacity) การหายใจเข้าออกเพื่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงความสามารถในการขับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ทำ มีความสามารถในการกรองลดลง

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

พัฒนาระบบการจัดการอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย คือการจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ได้แก่ การเลือกซื้อชนิดของอาหาร การเตรียมอาหาร การปรุง จำนวนและปริมาณที่ให้เด็กรับประทาน รวมถึงวิธีการให้เด็กรับประทานอาหารซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กควรทราบและปฏิบัติ

สุกัญญา บุญนำ ได้เสนอแนะการจัดเตรียมและการปฐมอาหารสำหรับเด็ก ดังนี้ (สุกัญญา บุญนำ, 2554, หน้า 33-35)

1. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื้อหมูที่ดีต้องมีลีขิมพูอ่อน มันมีสีขาว หนังเกลี้ยงและบาง พอสมควร ถ้าเป็นหมูเก่า หนังจะมีสีเหลืองหรือเหลือง สีเข้ม การเลือกเนื้อหมู เนื้อวัว จะต้องมีสีตามธรรมชาติ ไม่ ซ้ำเลือดไม่มีกลิ่นเหม็นบุดีที่สำคัญต้องไม่มีเม็ดสาคู (ตัวอ่อนของพยาธิตัวตืด) ไก่ ควรมีเนื้อแน่น สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นโดยเฉพาะใต้ปีก ให้ขาด การเลือกปลาต้องมีเหงือกสีแดงสด ไม่เขียวคล้ำ กดไม่มีรอยบุ๋มอยู่นาน การปูรุ่งเนื้อสัตว์ต้องปูรุ่งให้สุกโดยทั่วถึง โดยเฉพาะปลาขนาดจีดที่มักพบ ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในตับ เนื้อสุดจะต้องเก็บในภาชนะที่สะอาดแยกเป็นสัดส่วนเก็บไว้ใน อนหภูมิที่เหมาะสม

2. ผักและผลไม้ เพื่อลดปริมาณวัตถุนิพิชและไข่พยาธิ ที่อาจติดมากับผักและผลไม้ ควร มีการล้างผักหรือผลไม้ที่ถูกต้อง ผักควรลอกออกเป็นส่วนๆแล้วล้างให้สะอาดโดยการล้างน้ำที่ไหล จากกือกแล้วเอามือถูทำความสะอาด ผลไม้ ควรปอกเปลือกทุกครั้งก่อนรับประทาน สำหรับผลไม้ ที่รับประทานได้ทั้งเปลือกควรล้างด้วยวิธีการแช่ในน้ำสะอาดนาน ประมาณ 15 นาที การปูนผัก ควรปูนให้สุกโดยใช้ไฟแรงระยะสั้น เพื่อรักษาคุณค่าอาหาร และลดปริมาณสารพิษที่อาจตกค้าง มา กับผัก การเก็บผักและผลไม้ที่ล้างทำความสะอาดแล้ว ควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 7-10 องศา เซลเซียส ในภาชนะที่สะอาด การเก็บควรคำนึงถึงธรรมชาติของผักผลไม้แต่ละชนิดด้วย

3. ใช่ การเลือกใช้สัดจะต้องมีผู้น่วงคล้ายมีแบงค์เคลื่อนที่เปลี่ยนไป เปลี่ยนไปต้องไม่แตกร้าว สะอาดไม่มีคราบสกปรกติด และเมื่อเขย่าดูจะไม่คลอน ก่อนตอกไข่ควรล้างเปลี่ยนไข่ให้สะอาดก่อนเพื่อป้องกันเชื้อโรคที่อาจติดมากับเปลี่ยนไข่ การปรงไข่ ไม่จำเป็นต้องมีอุณหภูมิสูงถึงจุดเดือด เพราความร้อนสูงจะทำให้ไข่ขาวมีลักษณะเหนียว เก็บเหมือนยาง การเก็บ ควรเก็บไข่ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 5-7 องศาเซลเซียส

4. อาหารแห้ง เช่นถั่วเมล็ดแห้ง ต้องเลือกที่สะอาด ไม่รึ้น ไม่มีกลิ่นหืน ไม่มีรา หรือ สีเปลี่ยนไปจากเดิม เพราะสารพิษของเชื้อราสามารถทนความร้อนได้ถึง 260 องศาเซลเซียส ความร้อน ขนาดน้ำเดือดไม่สามารถทำลายสารพิษนี้ การเตรียมปุงอาหารแห้ง ควรล้างทำความสะอาด ก่อนโดยเฉพาะหัวหอม กระเทียม ถั่วลิสง ถ้าพบมีส่วนเน่าหรือขื่นราครุคัดทิ้ง การเก็บ พากเมล็ด

พีชควรตากให้แห้งแล้วจึงนำไปเก็บในภาชนะที่สะอาด สำหรับห้องครัวเที่ยมควรเขียนไว้ในที่ไปร่วง
สะอาดมีลมโกรกและควรหมั่นนำไปผึ่งแดดอ่อนๆ เป็นประจำ

การจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยนั้น ยึดหลักอาหาร 5 หมู่ เด็กจะต้องได้รับสารอาหารให้
เพียงพอและครบสารอาหาร ผู้ปกครองจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตามปริมาณอาหาร
ที่เด็กควรได้รับ การให้อาหารเด็กควรจะคำนึงถึงความสะอาดด้วย เพราะอาหารดีมีประโยชน์แต่ถ้า
ไม่สะอาด ไม่ได้ระมัดระวังให้ถูกหลักอนามัยแล้ว อาจทำให้เกิดโรคได้ เช่น โรคอุจจาระร่วง อาหาร
เป็นพิษได้ เด็กเล็กๆ มักจะพบร่องรอยอาหาร บางคนไม่รับประทานผัก บางคนไม่รับประทาน เนื้อ
หมู หรือไข่ พ่อแม่ควรจะมีวิธีการให้อาหารตั้งแต่เด็กเล็กๆ ทดลองป้อนทุกอย่าง จากการศึกษาของ
วราภรณ์ รักวิจัย (2533) พบว่า เด็กที่ไม่รับประทานผักและเนื้อเป็นเพราะว่าพ่อแม่ไม่เคยป้อนให้
รับประทานตั้งแต่เล็กๆ ดังนั้นมือเด็กชี้สังเกตตามใจ ไม่ยอมกิน ดังนั้นพ่อแม่ควรให้การช่วยเหลือโดย
ฝึกให้รับประทานตั้งแต่เล็กๆ พยายามแนะนำอาหารแปลกๆ ให้เด็กได้ทดลองซิม การซิมต้องดูรส
ไม่เผ็ดหรือร้อนจนเกินไป อย่าทำอาหารที่ซ้ำๆ ให้เด็กรับประทานบ่อยๆ ควรจะมีการเปลี่ยนทุกวัน
สลับกันไป โดยอาหารควรจะละเอียดง่ายต่อการเคี้ยว เพราะพื้นของเด็กยังไม่แข็งแรง ไม่ควรบังคับ
เด็กรับประทานมือเด็กอิ่มแล้ว และเมื่อเด็กโตขึ้นควรมีการพูดถึงประโยชน์ของอาหารที่รับประทาน
(วราภรณ์ รักวิจัย, 2533, หน้า 65-66)

การสร้างแรงจูงใจให้ เด็กรับประทานอาหาร จัดอาหารให้มีลักษณะจูงใจ มีสีสันน่า
รับประทาน เลือกเครื่องปูรุ่งที่มีสีโดยธรรมชาติ เช่น แครอท พักทอง ผักใบเขียว มาทำเอง เนื้อสต็อก
ควรหันชิ้นเล็กๆ และตามขาวางของกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นเนื้อสต็อกที่เหนียว ควรสับหรือเคี้ยวให้เปื่อย ผัก
หันให้เป็นท่อสันพองเหมาะสมที่จะเข้าปากและเคี้ยวได้ง่าย อาหารที่ทำปูรุ่งให้มีรสอ่อนและไม่ควรใส่
เครื่องเทศมาก ไม่จัดอาหารที่ซ้ำซาก ใน การจัดอาหาร ไม่ควรนึ่งถึงแต่คุณประโยชน์ของอาหาร
เพียงอย่างเดียว ต้องนึกถึงความซ้ำซากของอาหารด้วย เด็กวัยนี้ไม่ชอบอาหารที่ซ้ำซาก พยายาม
จัดเปลี่ยนหมุนเวียนการทำอาหาร ใน การจัดอาหารในวันหนึ่งๆ ควรให้มีชนิดอาหารต่างกันในแต่
ละมื้อ จัดบรรยายอาหาร บริเวณที่รับประทานให้เหมาะสม จัดตกแต่งห้องอาหารให้มีบรรยากาศ
เกี่ยวกับอาหาร ต้องเก้าอี้ห้าดที่มีขนาดพอเหมาะสมกับสัดส่วนร่างกายเด็ก เพื่อจะได้นั่งรับประทาน
ได้สะดวก อุปกรณ์ในการรับประทานอาหารเลือกใช้ที่ขนาดพอติดกับเด็ก เพื่อจะได้หยิบจับได้
สะดวก จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสมกับช่วงอายุให้เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้น พ่อแม่อาจใส่ใน
ขณะที่เด็กรับประทานอาหาร เมื่อถึงมื้ออาหาร พ่อแม่ เตรียมอาหารเรียบร้อยแล้ว ยกมาตั้งที่เต๊ะ
ปล่อยให้เด็กตัวรับประทานเอง พ่อแม่คอยนั่งเป็นเพื่อนคุยและคอยเติมอาหารให้ เวลาตักอาหารให้
ควรตักให้ครั้งละน้อย เมื่อกินหมดจึงเติมให้ใหม่ การปล่อยให้เด็กรับประทานอาหารกันตามลำพัง

16259923

- 5 ຂີ.ຢ. 2556



บางที่เด็กอาจกินได้นิดหน่อย แล้วลูกไปเล่น หรือกินข้าวสับกับการดื่มน้ำ จะทำให้เด็กอิ่มเร็วและได้รับอาหารไม่เพียงพอ ให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลือกและจัดอาหาร ก่อนลงมือทำอาหารจะถูกต้อง เด็กความเห็นถึงชนิดอาหารที่เด็กชอบ แล้วจัดทำตามที่บอก ขณะที่จัดเตะอาหารควรให้เด็กมีส่วนร่วม เช่น หยิบจาน ช้อนล้อม และแก้วน้ำ เด็กอาจรับประทานอาหารเพราะความภูมิใจที่มีส่วนร่วม (วรรณ์ รักวิจัย, 2533, หน้า 65-66)

ปัญหาการให้โภชนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวที่พบบ่อย การให้โภชนาการเด็กปฐมวัยไม่เพียงแต่ต้องจัดสรรา ชนิด และปริมาณสารอาหารที่สำคัญให้เพียงพอเท่านั้น แต่ยังรวมถึงวิธีการให้อาหารที่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่ทำให้การให้อาหารแก่เด็กปฐมวัยไม่มีประสิทธิภาพมีดังนี้ ให้อาหารเสริมเข้าและให้อาหารบดละเอียดนานเกินไป ซึ่งที่เด็กอยู่ในวัยทารก คือ ขวบ ปีแรก เมื่อถึงระยะที่ต้องให้อาหารเสริมแล้วแม่ยังไม่ให้ เด็กจะเคยชินกับการดื่มน้ำอย่างเดียว สำหรับแม่บาง คนที่ให้อาหารเสริมแก่ลูกตามวัย ขณะที่ลูกเริ่มมีฟันยังบดอาหารเสริมให้ละเอียดแก่ลูก ลูกจะเคยชินและจะไม่ยอมกินอาหารซึ่นหมายเมื่อโตขึ้น พ่อแม่ควรสังเกตลูกของตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทราบดีว่าพอดีกากุ 2 ปี มักมีความอยากอาหารลดลง ซึ่งสัมผัสนี้กับอัตราการเจริญเติบโตที่ลดลง เมื่อเทียบกับช่วงแรกของอายุ พ่อแม่ต้องหมั่นดูหนังตัวของเด็กเป็นระยะๆ ว่าปกติหรือไม่ เด็กวัยนี้ส่วนมากจะเล่นอยู่ตลอดเวลา ไม่ชอบหยุดนิ่ง ชอบเล่นออกแรง และเริ่มรู้จักการเล่นเข้ากกลุ่มเพื่อน ถ้าพ่อแม่ปล่อยให้เด็กเล่นเห็นอยามาก เมื่อใกล้ถึงมื้ออาหาร หลังเล่น เด็กจะดื่มน้ำเข้าไปมาก จะทำให้กินอาหารมือนน้อยลง บังคับเรื่องการรับประทานมากเกินไป พ่อแม่บางคนบังคับให้ลูกรับประทานมากๆ ถ้าหากรับประทานไม่หมดจะไม่ยอมให้ลูกจากที่ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าการรับประทานต้องเป็นการต่อสู้ ความมีการโอนอ่อนเรื่องรับประทานของเด็กบ้าง โดยที่มีน้อยอาจจะรับประทานได้น้อย แต่มีต่อไปอาจรับประทานได้มาก ปัญหาอื่นๆ เช่น การมีน้องใหม่ การไปโรงเรียน เด็กมีความสนใจก่อนรับประทานอาหาร ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่เด็กไม่ยอมรับประทานอาหาร (สกัดยา นฤณุนำ, 2552, หน้า 33-35)

ปัญหาการเบื้ออาหารของเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะเป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้ในการรับประทานอาหารแบบผู้ใหญ่ เด็กอาจจะเลือกหรือปฏิเสธอาหารแปลงๆ ผู้ดูแลจึงควรทราบสาเหตุ การเบื้ออาหารของเด็กปฐมวัยดังนี้ รูปร่างและขนาดของเด็ก ขนาดของโครงสร้างเด็กแต่ละคนไม่เหมือนกัน ทั้งๆ ที่อายุเท่ากันบางคนมีรูปร่างเล็ก ก็ย่อมจะรับประทานอาหารได้น้อย พ่อแม่บางคนไม่เข้าใจ จึงบังคับให้เด็กรับประทานให้มากขึ้น ทำให้เด็กเบื้ออาหาร พ่อแม่รักและเป็นห่วงเด็กมากเกินไป เมื่อเห็นเด็กรับประทานอาหารที่ชอบน้อยลง ทำให้พ่อแม่วิตกกังวล จึงบังคับให้เด็กให้รับประทานอีก ทำให้เด็กเบื้อ เด็กวัยนี้ชอบเล่น และสนใจสิ่งแวดล้อมมากกว่าสนใจรับประทาน

อาหาร เด็กสุขภาพดีไม่ต้องเนื่องจาก พ่อแม่ท่าเลาภันเป็นประจำหรือแยกกันอยู่ ทำให้เด็กไม่มีความสุข การรับประทานอาหารของเด็กจะลดลง เด็กที่ถูกบังคับให้รับประทานอาหารเพรากลัวถูกลงโทษ ทำให้เวลา_rับประทานอาหารเป็นเวลาที่ไม่มีความสุข เด็กจะเกิดอาการเบื่อ เด็กถูกตามใจมากเกินไป ให้รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน จะทำให้เด็กไม่รู้สึกอยากรับประทานอาหาร (สุกัญญา บุญนำ, 2552, หน้า 41-42)

การปฏิบัติเมื่อเด็กเบื่ออาหาร “ไม่ควรบังคับ ชูเขี้ยวเด็กเกินไป ควรให้สิทธิแก่เด็กบ้างในการเลือกชนิดอาหาร ไม่ควรเปรียบเทียบกับเด็กอื่น เพราะเด็กแต่ละคนมีความต้องการอาหารต่างกัน พ่อแม่ไม่ควรกังวลมากเกินไป ควรนิ่งเสมอว่าเด็กทุกคนมีความอยากรับประทานอาหาร จัดเตรียมอาหารไม่ซ้ำซาก จัดอาหารให้น่ารับประทานทั้ง สี กลิ่น และรสชาติ ควรให้เด็กรับประทานอาหารพร้อมกับทุกคนในครอบครัว จะทำให้เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้น” (สุกัญญา บุญนำ, 2552, หน้า 43)

บริบทของชนเผ่ามัง

ชนกลุ่มน้อยในเขตอำเภอคลองลาน ประกอบด้วย เผ่ามัง (แม้ว) เผ่าเย้า (เมียน) เผ่ากะเหรี่ยง เผ่ามูเซอ ซึ่งแต่ละชนเผ่ามีวัฒนธรรม ความเชื่อและวัฒนธรรมแตกต่างกัน จำนวนของชนเผ่ามังมีมากที่สุดและพบเด็กปฐมวัยน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มากกว่าชนเผ่าอื่น จึงขอกล่าวถึงวิถีชีวิตชนเผ่ามังคลองลาน ดังนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลาน, 2554)

สภาพภูมิประเทศของอำเภอคลองลานส่วนใหญ่เป็นที่ราบใหญ่เช่น ภูนาเขตด้านทิศตะวันตกเป็นเทือกเขาสลับซับซ้อน และมีสภาพป่าที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นเขตอุทยานแห่งชาติคลองวังเจ้า และเขตอุทยาน-แห่งชาติแม่วงก์ ประชากรชนเผ่ามังในเขตอำเภอคลองลานส่วนใหญ่อยู่พม่าจากภาคเหนือของประเทศไทย ตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มหมู่บ้าน โดยตั้งอยู่ หมู่ที่ 16 ตำบล คลองลานพัฒนา สร้างบ้านลักษณะมั่นคงถาวร มีทั้งหมด 556 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 2,123 คน เป็นเด็กแรกเกิด - 5 ปี จำนวน 295 คน มีเด็กน้ำหนักค่อนข้างน้อย 10 คน น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 20 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำไร่ข้าวโพด ไก่ไข่ ลำไย และทำนาบนพื้นที่ร่อนา โดยอาศัยน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติและน้ำใต้ดิน รองลงมาคืออาชีพค้าขาย รายได้ประชากรอยู่ในเกณฑ์ต่ำ การนับถือศาสนา ประชาชน ชนเผ่ามังส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 75 นับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ 20 และนับถือผี ร้อยละ 5 ส่วนวัฒนธรรมอาหารสำหรับเด็กชนเผ่ามังอำเภอคลองลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล เล่าย่าง (2550) คือ ชาวมังผู้ชายเชี่ยวชาญในการเด็กและผู้หญิงห้ามรับประทานหัวใจสัตว์ทุกชนิด เด็กหญิงและ

เด็กชายชาวมัง ห้ามรับประทานเท่าไก่ เพราะถ้ารับประทานแล้วเมื่อเด็กชายโตขึ้นต้องการแต่งงาน หากไปปะชุดสาวที่ตนชอบจะทำให้มีอุปสรรคในการทำงาน ชอบก้าวกระโดดเรื่องของผู้อื่นและมีผลให้เรื่องต่างๆ ไม่ประสบผลสำเร็จ ส่วนเด็กหญิงหากรับประทานแล้วโตขึ้นจะได้คู่ครองที่ไม่สมประกอบ ห้ามรับประทานปีกไก่ เพราะหากเด็กชายรับประทาน เสื้อว่าโตขึ้นจะสร้างบ้าน บิดเบี้ยว ส่วนเด็กหญิงหากรับประทานปีกไก่จะทำให้ห้อผ้าเบี้ยวไม่ตรง รวมทั้งการรับประทาน เท่าไก่ กระเพาะไก่ ไส้ไก่ และหัวไก่ เสื้อว่าจะทำให้เด็กชายและเด็กหญิงไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่ส่วนกระเพาะไก่ และไส้ไก่ เมื่อรับประทานแล้วทำให้เด็กไม่คลาย เนื่องจากเสื้อว่าไส้ไก่จะไปห่อสมอง จนคิดอะไรไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีไข้หรือแพลง ให้รับประทานข้าวกับเนื้อหมูอย่างเดียว หากไม่มีเนื้อหมูให้กินข้าวกับเกลืออย่างเดียว เพราะเสื้อว่าหากรับประทานอย่างอื่นจะทำให้อาการบวบขยายข้าว หรือทำให้แผลอักเสบรวมทั้งทำให้ผิดผือกด้วย แข็งว่า ห้ามรับประทานผลไม้เบร์ยวนโดยอาหารหรือห้ามเก็บผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวมากจากป่าเป็นอันขาด เพราะเสื้อว่าจะพญะระหว่างทางเวลาไปริม หรือไปสวนส่วนอาหารอื่นๆ รับประทานได้ตามปกติ และจากข้อมูลของมูลนิธิกระจกเงา (2550) ในอดีตมังมักจะประกอบอาหารตามแบบเรียนง่าย เพราะมังอยู่กับธรรมชาติ ดังนั้นอาหารจะเป็นสิ่งที่ปลูกขึ้นมาเท่านั้น หรือหามาจากป่าเล็กน้อย มังไม่นิยมรับประทานอาหารที่ไม่รู้จัก เพราะกลัวว่าอาหารจะเป็นพิษ แม้แต่น้ำดื่ม มังยังต้องต้มเพื่อเป็นการฆ่าเชื้อโรคก่อน มังจะนิยมต้มน้ำชาดื่มเพื่อบำรุงสุขภาพ จึงทำให้มังมีสุขภาพที่แข็งแรง และไม่เป็น โรคง่าย ๆ มังให้เกียรติแก่ผู้ชาย เพราะฉะนั้นผู้หญิงจึงรับประทานอาหารหลังผู้ชายเสมอ การประกอบอาหารของมังส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะการต้ม ทอด และมังยังมีความสามารถในการถนอมอาหาร ซึ่งในการถนอมอาหาร สามารถถนอมได้หลายแบบ เช่น การหมัก การดอง ในอดีตนั้น มังจะนิยมอาหารจำพวกต้มผัด การทอด การผัดผักมาก แต่ปัจจุบันนั้น มังเริ่มรับความเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว เพราะปัจจุบัน มังในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเมืองมากขึ้น ทำให้การประกอบอาหารของมังจะเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเดิมนั้น มังนิยมอาหารที่ มีรสชาติจีดๆ ไม่ค่อยเผ็ดมากเท่าไรนัก ซึ่งอดีต มังมีวิธีการประกอบอาหารดังนี้ (มูลนิธิกระจกเงา, 2550)

1. วิธีการประกอบอาหาร ประกอบทั้ม ประกอบด้วย ผัก น้ำมันหมู น้ำและเกลือ วิธีการทำ ดังนี้ม้อให้ร้อนแล้วนำน้ำมันหมูเทลงประมาณครึ่งช้อน รอให้น้ำมันร้อน จากนั้นเทน้ำเปล่าลงไปในหม้อเพิ่มไฟให้น้ำเดือด แล้วนำผักที่หั่นได้เทลงไปในหม้อรอให้สุก นำมารับประทานได้ บางครั้งถ้ามีเนื้อหมูก็จะนำมาผัดใส่ลงไปด้วย แต่ถ้าไม่มีก็รับประทานเช่นนั้น มังจะไม่นิยมใส่ ผงชูรส น้ำปลา รสตี้ เพราะจะทำให้รสชาติของอาหารเปลี่ยนไป

2. วิธีการประกอบอาหารประเภท ผัด หอประกอบด้วย ผัก น้ำมันหมูและเกลือ วิธีการทำ ตั้งไฟ ตั้งกระทะให้ร้อน แล้วเทน้ำมันหมูลงในกระทะ พอร้อนแล้วเทผักที่เตรียมไว้ลงไปผัดกับน้ำมันหมูเท่านั้น ถ้ามีหมูก็จะผัดกับหมู แต่ถ้าไม่มีหมูก็จะผัดเพียงแค่ผักกับน้ำมันหมูเท่านั้นรอให้สุก ยกกระทะลง แบ่งไปรับประทาน (จะไม่นิยมใส่ผงชูรส กระเทียม น้ำปลา) แต่ในปัจจุบันนี้ มังได้รับการเปลี่ยนแปลงจากลิ้งแวดล้อมรอบข้างมาก จึงทำให้เรื่องอาหารของมังเริ่มเปลี่ยนไปบ้างเล็กน้อย เพราะว่ามังที่เป็นผู้ใหญ่จะรับประทานอะไรก็ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ

3. อาหารประเภทหมักและดองของมัง ได้แก่ การหมักเนื้อหมู เพื่อเก็บไว้บริโภคนานๆ จะมีวิธีการทำดังนี้ นำเนื้อหมู ที่ต้องการเก็บไว้บริโภคนาน ๆ เอากระทะมาตั้งไฟไว้แล้วนำเนื้อหมู มาต้ม โดยที่ต้มจนน้ำระเหยไปให้หมด ส่วนเนื้อที่ต้มก็จะเหลว หรือยังเป็นรินอยู่แต่เนื้อนุ่มมาก จากนั้นจะนำไปเก็บไว้ในภาชนะ ปิดฝาให้เรียบร้อย เมื่อต้องการรับประทานมือไร ก็สามารถจะนำมาอุ่นรับประทานได้เลย วิธีการนี้เป็นวิธีการที่มังใช้ตั้งแต่สมัยโบราณลึบทอดกันมา

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model: HBM)

ตั้งแต่ช่วงต้นศตวรรษปี ค.ศ.1950 แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในกรอบแนวคิดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งเพื่อขอรับยาถึงการเปลี่ยนแปลงและการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และใช้เป็นกรอบแนวคิดในโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้วย แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1950 โดยนักจิตสังคมวิทยาในสหรัฐอเมริกา เพื่อขอรับยาความล้มเหลวในการเข้าร่วมโครงการป้องกันและพยากรณ์โรคของประชาชน ต่อมา แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลที่เกิดความเจ็บป่วย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรค และความเชื่อมั่นทางการรักษา (Becker, 1974) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีแนวคิดหลักแนวคิดที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกัน หรือควบคุมเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความทุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม สิ่งที่นำการกระทำ และการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Becker, 1974 as cited in Champion and Skinner, 2008, pp. 45-65)

โครงสร้างของแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974 as cited in Champion and Skinner, 2008, pp. 45-65; ชวพรพรรณ จันทร์ประลักษณ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์, หน้า 18-22)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค หรือแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้นี้จะมีระดับแตกต่างกัน ตั้งแต่รับรู้ว่าไม่มีโอกาสเกิดโรคเลย จนถึงระดับที่รับรู้ว่ามีโอกาสสูงมากที่จะเกิดโรค เมื่อได้มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูงจะทำให้มีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมสูง เช่น สตอร์มความเชื่อว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมก่อนที่จะมีความสนใจการตรวจโดยวิธี mammogram

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Percieved Severity) หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงสึกเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย การประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทางด้านร่างกาย (เช่น การเดียร์ชีวิต ความพิการ และความเจ็บปวด) ทางด้านสังคม (เช่น ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัวหรือฐานะทางสังคมของบุคคล) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้ จะมีผลให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Percieved threat) ที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคล บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคตามที่แนะนำมากขึ้นหรือให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคมากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ (Percieved Benefits) หมายถึง ความเชื่อและการรับรู้ที่ประเมินถึงผลดีหรือคุณค่าของการปฏิบัติที่จะได้รับเมื่อว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค) การรับรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะแสดงพฤติกรรมในการลดภาวะคุกคามของโรค ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงไม่ได้เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรม แต่การรับรู้ประโยชน์เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรม ที่มีผลต่อการลดภาวะคุกคามของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Percieved Barriers) หมายถึง ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับผลที่ไม่พึงประสงค์หรือกิจกรรมที่คาดหวังเป็นศักยภาพทางด้านลบที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค อาจทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากที่ได้รับการแนะนำ เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย การเสียเวลา ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง จะส่งผลต่อความสามารถในการแสดงพฤติกรรม แต่การรับรู้ประโยชน์ (หักล้างกับการรับรู้อุปสรรค) จะส่งผลต่อการเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดตามที่

5. การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) หมายถึง “ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินการโดยปฏิบัติพุติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำการพุติกรรม” (Bandura, 1997) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จ บุคคลจะกระทำการพุติกรรมต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของ

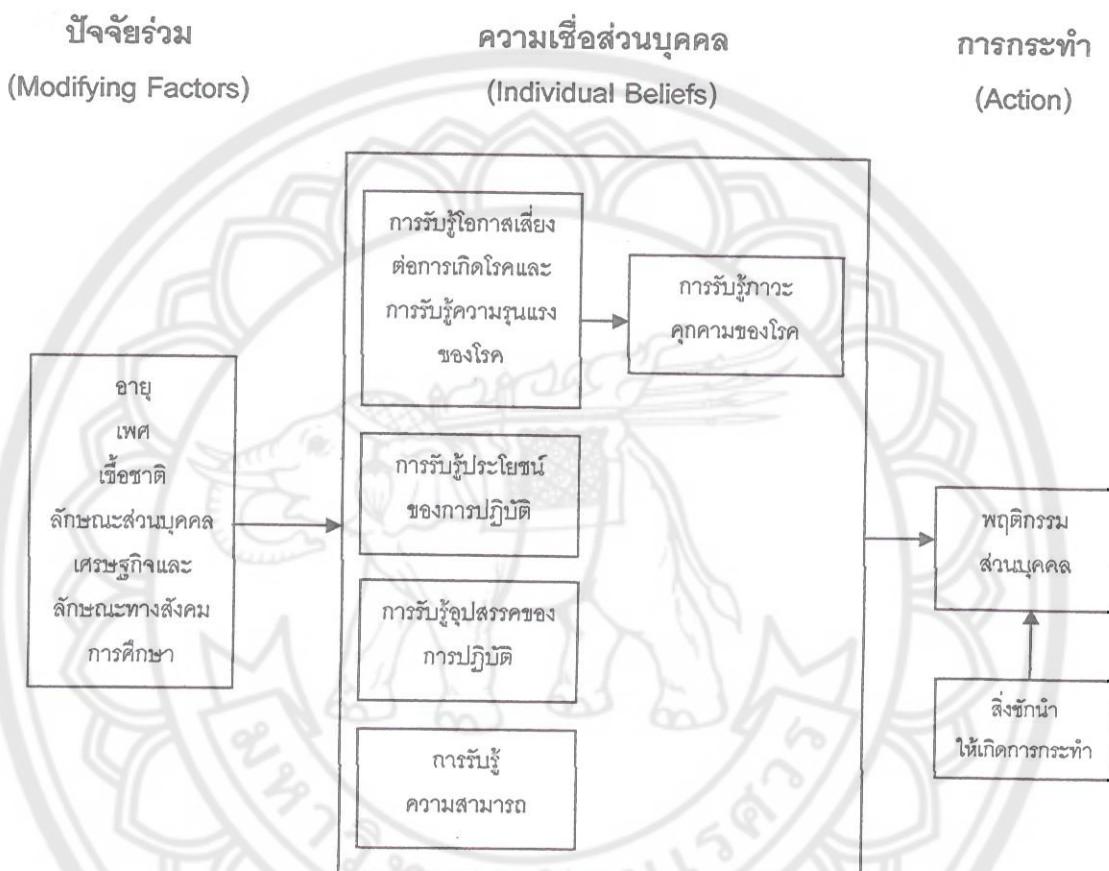
ตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพุทธิกรรม แต่ถ้าไม่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ บุคคลจะไม่สามารถกระทำพุทธิกรรมนั้นให้สำเร็จได้

6. สิ่งขักนำให้เกิดการกระทำ (Cues to actions) ตัวกระตุ้นหรือตัวเร่งที่เกิดจากความรู้ หรือประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวกับการแสดงพุทธิกรรมหรือการกระทำออกมานั้น ตัวชี้แนะอาจเป็นตัวชี้แนะภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะทางร่างกาย และอาการไม่สุขสบายต่างๆ หรือภาระลึกได้ถึงภาระการณ์ของบุคคลที่ใกล้ชิดกับโศก หรือตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น โปสเตอร์ บทความจากหนังสือหรือเอกสารต่างๆ ไปรษณียบัตรเดือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ตัวชี้แนะจะต้องมีเพียงพอที่จะทำให้เกิดพุทธิกรรมได้

7. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) เป็นปัจจัยที่เกิดจากความหลากหลายทางด้านประชากร ด้านลักษณะ และด้านโครงสร้าง ที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพุทธิกรรม สุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ การศึกษา เชื่อว่ามีผลผลกระทบทางอ้อมต่อการแสดงพุทธิกรรม โดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะในความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรมการเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล ถ้าบุคคลตัดสินว่าตนมีความสามารถเข้ากับพยาຍາมกระทำพุทธิกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าเขามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพุทธิกรรมนั้น นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล คือ บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่อาจแสดงพุทธิกรรมต่างกันได้ ถ้าหัวใจของคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน หรือแม้แต่บุคคลคนเดียวกันหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพุทธิกรรมออกมายังต่างกันได้ เช่นกัน ดังนั้นการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลลัพธ์พุทธิกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมายังเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความพยาຍາมและกระตือรือร้นที่จะกระทำพุทธิกรรมนั้นได้สำเร็จและเมื่อประเมินว่าตนเองมีความสามารถสูง มีความรู้เกี่ยวกับพุทธิกรรมหรือสภาพการณ์ที่ต้องเผชิญและพุทธิกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนจะนำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรมและการคงอยู่ของพุทธิกรรมนั้นโดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจเกิดขึ้นได้จากการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหนึ่งหรือหลายแหล่ง แหล่งข้อมูลผสมผสานกันก็ได้ ความคาดหวังมาจากการต้องการที่จะได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ของบุคคล คาดว่าพุทธิกรรมที่กระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างที่กำหนด ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ในปี 1988 Rosenstock, Strecher and Becker ได้เพิ่มแนวคิดด้านการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในแนวคิดแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดเดิมซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค (Becker, 1974 as cited in Champion and Skinner, 2008, pp. 45-65)



ภาพ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Champion V.L. and Skinner C.S., 2008, p.49

จากการสำรวจความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ดูแลเด็กชนเผ่ามัง ที่มีเด็กปฐมวัยน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์พบว่าผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคทุพโภชนาการน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการดีแต่ก็กลับพบว่ามีอุปสรรคในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการหมายความหมายและมีความสามารถแห่งตนในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการเพียงเล็กน้อยทำให้ผู้ดูแลเด็กเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์กล่าวว่า การรับรู้โอกาส

เสียงของการเกิดโรคทุพโภชนาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการรับรู้โดยการเสียงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สิ่งอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผลลัพธ์ที่ตามมากล่าวคือบุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น

แต่หากว่าพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนนั้นยังยากซับซ้อนเกินไป ขาดทักษะที่จะปฏิบัติ ขาดความสามารถที่จะทำได้ก็จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ บุคคลจะต้องรับรู้ ความสามารถของตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัตินั้นได้สำเร็จและเพื่อให้เกิดความคงอยู่ของพฤติกรรมต้องมีลิงกระตุนเดือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆรวมถึงสิ่งซักน้ำได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการกระตุนเดือนจากเจ้าน้าที่สาธารณะหรือจากเพื่อนบ้าน ถ้าการรับรู้ด้านใดมีไม่เพียงพอ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยชนเผ่ามังที่มีเด็กปฐมวัยน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ สามารถเลี้ยงเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสมเด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการสมวัย

การให้ความรู้ทางสุขภาพ

วิธีหรือกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง วิธีการปฏิบัติการให้ความรู้ทางสุขภาพที่เป็นขั้นตอนโดยผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพได้วางแผนไว้อย่างมีระบบและเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้รับความรู้ โดยวิธีการกระตุนให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการผู้รับความรู้สามารถเลือกด้วยตัวเองที่จะปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีได้ด้วยตนเอง (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 1)

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพตามลักษณะการปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถพิจารณาตามลักษณะการปฏิบัติกับผู้รับความรู้ หรือกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 2) คือ

1. วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคลเป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ถึงผู้รับความรู้โดยตรงและเร็วที่สุด สามารถให้ความรู้ได้ทุกเวลา ทุกสถานที่และทุกโอกาส ทำให้ผู้รับความรู้เกิดความพึงพอใจ ประทับใจ เกิดการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมให้ความรู้ทางสุขภาพได้มาก

2. วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพและมีความต้องการการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคล้ายคลึงกัน ผู้ให้ความรู้ต้องวางแผนเลือกวิธีการให้ความรู้ที่กระตุนความสนใจ และให้ผู้รับความรู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง

3. วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะในชุมชนที่ประชาชนมีปัญหาทางสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน การเลือกกิจกรรมจะต้องคำนึงถึงการนำไปปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เป็นจริงในชุมชนหรือท้องถิ่น

4. วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้รับความรู้ หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถให้ความรู้ได้หลายวิธี หลายช่องทาง เช่น ทางสื่อ กระจายเสียงทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน สถานีวิทยุโทรทัศน์ หรือวิธีการให้ประชาชน เรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น ลิ้งลือพิมพ์ นิทรรศการ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดความรู้ในชุมชนเป็นต้น

การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา เพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน พฤติกรรมที่ดีนั้นมีหลายวิธีแต่ละวิธีก็มีวิธีการนำเสนอไปใช้ ข้อดี และข้อที่ควรคำนึงถึงที่แตกต่างกัน ดังนี้ในการให้สุขศึกษาไม่ควรเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ควรเลือกให้เหมาะสมกับบุคคลประสัมพันธ์ เนื้อหา สถานที่ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย วัฒนธรรมและพื้นฐานความรู้ และต้องเน้นให้ผู้รับความรู้ตัดสินใจ เลือกปฏิบัติตัวอย่างตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในวิธีให้ความรู้ทางสุขภาพแต่ละวิธีง่ายขึ้น ซึ่งแต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมสมกับพฤติกรรมการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมาย ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการ ข้อดี ข้อที่ควรคำนึงถึง และการนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ที่แตกต่างกันดังนี้ (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 3)

1. วิธีให้ความรู้แบบบรรยาย

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยาย เป็นการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ในหัวข้อ ที่ได้กำหนดไว้ ผู้บรรยายจะเป็นผู้เขียนขานในเรื่องที่สอน เตรียมเนื้อหาความรู้ เอกสาร วิธีการสอน และสื่ออุปกรณ์ประกอบการสอน วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยายจะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้ เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งวัยบุคคล รายกลุ่มและรายชุมชน ผู้บรรยายเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ เป็นการสื่อความหมายจากผู้บรรยายด้านเดียว ผู้บรรยายจะเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุด กลุ่มเป้าหมายจะมีบทบาทในการฟัง จำหรือจดบันทึกเท่านั้น

ข้อดีของวิธีการให้ความรู้แบบบรรยาย ใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ได้เนื้อหา สาระตามวัตถุประสงค์และเวลาที่กำหนด สื่อความหมายได้ดีในระดับความรู้และความเข้าใจ แต่ วิธีการให้ความรู้แบบบรรยายไม่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความคิดหรือเริ่มสร้างสรรค์ กลุ่มเป้าหมายอาจเบื่อถ้าผู้บรรยายไม่มีเทคนิคการบรรยายที่ดี กลุ่มเป้าหมายไม่มีโอกาส/มีโอกาสน้อยในการแสดงความคิดเห็น การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นวิธีที่ผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพมักใช้ในการให้ความรู้ กับผู้รับบริการทางสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากให้ได้สะดวก สามารถให้ได้ในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทุก สถานที่ และทุกเวลา หลังจากผู้ให้ความรู้บรรยายแล้วควรมีคำถามเพื่อประเมินผลความรู้ความ เข้าใจ ประเมินการเรียนรู้รายกลุ่ม เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้ซักถามแสดงความคิดเห็นตาม ความเหมาะสมและ ให้กลุ่มเป้าหมายสรุปเนื้อหาการเรียนรู้ที่ได้รับ เป็นต้น ผู้บรรยายจะต้องเป็นผู้ ที่คึกคักความรู้ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะให้ความรู้มาเป็นอย่างดี สามารถตอบข้อสงสัยต่างๆ ได้ทันที อธิบายข้อเท็จจริงและเหตุผลกลุ่มเป้าหมายเข้าใจให้ง่ายที่สุด (อภิวนิช แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 6-8)

2. วิธีการให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion Method)

วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการระดับ การแสวงหาวิธีการ แก้ปัญหาทางสุขภาพที่ส่งเสริมให้มีการปฏิสัมพันธ์ทางคำพูดระหว่างผู้ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายพัฒนาทักษะ การวิพากษ์วิจารณ์ การคิด วิเคราะห์ การฟัง การเขียน การ ค้นคว้า การแสดงความคิดเห็นออกมาย่างเสียง และได้ทำงานร่วมกันเป็นทีม การอภิปรายมีทั้ง กลุ่มเล็ก และกลุ่มใหญ่ พิจารณาตามจำนวนผู้รับความรู้ เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมาย เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้ และทัศนคติ เหมาะสมสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย รายกลุ่มวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายกลุ่มผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อดีของการให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่ม ได้รับความคิดเห็นจากผู้อภิปรายหลายคน ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจมีทัศนคติและแนวทางการปฏิบัติที่กว้างขวางยิ่งขึ้น ทำให้เกิด บรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างผู้ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ร่วมอภิปราย ลิ่งควรระวัง ผู้ อภิปรายบางคนพูดมากเกินไปหรือพูดนอกประเด็น ผู้นำการอภิปราย ขาดความสามารถในการ สรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้ร่วมอภิปราย การนำวิธีการให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่มไปใช้ในการ ให้ความรู้ทางสุขภาพผู้ให้ความรู้จะต้องกำหนดเรื่องประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการให้ผู้รับความรู้ได้ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ควรใช้ในกลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และมีความสนใจเรียนรู้ ในเรื่องเดียวกัน (อภิวนิช แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 9-10)

3. วิธีการให้ความรู้ แบบสาธิต (Demonstration Method)

วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิต คือวิธีการที่ผู้ให้ความรู้ใช้ในการช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายสังเกต หรือปฏิบัติตาม เป็นการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยผู้ให้ความรู้ได้มีการเตรียมการแสดงอย่างมีขั้นตอนมีหลักการตามขั้นตอนการที่ถูกต้อง วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิตจะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ หมายความว่าสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล หรือรายกลุ่ม วิธีให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิตเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

ข้อดีของวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิต ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจ กระตุ้นความสนใจสร้างแรงจูงใจ การมองเห็นของจริงจากการสาธิตทำให้เกิดความต้องการที่จะทดลองปฏิบัติตาม เกิดทักษะทางวิทยาศาสตร์ ในด้านการสังเกต เกิดความคิดรวบยอด ได้พิสูจน์หลักการหรือทฤษฎีต่างๆ ตอบสนองความอยากรู้ของเด็กด้วยตัวเอง สิ่งที่ควรคำนึงถึง ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนนัก เพราะอาจมองเห็นการสาธิตไม่ชัดเจน ผู้ให้ความรู้ถ้าขาดความชำนาญขาดทักษะในวิธีการสาธิตจะทำให้ผู้รับความรู้สับสนและไม่เข้าใจ ผู้ให้ความรู้ต้องระมัดระวังการใช้เครื่องมือบางอย่าง ในขณะสาธิตเพื่อจะไม่สบตา ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนยิ่งขึ้น (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 13-15)

4. วิธีการให้ความรู้แบบเล่าเรื่อง (Story Telling Method)

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง อาจเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้น จากชีวิตจริง ประสบการณ์จริง ตามหนังสือพิมพ์สื่อด่างๆ หรืออาจเป็นเรื่องที่ผู้ให้ความรู้หรือผู้เล่าแต่งขึ้นมา ให้ล้มเหลว กับจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ในเรื่องที่กำหนด พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทัศนคติ หมายความว่าสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มผู้รับความรู้ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

ข้อดีของวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง ผู้รับความรู้ได้รับพัฒนาการ จากผู้เล่าและรักภาระได้โดยตรง เร้าความสนใจของผู้รับความรู้ สนับสนุนด้านเต้น ชวนติดตาม ผู้รับความรู้ได้ใช้สติปัญญาในการสรุปสาระสำคัญของเรื่อง ข้อควรคำนึงถึง ถ้าผู้เล่าเรื่องขาดทักษะใน

การเล่าเรื่อง จะทำให้ผู้รับความรู้เกิดการเบื่อหน่าย ผู้เล่าเรื่องต้องเตรียมเรื่องเล่ามาล่วงหน้า ระมัดระวังไม่เล่าเรื่องที่เกินความจริง วิธีการให้ความรู้แบบเล่าเรื่อง ไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ล่วงหน้าว่าต้องการให้ผู้รับความรู้ได้รับประโยชน์อะไร แล้วเลือกเรื่องที่จะเล่าต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเรื่อง (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 17-18)

5. วิธีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีเป้าหมายในการเผยแพร่กระจายเสียงข่าวสารเชิงภาษาในหมู่บ้านในรูปของการจดตั้งเป็นหอกระจายเสียงหรืออาจจะส่งเสียงไปตามสาย โดยติดตั้งลำโพงไว้เป็นระยะๆ ให้ได้ยินอย่างทั่วถึงทั่วหมู่บ้าน เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความรู้และทัศนคติ เนماะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มผู้รับความรู้รายกลุ่ม รายชุมชน เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2553, หน้า 44-46)

ผู้วิจัยเลือกใช้การให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยายเพราะได้เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์และเวลาที่กำหนดสามารถให้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ผู้รับความรู้สามารถสอบถามได้และแสดงความคิดเห็นได้ การให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการกระตุ้น การแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาทางสุขภาพที่ส่งเสริมให้มีการปฏิสัมพันธ์ทางคำพูด เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ การให้ความรู้แบบสาธิต เป็นการช่วยให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ การให้ความรู้แบบเล่าเรื่อง เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทัศนคติผู้รับความรู้ได้รับฟังประสบการณ์จากผู้เล่าและรักภานได้โดยตรง เร้าความสนใจของผู้รับความรู้ สนุกตื่นเต้น ชวนติดตาม ผู้รับความรู้ได้ใช้สติปัญญาในการสรุปสราclarifyของเรื่อง และให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวและการติดป้ายประชาสัมพันธ์เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านตามแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) หมายถึง การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วย หญิงมีครรภ์ หรือหญิงหลังคลอดเท่านั้น การเยี่ยมบ้านเป็นกลยุทธ์ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือทีมสุขภาพนำเข้าศึกษาพื้นที่ของครอบครัว ชุมชน มาช่วยในการดูแลและพึ่งตนเองได้ เป็นการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์นั้นเพื่อสร้าง

สัมพันธภาพ คืนหายปัญหา แก้ปัญหาได้อย่างเป็นองค์รวม การเยี่ยมน้ำนจะเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ซึ่งถูกกำหนดจากปัญหาของบุคคลและครอบครัวเป็นสำคัญ การเยี่ยมน้ำนจะเป็นการ ช่วยติดตามผลของการดำเนินงาน รวมรวมข้อมูล ที่ช่วยให้ได้ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่และ สภาพแวดล้อมทางบ้านของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยโดยการพบปะสนทนากับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นการ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น เจตคติซึ่งกันและกัน ตลอดจนเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดี ระหว่างชาวบ้านกับพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการอย่าง ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม โภชนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สำนักพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group)

Self Help Group กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเอง ช่วยตนเอง สมาชิกกลุ่มช่วยตนเองต่างมีปัญหาอย่างเดียวกัน กลุ่มมีจุดมุ่งหมายช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาวิกฤตให้เกิดความสามัคคี มี ศักยภาพช่วยตนเอง สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่ม ความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม ฝึกทักษะ การมีปฏิกริยาที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกมี ความรู้เพิ่มเติมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวคิด วิธีการคิดในการแก้ปัญหา การขาดปัญหา ทางทางออกที่ดี สมาชิกที่เข้ามาร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้วยการสมัครใจ เดิมใจ ลักษณะผู้นำกลุ่ม เป็นผู้เชี่ยวชาญปัญหาเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้ดี (นตอนล โพธิสาха, 2552)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและ โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนพื้นราบ เหร็ ชาติไทยที่เด็กอยู่ในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วีรวรรณ พุทธวงศ์ (2547) ศึกษาการรับรู้ทางโภชนาการและการจัดเตรียมอาหารของ ผู้ปกครองให้กับเด็กระดับอนุบาล ประชารที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองที่จัดเตรียมอาหาร ให้กับเด็กระดับอนุบาล จำนวน 44 คน พบร่วมผู้ปกครองจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ เทียบเท่ามีการรับรู้ทางโภชนาการและการจัดเตรียมอาหารของผู้ปกครองอยู่ในระดับดี เด็กส่วน ใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ เมื่อเปรียบเทียบความรู้ทางโภชนาการและการจัดเตรียมอาหาร พบร่วม ผู้ปกครองของเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีการรับรู้ดีกว่าผู้ปกครองกลุ่มเด็กน้ำหนักเกินเกณฑ์

จินดาวรรณ ตันวงศ์ (2549) ศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กกับความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการของเด็กกับความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครองเด็ก ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 42 คน และเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 42 คน รวมเป็น 84 คน พบร่วมกันว่า ภาวะโภชนาการของเด็กส่วนใหญ่ทั้งชายและหญิงมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ และเกินเกณฑ์ 2 คน ส่วนความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครองโดยรวมมีความรู้ระดับดีมาก ด้านความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการของเด็กกับความรู้ทางโภชนาการโดยรวมของผู้ปกครอง พบร่วมกันว่า มีความสัมพันธ์น้อย

หทัยวรรณ ตันหนnim (2551) ศึกษาปัจจัยทางครอบครัวและภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 164 คน โดยการบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก ส่วนปัจจัยทางครอบครัวเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ปกครอง พบร่วมกันว่า เด็กร้อยละ 69.5 ร้อยละ 25.6 และ 4.8 มีภาวะโภชนาการปกติ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐานตามลำดับ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางครอบครัวและภาวะโภชนาการเด็ก พบร่วมกันว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามารดาเป็นผู้ได้รับอาหารให้กับสมาชิกในบ้าน และสมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารเสริมเมื่อรู้สึกว่าร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

สิรินาถ มั่นศิลป์ (2548) ศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กระดับอนุบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครองและ ภาวะโภชนาการของเด็กระดับอนุบาล ประชากรในการศึกษารังนี้คือ ผู้ปกครองจำนวน 35 คน เด็กชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 จำนวน 35 คน รวม 70 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้ปกครองและแบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงจากบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน พบร่วมกันว่า ผู้ปกครองมีความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก เด็กส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครองและภาวะโภชนาการของเด็กพบว่ามีความสัมพันธ์กันดี

คิตยา อิวานิวิช (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคของมารดาที่มีอายุ 3-6 ปีในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันเอกสาร กรุงเทพฯ โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาจำแนกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยสนับสนุนที่คาดว่ามีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กอายุ 3-6 ปีที่อยู่ในความดูแลของสถานเลี้ยงเด็กกลางวันเอกสาร กรุงเทพฯ จำนวน 338 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับมารดาและแบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้บริหารสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน พบร่วมกันว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (56.2%) มี

พฤติกรรมการดูแลด้านการบริโภคไม่เหมาะสม ความใกล้ชิดของมารดาและบุตร และการสนับสนุนของสามี ซึ่งจัดอยู่ในปัจจัยอื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภค เมื่อวิเคราะห์ผลโดยพหุคุณแบบขั้นตอนพบว่า ความใกล้ชิดของมารดาและบุตรและการสนับสนุนของสามีสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคของมารดาได้ร้อยละ 38.9

จูลศักดิ์ หน่อแก้ว (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังกลุ่มแก่น้ำใน การควบคุมภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ของจังหวัดอำนาจเจริญ ประชากรเป้าหมายคือ แก่น้ำชุมชน และมารดาหรือผู้เลี้ยงดูแลเด็กโดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยแก่น้ำชุมชน 37 คน และมารดาหรือผู้เลี้ยงดูแลเด็ก 43 คน กลุ่มเบรริบเทียบ แก่น้ำชุมชน 34 คน และมารดาหรือผู้เลี้ยงดูแลเด็ก 37 คน ดำเนินการอบรมการสร้างพลังให้กับกลุ่มแก่น้ำเพื่อให้ดำเนินการควบคุม ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 1-5 ปี ของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแก่น้ำ ชุมชน และมารดาหรือผู้เลี้ยงดูแลเด็กก่อนและหลังดำเนินงาน พบร่วมกันพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มแก่น้ำชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้กับปัญหา ทุพ โภชนาการ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการดำเนินงานเพื่อร่วงแก้ไขปัญหา การขาดสารอาหารในเด็กอายุ 1-5 ปี ดีขึ้นกว่าการทดลองและกลุ่มเบรริบเทียบ ส่วนกลุ่มมารดา หรือผู้ดูแลเด็กของกลุ่มทดลองพบว่า พฤติกรรมการให้อาหารหลักไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมการให้อาหารว่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเบรริบเทียบ พฤติกรรมการนำเด็กอายุ 1-5 ปี ไปริ่งน้ำหนักและแปลผลการเจริญเติบโตโดยภาพการเจริญเติบโตพบว่า ดีกว่าการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเบรริบเทียบบนอกจากนี้พบว่า ระดับภาวะโภชนาการเมื่อเทียบจากเปอร์เซ็นต์ของ มาตรฐานการเจริญเติบโตโดยน้ำหนักตามอายุ 1-5 ปี ดีขึ้นกว่าการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเบรริบเทียบ

ธัญลักษณ์ สุวรรณโน และอุทัย ธรรมรงค์ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุ้ย ประจำชั้น และการเรียนด้วยประสบการณ์ตรง เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างนักเรียนเป็นเด็กอนุบาลปีที่ 1 สูงตัวอย่างแบบง่ายได้ผู้ปกครองและนักเรียน ห้อง 1 จำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ปกครองเด็ก และนักเรียนห้อง 2 จำนวน 41 คน เป็น กลุ่มเบรริบเทียบ ใช้เวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ รวมรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง และการตรวจร่างกายของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องดีกว่าก่อนทดลองและ ดีกว่ากลุ่มเบรริบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลเสียของการ

บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติภารกิจลุ่มเปรี้ยบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและนักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรี้ยบเทียบที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังผลให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการโดยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรี้ยบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัชรี อามาตย์มนตรี (2548) ศึกษาผลของการโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยใช้กระบวนการกรอกซ้ายเหลือตนเองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรี้ยบเทียบความรู้ในเรื่องโภชนาการ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กต่อการส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีเด็กอายุ 1-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ตำบลลูกสุมาลย์ อำเภอภูสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาจำนวน 17 คน กลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 16 คน โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ให้กับทั้งสองกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการทดลอง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโภชนาการหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กมีทัศนคติต่อการส่งเสริมโภชนาการไม่ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มมารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เด็กมีภาวะโภชนาการดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

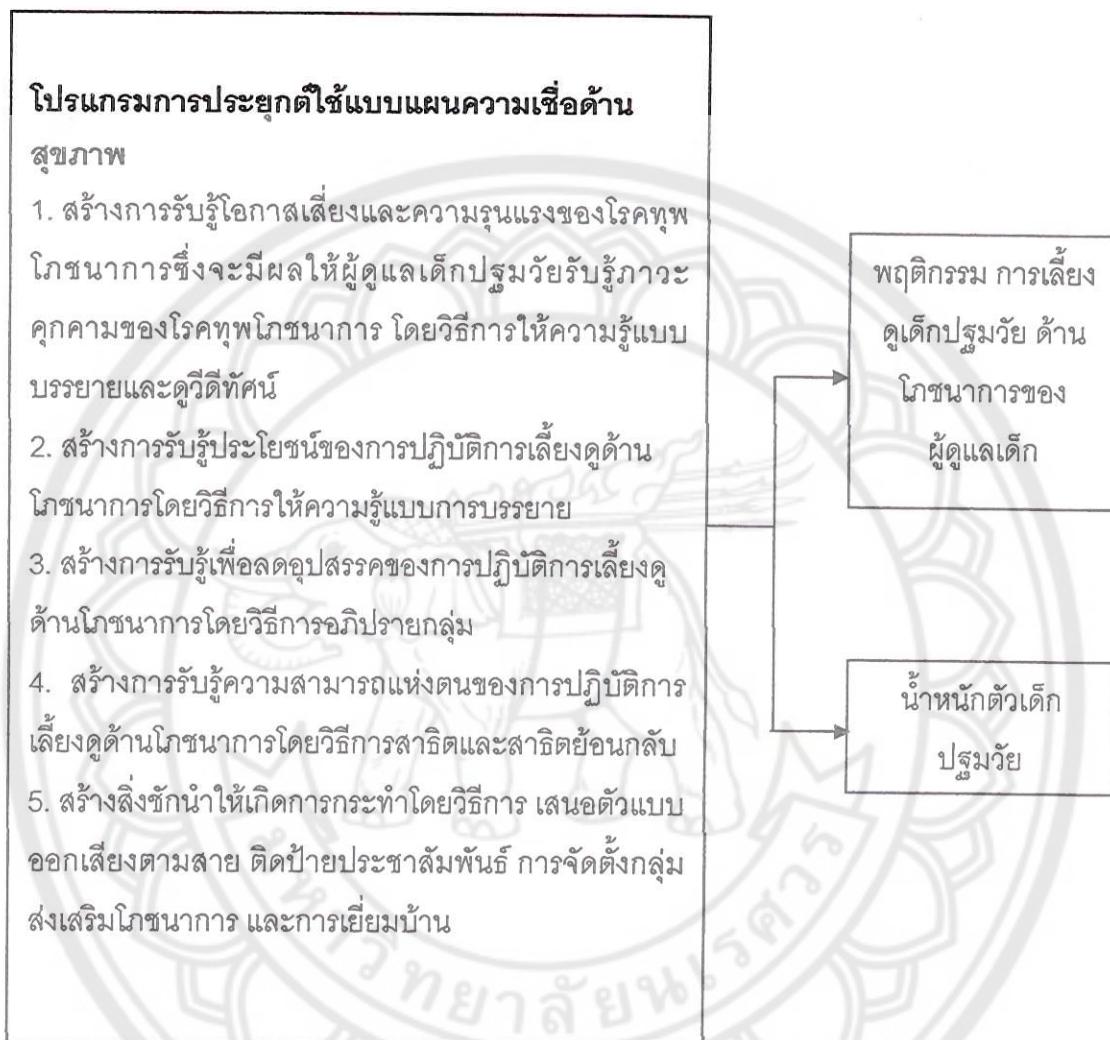
นฤมล โพธิสาชา (2552) ศึกษาผลของการเข้ากลุ่มซ้ายเหลือตนเองของผู้ดูแลเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กน้ำหนักค่อนข้างน้อยและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ สำหรับเด็ก จังหวัดนครพนม สูมตัวอย่างอย่างง่ายและจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แต่ละกลุ่มมีผู้ดูแลหลัก 15 ราย มีเด็กน้ำหนักค่อนข้างน้อยและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์จำนวน 15 ราย กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มซ้ายเหลือตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนและหลังการทดลอง สดส่วนเด็กน้ำหนักค่อนข้างน้อยและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สุกัญญา บุญนำ (2554) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกรอกลุ่มต่อพฤติกรรมของครอบครัวการป้องกันและแก้ไข ภาวะทุพโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และค่อนข้างน้อยกว่าเกณฑ์ ตำบลหนองกุง อำเภอโนนสูง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกระบวนการกรอกลุ่ม กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ประเมินภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนการทดลอง และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน

พบว่า ภายนอกการทดลอง ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญและครอบครัว กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญและภายนอกการทดลอง 1 เดือน ภาวะโภชนาการดีขึ้นอยู่ในระดับปกติไม่ แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ภายนอกการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการระดับ น้ำหนักปกติเพิ่มขึ้น มีสัดส่วนสูงกว่าและแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยมีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตทุกด้านของร่างกายและพัฒนาการตามวัยของเด็กดังนั้น พฤติกรรมการเลี้ยงดูด้านโภชนาการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและ พัฒนาการดังกล่าว เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถจัดหาอาหารเองได้ซึ่งพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้าน โภชนาการ หมายรวมถึงการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร การปรุงอาหาร และปริมาณอาหาร สำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและประเพณี และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริบททางสังคมของผู้ปกครอง และจากผลวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็ก ปฐมวัยในพื้นที่ปักษ์ใต้และเขตเมือง พบรการศึกษาส่วนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยชน กลุ่มน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเรื่องด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการในผู้ปกครองชนผู้มีน้ำหนักน้อย กว่าเกณฑ์มากกว่าชนผู้มีน้ำหนักในอำเภอคลองลาน โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเรื่องด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และใช้การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเรื่องด้านสุขภาพ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย