

- 9 ก.ค. 2536



ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก
กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี

THE RELATIONSHIP BETWEEN BELIEF IN CHILD FEEDING AND CHILD FEEDING
PATTERN OF MOTHER IN SARABURI MUNICIPALITY SARABURI PROVINCE

ชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย

ภานันทนาการ

จาก

มิต พินิจวิทย์ ๑.๗.๓๖.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

ISBN 974-587-617-8

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright © 27733 Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก

กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี

.....

ชวณิศ ปัญญาเลิศชัย

ผู้วิจัย

.....

ฉลองรัฐ อินทรีย์, วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

หรรณี ศรีวัชรภาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

คารณี ส้าะวัน, ค.บ., วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก
กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2536



ชานพิศ ปิณฑาเลิศชัย

ผู้วิจัย



ฉลองรัฐ อินทรีย์, วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



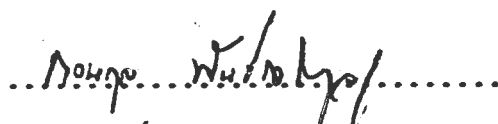
วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์, วท.บ., M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



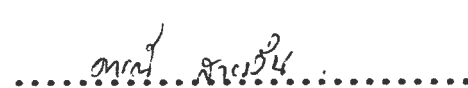
พรศรี ศรีอินทราพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ดารณี สำมะวัน, ค.บ., วท.ม.

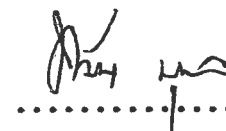
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย

วัน เดือน ปีเกิด

4 ตุลาคม พ.ศ.2500

สถานที่เกิด

จังหวัดอุดรธานี

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2523

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2536

ทุนวิจัย

China Medical Board of New York, Inc.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง

วิทยาจารย์ระดับ 6

สถานที่ทำงาน

พ.ศ.2523-2525 : หอผู้ป่วยกุมาร 2 งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2525-2528 : วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี กองงานวิทยาลัยพยาบาล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2528-ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี กองงานวิทยาลัยพยาบาล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ฉลองรัฐ อินทรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดารณี สายะวัน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสระบุรี ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ที่กรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณมารดาและเด็ก ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สำหรับความรัก ความห่วงใย และกำลังใจที่ให้แก่วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คุณครู อาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณ คุณบุญชัย ปัญญาเลิศชัย ที่ส่งเสริมสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ China Medical of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสนับสนุนทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ชวันพิศ ปัญญาเลิศชัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก กับแบบแผน
การให้อาหารบุตรของมารดาในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี
ผู้วิจัย ชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ฉลองรัฐ อินทรี, วท.บ., M.S.

พรศรี ศรีวิชัยพร, วท.ม., ค.ม.

ดารณี สาละวัน, ค.บ., วท.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2536

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี และมารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี หรือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี และชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีจำนวน 120 ราย เป็นมารดาที่มีบุตรมีภาวะโภชนาการปกติ 60 ราย และมารดาที่มีบุตรทงโภชนาการ 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน, การทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.3498$)
2. มารดาที่มีความแตกต่างกันด้าน อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีแบบแผนการให้อาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$, $<.05$ และ $<.01$) ตาม

ลำดับ ส่วนมารดาที่มีขนาดรอบคิ้ว และลักษณะรอบคิ้วแตกต่างกัน มีแบบแผนการให้อาหารบุตร
แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า มารดาจะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่
กับความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา และ
ปัจจัยด้านรอบคิ้ว ได้แก่ รายได้รอบคิ้ว



Thesis title The Relationship Between Belief In Child Feeding
 and Child Feeding Pattern of Mother in Saraburi
 Municipality Saraburi Province

Name Chuanpit Punyalerdchai

Degree Master of Science (Nursing)

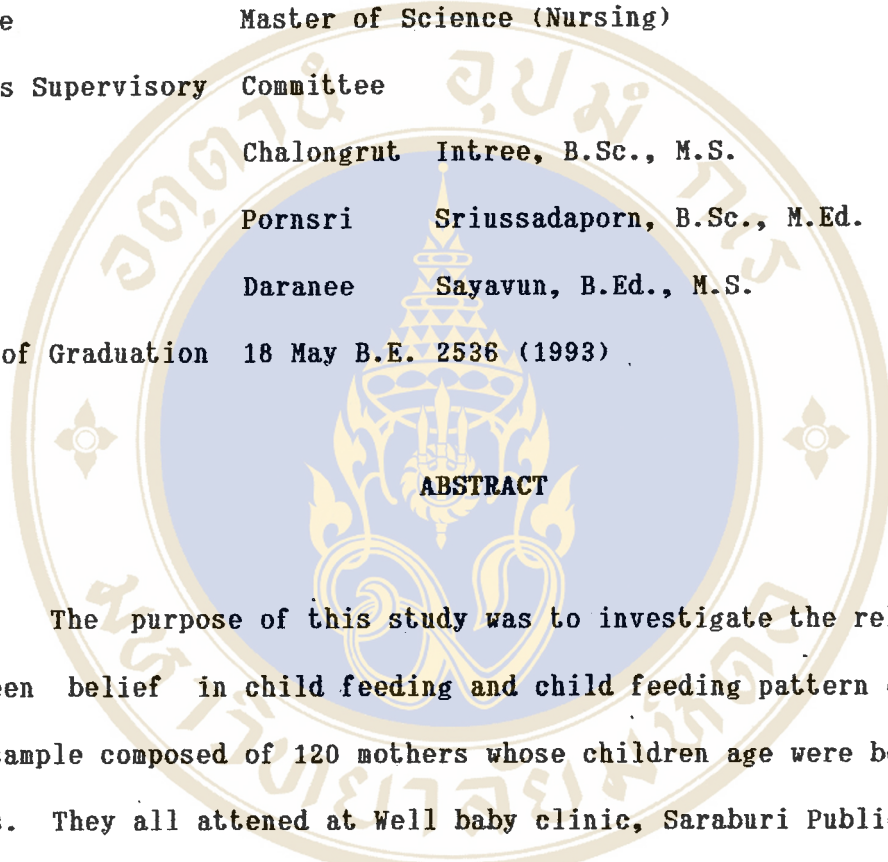
Thesis Supervisory Committee

 Chalongrut Intree, B.Sc., M.S.

 Pornsri Sriussadaporn, B.Sc., M.Ed.

 Daranee Sayavun, B.Ed., M.S.

Date of Graduation 18 May B.E. 2536 (1993)

The seal of Mahidol University is a large, circular emblem. It features a central blue circle with a golden crown and tiered umbrellas (parasols) inside. The entire seal is surrounded by a wide, light-colored border containing Thai script. The word "ABSTRACT" is printed in bold, black, capital letters across the center of the seal.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between belief in child feeding and child feeding pattern of mother. The sample composed of 120 mothers whose children age were between 1-3 years. They all attended at Well baby clinic, Saraburi Public Hospital, Health Public Center Service and community in Saraburi municipality. This sample was separated into 2 groups, one was 60 mothers whose nourish child another 60 mothers whose malnourish child. The study tools were the questionnaires of the belief in child feeding and the interview of the child feeding pattern. The data were analysed by Pearson's product moment correlation coefficient, one way analysis of variance and t-test.

The result of the study were as follows.

1. There was a positively significant correlation between belief in child feeding and child feeding pattern at the .01 level. ($r = .3498$)

2. There were significant different of child feeding pattern of the mothers who had different in occupation, educational level, and family income ($P < .05$, $< .05$ and $< .01$). There was nonsignificant different of child feeding pattern of the mothers who had different in family size and family style. ($P > .05$)

The results of this study showed that whether or not mothers who have the appropriate child feeding pattern of the mothers depends on the belief in child feeding, maternal occupational factor, educational level and family income.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 บทนำ

○ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนการให้อาหารเด็กวัยตั้งแต่แรกเกิด-3 ปี

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผน

การให้อาหารบุตรของมารดา

การประเมินภาวะโภชนาการในเด็ก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

แนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

ก

ค

จ

ช

ช

1

4

4

4

5

5

8

12

22

24

26

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 29

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 30

การเก็บรวบรวมข้อมูล 33

การวิเคราะห์ข้อมูล 35

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย 37

การอภิปรายผล 48

บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย 56

ข้อเสนอแนะ 57

บรรณานุกรม

60

ภาคผนวก

ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 69

ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 71

ค. ตารางข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก 77

ง. ตารางข้อมูลแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา 82

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านมารดา	38
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว	39
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา	40
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา	42
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างมารดาที่มีอาชีพ ลักษณะครอบครัว และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน	43
6	เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างมารดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน	44
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีอาชีพ ลักษณะครอบครัว และขนาดครอบครัวแตกต่างกัน	45
8	เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีระดับการศึกษาและ รายได้ครอบครัวแตกต่างกัน	46
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันโดยวิธีของเชฟเฟ่	47
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกันโดยวิธีของเชฟเฟ่	48

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย | 3 |
| 2 | สรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนุสพพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย | 16 |



บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก เมื่อเด็กได้อาหารพอเพียงกับที่ร่างกายต้องการในวัยต่าง ๆ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยก่อนเรียน วัยรุ่น และวัยหนุ่มสาว จะทำให้เด็กมีการเติบโตและการพัฒนาเป็นไปอย่างดีและถึงศักยภาพที่ควรจะเป็น ช่วงอายุที่สำคัญของเด็กคือวัยทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งถึง 2 ปี ช่วงนี้จะมีการเจริญเติบโตรวดเร็วมากทั้งด้านน้ำหนัก ส่วนสูง และการเพิ่มจำนวนเซลล์ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ของสมอง การพัฒนาการในด้านต่าง ๆ จะพัฒนาไปควบคู่กับการเจริญเติบโตทางกายและสมองซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกันในระยะ 2 ขวบปีแรก ด้วยเหตุนี้จึงควรให้ความสำคัญของการเจริญเติบโต การพัฒนาการ และโภชนาการในวัยทารกและเด็กเป็นพิเศษ (อารี วิลยะเสวี และไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์ 2531 : 1-3)

เด็กที่ขาดสารอาหารจะมีร่างกายแคระแกรน และสติปัญญาต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการขาดสารอาหารเกิดขึ้นกับเด็กก่อนอายุ 4 ปี จะมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองอย่างถาวรไปจนตลอดชีวิต สมรรถภาพในการเรียน ในการทำงานจะต่ำ อันเป็นผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ต่อการพัฒนาประเทศในที่สุด (คุษี สุทธิปริยาศรี 2526 : 217-219) สำหรับปัญหาการขาดสารอาหารของประเทศไทยจากการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการขาดสารโปรตีนและพลังงานในเด็ก ในช่วงระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ 4, 5 และ 6 ทำให้อุบัติการณ์ความรุนแรงของปัญหาลดลงไปบ้างแล้วก็ตาม แต่เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 แล้วเป้าหมายงานเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการคือการมีเด็กอายุ 0-5 ปี ขาดสารอาหารไม่เกินร้อยละ 10 และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้ทำการศึกษาระดับการขาดสารอาหารของเด็กวัย 0-5 นั้นพบว่าการขาดสารโปรตีนและพลังงาน ในปี.ศ.2533 มีอยู่ร้อยละ 19.98 (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข 2532) ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังปัญหาการขาดสารอาหารในเด็ก เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและการป้องกันต่อไปในอนาคต

ซึ่งจัดเป็นภาระหน้าที่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยตรง การขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับประทานอาหารทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ หรือได้รับสารอาหารต่าง ๆ ไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ปัจจัยที่ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอนั้นมีมากมายสลับซับซ้อน (Complex and multifactorial etiology) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความยากจน การขาดความรู้ ทัศนคติที่ผิดเพี้ยน ความเชื่อที่ผิด และอาศัยอยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (สังคม จงพิพัฒน์วิมลย์ 2531 : 138-139)

เด็กจะมีภาวะโภชนาการดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ และผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้อาหารบุตรคือผู้เลี้ยงดูซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นมารดา มารดาเป็นผู้กำหนดและจัดแบบแผนในการให้อาหารบุตร เช่น จะให้นมประเภทใด เริ่มให้อาหารเสริมเมื่อใด หย่านมเมื่อใด ให้อาหารอะไรได้บ้าง เป็นต้น ถ้ามารดาจัดแบบแผนการให้อาหารบุตรได้เหมาะสมก็จะทำให้บุตรได้รับสารอาหารที่ครบทั้งปริมาณและคุณภาพเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีภาวะโภชนาการที่ดี ถ้ามารดาจัดแบบแผนการให้อาหารบุตรไม่เหมาะสมก็จะทำให้บุตรได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีภาวะทุพโภชนาการในที่สุด

และปัจจัยหนึ่งที่กำหนดแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เพราะความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวของบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว อาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม (Rokeach 1978 : 112) และความเชื่อนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัย ดังเช่นความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่ว่ามารดาจะไม่ให้บุตรของตนดุนนมตอนแรกเกิด เพราะเชื่อว่าน้ำนมเหลืองของตนเป็นนมเสียจึงบีบทิ้ง หรือความเชื่อที่ว่าเด็กไม่ควรกินกับข้าวมากจะทำให้เป็นตาลขโมย การให้อาหารเสริมแก่เด็กก่อนอายุที่ควรจะให้ เพราะเชื่อว่าเด็กจะโตเร็วและไม่หิวบ่อซ เป็นต้น ความเชื่อเช่นนี้ทำให้มารดาจัดแบบแผนในการให้อาหารไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะได้รับอาหารอย่างมีคุณค่าและเป็นสาเหตุที่สำคัญในการขาดสารอาหารได้ เพราะการงดอาหารบางอย่างแก่เด็กมีผลต่อสุขภาพเด็ก การเจริญเติบโตไม่เป็นปกติหรือเจ็บป่วยได้ง่าย (ฉัตรแก้ว ประวาทะนาริน 2528 : 755) ความเชื่อเช่นนี้ทำให้กำหนด และจัดแบบแผนในการให้อาหารบุตรไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้เด็กวัย 1-3 ปีเป็นวัยที่เริ่มห่านมและให้อาหารเสริมทดแทนทั้งหมดถ้าแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาไม่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารได้มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตระหนักเห็นความสำคัญในการหาแนวทางแก้ไขและป้องกันทฤษฎีโภชนาการ รวมทั้งการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัย 1-3 ปีให้ดีขึ้น จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมและให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เพื่อให้มารดามีแบบแผนการให้อาหารบุตรอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวัยต่อไป โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปตามแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีความแตกต่างกันในปัจจุบันต่อไป

2.1 ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

2. แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาจะแตกต่างกันในปัจจุบันต่อไป

2.1 ระดับการศึกษา และอาชีพของมารดาแตกต่างกัน

2.2 รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำกับมารดาในการให้อาหารบุตรวัย 1-3 ปี ได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของเด็ก
2. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะขาดสารโปรตีนและพลังงาน
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กและแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นความจริงทุกประการ

นิยามคำแปร

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ของมารดาเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการปกติ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก แรงจูงใจเกี่ยวกับการจัดแบบแผนการให้อาหารบุตรและปัจจัยร่วมต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ซึ่งวัดได้โดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยความเชื่อในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้บุตรเกิดโรคขาดสารอาหารได้
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับอันตรายของโรคขาดสารอาหารซึ่งเกิดจากการให้อาหารบุตรไม่เหมาะสม

3. การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก

3.1 การรับรู้ถึงประโยชน์เกี่ยวกับการให้อาหารบุตร หมายถึง การรับรู้ของมารดาในการจัดแบบแผนการให้อาหารบุตรอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขาดสารอาหารกับบุตรหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร

3.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลขัดขวางการจัดเตรียมและการให้อาหารบุตรอย่างเหมาะสม

4. แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร หมายถึง สิ่งที่ผลักดันหรือเป็นแรงเสริมให้มารดามีการจัดเตรียมและการให้อาหารบุตรอย่างเหมาะสม ทำให้บุตรมีภาวะโภชนาการที่ดี

5. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้อาหารบุตร หมายถึง การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการจัดเตรียมและการให้อาหารบุตร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุคลากรด้านสาธารณสุข ความพอใจหรือความเชื่อถือนับบุคลากรด้านสาธารณสุข ความร่วมมือของบุคคลในครอบครัว แหล่งความรู้และข่าวคราว

แบบแผนการให้อาหารบุตร หมายถึง วิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรของมารดา ประกอบด้วยชนิดของอาหารและวิธีให้อาหาร ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ซึ่งวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะของร่างกายซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการรับประทานอาหารและการใช้ประโยชน์จากสารอาหารที่รับประทานเข้าไป

เพื่อแบ่งกลุ่มเด็กสำหรับการศึกษาในครั้งนี้จึงประเมินโดยการชั่งน้ำหนักของเด็ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักแบบบีม บาลานซ์ (Beam Balance) ซึ่งมีหน่วยเป็นกิโลกรัม และวัดส่วนสูงหรือความยาวเด็กด้วยเครื่องวัดความยาว (Lenght board) ซึ่งมีหน่วยเป็นเซนติเมตร แล้วแบ่งระดับภาวะโภชนาการเด็กโดยใช้น้ำหนัก/ส่วนสูงเทียบกับเกณฑ์ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้สำหรับเด็กไทยที่มีอายุ 0-5 ปี โดยแบ่งระดับภาวะโภชนาการออกเป็น ระดับ

โภชนาการปกติ ขาดสารอาหารระดับ 1 , ขาดสารอาหารระดับ 2 และขาดสารอาหารระดับ 3

ปัจจัยด้านมารดา หมายถึงข้อมูลเกี่ยวกับมารดาเด็ก ซึ่งได้แก่

ก. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา แบ่งเป็น

ระดับประถมศึกษา หมายถึง กลุ่มมารดาที่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7

หรือต่ำกว่า

ระดับมัธยมศึกษา หมายถึง กลุ่มมารดาที่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

ระดับอุดมศึกษา หมายถึง กลุ่มมารดาที่สำเร็จการศึกษาชั้นอุดมศึกษาขึ้นไป

ข. อาชีพ หมายถึง อาชีพของมารดาในปัจจุบัน แบ่งเป็น

ทำงานในบ้าน หมายถึง มารดาที่เป็นแม่บ้าน หรือประกอบอาชีพในบ้าน เช่น ค้าขายในบ้าน ตัดเย็บเสื้อผ้าหรือเสริมสวย เป็นต้น

ทำงานนอกบ้าน หมายถึง มารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ค้าขายนอกบ้าน รับจ้าง ลูกจ้าง รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ฯลฯ

ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง ข้อมูลด้านครอบครัวของมารดาและเด็ก ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ต่ำกว่า 2,000 บาท 2,001-4000 บาท 4,001-6,000 บาท และตั้งแต่ 6,001 บาทขึ้นไป

ขนาดครอบครัว หมายถึงจำนวนคนทั้งหมดในครอบครัว แบ่งเป็น น้อยกว่า 5 คน และ 6 คนขึ้นไป

ลักษณะครอบครัว หมายถึง ครอบครัวใน 2 ลักษณะดังนี้

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึงครอบครัวที่มีเฉพาะบิดา มารดา และบุตร

ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีทั้งบิดา มารดา บุตร และเครือญาติหรือสมาชิกอื่น ๆ อาศัยอยู่ด้วย เช่น มีปู่ย่าตายาย หรือลุงป้าน้าอา อาศัยอยู่ด้วย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอดีสรุปได้ ดังจะกล่าวเป็นหมวดใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

แบบแผนการให้อาหารเด็กวัยตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

การประเมินภาวะโภชนาการในเด็ก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

แนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

แบบแผนการให้อาหารเด็กวัยตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี

จุดมุ่งหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของ การให้อาหารทารกและเด็กก็คือ การให้เด็กได้รับสารอาหารครบถ้วนและพอเพียงสำหรับการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เพราะการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะการขาดโปรตีนและพลังงานยังเป็นปัญหาสำคัญในทารกและเด็ก การให้อาหารที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดโรคขาดสารอาหารได้ ซึ่งอาหารสำหรับทารกและเด็กได้แก่ นมแม่ นมผสม (ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้) อาหารเสริมและอาหาร 5 หมู่ (ธัญพืช สัตว์น้ำ นม และไข่) และโภชนาการ (ตันติศิรินทร์ 2531 : 37-38) ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

1. นมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีประโยชน์อย่างมากทั้งต่อทารกและตัวแม่ เพราะนมแม่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ ประหยัด และช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก โดยเฉพาะในระยะ 1-5 วันแรก นมแม่จะมีสีเหลืองเร็วกว่าน้ำนมเหลืองซึ่งมีปริมาณโปรตีน เกลือแร่สูง มีภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อสูง และช่วยเพิ่มแบคทีเรีย แลคโตบาซิลลัส ซึ่งมีประโยชน์ในลำไส้ของลูก (มัตสึคะ มิชิโอะ 2529 : 16) จึงถือว่าน้ำนมเหลืองมีประโยชน์มากสำหรับทารก แต่มารดาบางคนยังมีความเชื่อที่ผิดว่าน้ำนมเหลืองมีลักษณะจางไม่

เหมาะสมสำหรับให้ทารก เมื่อกินเข้าไปแล้วอาจทำให้เกิดอุจจาระร่วง จึงไม่ให้ทารกกูดน้ำนม เหลือและบีบทิ้งไป เรื่องนี้ควรจะได้ช่วยกันแก้ไขความเชื่อที่ผิดนี้ให้หมดไป

แม่ที่ทำงานนอกบ้านควรให้นมแก่ลูกในระยะหลังคลอด เมื่อกลับไปทำงานก็ให้ต่อได้ ในเวลากลางคืนและวันหยุดงาน สำหรับแม่ที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านควรให้นมแก่ลูกไปนานถึง 12-18 เดือน ซึ่งนมแม่จะมีประโยชน์ต่อการส่งเสริมการเติบโตและพัฒนาการที่ดีสืบไป การให้นมแม่เกิน 1-2 ปี และได้รับอาหารม้อหลัก 3 มื้อไม่พอเพียง จะทำให้การเติบโตของเด็กชะงักลง ได้ด้วยเหตุนี้ทารกและเด็กควรได้อาหารที่เหมาะสมตามวัยด้วย (อนุพร สุกส์นสรุติ และไกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์ 2531 : 41)

2. นมผสม

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องให้นมผสมแก่ทารกและเด็ก เช่น แม่ต้องทำงานนอกบ้าน หรือด้วยเหตุผลอื่นก็ตามที่ไม่สามารถให้นมมารดาได้ ซึ่งนมผสมมีหลายชนิดดังต่อไปนี้ (อนุพร สุกส์นสรุติ และไกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์ 2531 : 41-43)

ก. นมดัดแปลงสำหรับทารก (Modified Milk หรือ Infant formula) นมประเภทนี้จะมีสารอาหารเพียงพอและครบถ้วนสำหรับการเจริญเติบโตของทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี มีสารอาหารต่าง ๆ ใกล้เคียงกับนมแม่มากที่สุด

ข. นมสูตรอาหารต่อเนื่องหรืออาหารเสริมครบถ้วน (Follow-up formula หรือ Complete supplementary food) นมประเภทนี้จะมีการดัดแปลงปริมาณสารอาหารต่าง ๆ เช่น มีโปรตีนที่สูงกว่านมแม่ ลดปริมาณแลคโตสลง อาจมีการเติมซูโครสเล็กน้อย มีการเติมวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญตามสัดส่วนที่ร่างกายต้องการ สามารถใช้เลี้ยงทารกตั้งแต่อายุ 5 เดือนขึ้นไป

ค. นมครบส่วน (Whole milk) นมประเภทนี้หมายถึงนมวัวที่ไม่ได้ดัดแปลงปริมาณโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน แต่อาจมีการเติมวิตามินหรือเกลือแร่บางตัว เพื่อเหมาะสมกับที่ร่างกายต้องการ สามารถใช้เลี้ยงทารกตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป

ง. นมสด (Fresh milk) หมายถึงนมวัว (นมสด) ที่ได้ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อด้วยความร้อนมาแล้ว โดยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นวิธี Pasteurization, Sterilization หรือ UHl-high-temperature (U.H.T.) นมสดนี้สามารถให้เด็กดื่มได้ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป

จ. นมถั่วเหลือง เป็นนมที่เตรียมจากถั่วเหลืองซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปใช้ถั่วเหลือง :

น้ำตาลทราย : น้ำในสัดส่วน 1:1:10 เหมาะสำหรับเป็นอาหารเสริมแก่เด็กอายุเกิน 1 ปีขึ้นไป

3. อาหารเสริม

อาหารเสริม หมายถึงอาหารอื่น ๆ นอกเหนือจากนมแม่หรือน้ำนมที่ใช้เลี้ยงทารก ทารกควรเริ่มได้รับอาหารเสริมเมื่ออายุครบ 3 เดือนเต็ม เพราะมีความพร้อมในการกลืนอาหารต่าง ๆ ได้ การให้อาหารเสริมเร็วเกินไปก่อนอายุ 3 เดือนจะทำให้ทารกมีอาการท้องอืด เพราะความสามารถในการย่อยอาหารแป้งยังมีจำกัดทำให้ดูดนมได้น้อยลง ถ้าทารกที่รับประทานนมแม่ การที่ทารกดูดนมแม่ได้น้อย จะทำให้การสร้างน้ำนมแม่ก็ลดลงด้วย สำหรับผลเสียของการให้อาหารเสริมเข้าไป เช่น ให้หลังอายุ 6-7 เดือน จะทำให้ทารกขาดสารอาหารได้ และจะปฏิเสธอาหารเสริมเพราะเคยชินแต่การดูดนม (อุมพร สุกสันสรุณ และไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ 2531 : 43)

สำหรับการให้อาหารเสริม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ยึดหลักตามแบบแผนการให้อาหารเสริมของกระทรวงสาธารณสุข (กองโภชนาการ กรมอนามัย 2531)

แบบแผนการให้อาหารเสริม

อายุ (เดือน)	อาหารเสริม
3	ข้าวบด 1-2 ช้อนคว และน้ำแกงจืด สลับกับกล้วยน้ำว้าสุกงอม
4	กล้วยน้ำว้าสุกงอมบด 1 ผล ข้าวบด 1-2 ช้อนควกับไข่แดงต้มสุกครึ่งฟอง และน้ำแกงจืด
5	กล้วยน้ำว้าหรือผลไม้สุกบด 3 ช้อนคว ข้าวบด 2-4 ช้อนควกับไข่แดงต้มสุก 1 ฟอง สลับกับเนื้อปลาสุกบด และน้ำแกงจืด
6	ผลไม้สุกบด 3 ช้อนคว ข้าวบด 2-4 ช้อนควกับไข่แดงต้มสุก 1 ฟอง สลับกับเนื้อปลาสุกบด ไข่ฝักและน้ำแกงจืด
7	ผลไม้สุก ข้าวบด กับไข่ต้มสุก หรือปลาสุกบด หรือเนื้อหมูสุกบดหรือตับบด ไข่ฝักสุกบดและน้ำแกงจืด
8-10	กินข้าว 2 มื้อ
10-12	กินข้าว 3 มื้อ

4. อาหาร 5 หมู่

เมื่อเด็กอายุเกิน 1 ปี ควรได้รับอาหารหลัก 3 หมู่ และครบ 5 หมู่ซึ่งประกอบไปด้วยข้าวหรือแป้ง, เนื้อสัตว์, ไข่, ตับ, ถั่วต่าง ๆ , ไขมัน, ผักและผลไม้ เด็กที่ห่านนมแม่แล้วควรดื่มนมครบส่วนหรือนมถั่วเหลืองด้วย ซึ่งตามหลักการให้อาหารเด็กวัย 1-4 ปีของกระทรวงสาธารณสุข (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2531) มีดังต่อไปนี้

1. นานนม 2-3 แก้ว/วัน นานมที่ให้อาจจะเป็นนมวัวหรือนมถั่วเหลืองก็ได้
2. ไข่ 1 ฟอง/วัน หรือ 4 ฟอง/สัปดาห์ การประกอบอาหารไข่ให้เด็กอาจให้ไข่ลวกที่ไข่ขาวสุก ไข่ต้ม ไข่ตุ๋น ไข่เจียวหรือทอดก็ได้ ไม่ควรให้ไข่ดิบ เพราะย่อยยาก ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้เต็มที่

3. เนื้อสัตว์หรือเมล็ดถั่วแห้งต่างๆ 3-4 ช้อนโต๊ะ/วัน ควรให้เด็กกินเนื้อสัตว์ต่างๆ ทุกวัน เช่น เนื้อปลา เนื้อหมูหรือตับสัตว์ บางมื้ออาจให้กินถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วงา ถั่วแดง โดยหุงต้มปนไปกับเนื้อสัตว์ อาจต้มถั่ว หรือทำเป็นของหวาน เช่น ถั่วงวน ถั่วดำต้มน้ำตาลก็ได้

4. พืชผักชนิดต่าง ๆ 4-8 ช้อนโต๊ะ/วัน ควรหัดให้เด็กกินผักหลายชนิด ในวันหนึ่ง ๆ ควรให้เด็กได้กินผักอย่างน้อย 1-2 ชนิด

5. ผลไม้ต่าง ๆ ผลเล็ก 1 ผล/วัน ผลใหญ่ 1 ชิ้น/วัน ควรให้เด็กได้กินทุกวันจะเป็นหลังอาหารหรือเป็นของว่างระหว่างมื้ออาหารก็ได้ถ้าเด็กหิว

6. ข้าวหรือแป้ง 1-3 ถ้วย/วัน อาจจะกินข้าวเดียว บะหมี่หรือขนมปังแทนข้าวได้เป็นบางมื้อ

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

ความเชื่อถือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 141) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งอาจจะรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่สามารถจะรู้ว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ ความเชื่อจะเป็นส่วนกำหนดแนวโน้มของบุคคลหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดบุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย (Rokeach 1970 : 112)

อารี วิลยะเสรี กล่าวว่ามียุทธศาสตร์การค้นคว้าที่รายงานเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคขาดสารอาหาร และการป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ของเด็กในแถบเอเชีย รวมทั้งเด็กไทยของเรา ด้วยว่านอกเหนือจากความยากจนแล้วความเชื่อต่าง ๆ ของบุคคลเป็นเหตุสำคัญยิ่งต่อสุขภาพแม่และเด็ก กล่าวคือการทำมารดาที่มีความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการให้อาหารบุตร อันสืบเนื่องมาจากความเชื่อในอดีตนั้นมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของบุตรเป็นอย่างยิ่ง (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 816)

ดังนั้นสำหรับความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กนี้จึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมา ได้มีผู้เริ่มศึกษาและสร้างแบบแผนมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้มากมายแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากการละเลยต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในด้านการป้องกันโรค จึงได้มีการศึกษาถึงสาเหตุและแนวทางให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันโรค และดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น (Rosenstock, IM. 1974 : 1) พบว่าแนวคิดหรือรูปแบบที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาทดลองใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยการนำมาเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อสุขภาพ (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ดังเช่นการศึกษาของเอลลิงและคณะ (Elling et al., 1960) และไฮเซลแมน (Heinzelmann, 1962) ได้ใช้แบบแผนนี้ศึกษาพฤติกรรมการยอมรับการป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเลีย และ เบคเกอร์และคณะ ใช้แบบแผนนี้ในการศึกษาเพื่อทำนายการยอมรับการปฏิบัติตัวเรื่องการบริโภคน้ำของทารกที่เป็นโรคอ้วน (Becker, M.H. และคณะ 1977 : 348-366)

จากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 2-3) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้พัฒนามาจากแนวคิดของเลวิน (Kurt Lewin) ที่ว่ามนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life span) ซึ่งประกอบด้วยบริเวณที่เป็นบวก กลาง และลบ ส่วนโรคสามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบ บุคคลจะถูกดึงดูดหรือผลักเข้าหาสิ่งของหรือบริเวณที่เป็นบวกในขณะที่ถูกผลักออกห่างหรือปฏิเสธจากสิ่งของหรือบริเวณที่เป็นลบ เมื่อประสพคฤหัสถ์นี้เข้ากับปัญหาด้านสุขภาพอนามัยจึงกลายเป็นสมมุติฐานว่าโรคและความเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบด้านลบ ในขณะที่การมีสุขภาพดีนี้เป็นส่วนประกอบด้านบวก และเลวินได้อธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลเมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และความเชื่อในผลที่ได้จากการกระทำของตน (Maiman and Becker 1974 :

9) ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้สร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น ภายใต้แนวคิดที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายแก่ตน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (health related behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ (Becker, et al. 1977 : 29-30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (evaluation of the advocated health behavior) บุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cue to action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายในตน เช่น อาการหรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคเท่านั้น จึงมีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น คาส์และคอปป์ (Karl, S.V. and

Cobb, S. 1966 : 246) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (health behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกซึ่งยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (sick role behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้บุคคลมีโอกาสดังกล่าวจะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่างๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ นักวิจัยหลายท่านได้ใช้รูปแบบทางการแพทย์ (Medical model) ซึ่งอาศัยความรู้ทางด้านประชากรและสังคม แผนการรักษาข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย และความรุนแรงของโรคตามวิชาทางการแพทย์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผลวิจัยยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ (Becker 1974 : 82) เบคเกอร์จึงปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (compliant behavior) โดยเพิ่มแรงจูงใจ และตัวแปรด้านสังคมเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ

พฤติกรรมความร่วมมือ(Readiness (Modifying factors)
to undertake recommended
compliance behaviors)

(Compliance Behavior)



แผนภูมิที่ 2 สรบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย
ที่มา : Becker, 1974 : 89

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงใหม่นี้ เป็นแบบแผนที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เป็นแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และตัวแปรสำคัญที่เป็นองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีดังนี้คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคต่างๆ
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยร่วม

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived susceptibility)

บุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับปัญหาสุขภาพก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพนั้นๆ (Rosenstock 1966 : 104) สำหรับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว จะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสรักษาหรือกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้

เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยโรคของตนแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลนั้นไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำอีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

บุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับปัญหาสุขภาพก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพนั้นๆ (Rosenstock 1966 : 104) โดยการหันกลับมาประเมินตนเองถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคนั้นโดยเฉพาะบุคคลอาจปฏิเสธความเป็นไปได้ของการสัมผัสโรคหรือความเจ็บป่วยหรือบางครั้งก็ยอมรับอย่างมีเงื่อนไขในใจว่าก็เพียงบางช่วงของชีวิตเท่านั้นที่โรคร้ายจะปรากฏแก่ตัวเขา มีการศึกษาที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Becker, et al., 1977 : 35) เช่น การศึกษาของฮ็อทซ์บาม (Hochbaum) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive behavior) ในการตัดสินใจ X-ray เพื่อตรวจหาวัณโรค พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้าย จะยินยอมเข้ารับการ X-ray เพื่อค้นหาโรคมกกว่าบุคคลที่รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่ำ

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้ เบคเกอร์ (Becker 1974 : 411) ได้ศึกษามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้รูมาติก และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเยื่อหุ้มชั้นกลางอักเสบได้ง่าย จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอ และพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอลลิงและคณะ (Elling, et al.) ที่พบว่าความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนนิซิลิน และพาบุตรมาตรวจตามนัด (Cited in Becker 1974 : 83) เบคเกอร์และคณะ (Becker and others, 1977 : 348) พบว่าความร่วมมือในการควบคุมอาหารบุตรของมารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายเมื่อน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด จากการศึกษาต่างๆ ดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน (Becker

1974 : 84) การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ด้วยความรู้สึกลัวต่อความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากกระบวนการของโรค และกลัวความยุ่งยากในการรักษาหากเกิดโรคขึ้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ว่าผลของโรคที่กระทบต่อการงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมาก เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้สึกที่ไม่สบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ เนลสันและคณะ (Nelson et al. 1978 : 903) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่คิดว่าโรคนั้นไม่มีอันตรายรุนแรง จากการรวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่านโดยมิกเฮล (Mikhail 1981 : 69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และฟรานซิส (Becker and Francis) ที่พบว่าการคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดาที่นำบุตรมารับการตรวจรักษา และรับการป้องกันในระลอกที่พบว่ามีการระบาดเกิดขึ้นในโรงเรียน (Becker 1974 : 411)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคต่างๆ (Perceived benefits and barrier)

เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ว่าคุณมีความรุนแรงพอที่จะทำให้คุณอันตรายหรือผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้วบุคคลจะแสวงหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค การแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์แก่ตนเอง เบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1974 : 205-216) พบว่าผู้ที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษาและการรักษาที่ได้รับนั้นมีประโยชน์

สำหรับการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น คิง (King) ได้ศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจวัดความดันโลหิตจะช่วยป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตสูงได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจวัดความดันโลหิต (Janz and Becker 1984 : 19)

ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย ซึ่งบุคคลจะต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญมากทั้งต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย แรนดอลและวิลเลอร์ (Randall and Wheeler 1979 : 376-406) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และเป็นเครื่องวัดการรับรู้สิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (Maiman and Becker 1974 : 22) ดังนั้นเบคเกอร์ (Becker) จึงได้เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพนี้หมายถึงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องสุขภาพอนามัย ซึ่งบุคคลจะพยายามลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ โดยการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (Becker and Maiman 1974 : 17-18) และในการศึกษาความร่วมมือของมารดาในการลดน้ำหนักบุตรที่อ้วนของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1977 : 353-360) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือของมารดาได้

5. ปัจจัยร่วม (Modify factors)

ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคลแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง เจตคติ และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975 : 18) กล่าวว่าตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอมีดังนี้

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975 : 19) ได้อ้างอิงการศึกษาของ ฟรานซิสและคณะ (Francis et al.) ที่ว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ถ้ามีความพึงพอใจในการพบคุ้มนำมารับการตรวจครั้งแรก มีการรับรู้แพทย์ที่ทำงานเป็นมิตรและเข้าใจปัญหาของตน นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่รู้สึกผิดหวังจากการมาพบแพทย์ครั้งแรกมีการรับรู้แพทย์ไม่มีความเป็นกันเอง และไม่มีการอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยของเด็กและการวินิจฉัยให้ทราบจะส่งผลให้มารดาคลุ้มไม่ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

5.2 การมาพบแพทย์ผู้รักษาคณเดิม การมาตรวจรักษาจากแพทย์คณะเดิมจะมีผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากกว่า เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975 : 19) ได้อ้างอิงการศึกษาของ ชาร์นีย์ (Charney) พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น หากแพทย์ผู้รักษาให้แก่เด็กเป็นแพทย์คนเดิม

5.3 ปัจจัยด้านสังคม เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1975 : 19) กล่าวว่า ปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมหรือแรงจูงใจ เนื่องจากปัจจัยทางสังคมจะมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อและส่งผลโดยตรงต่อบุคคลในด้านกระบวนการทางสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยอ้างถึงงานวิจัยของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ว่าเพื่อนสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพฟันประจำปี

5.4 ตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จากการศึกษาล้วนใหญ่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเพศหญิงจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock 1974 : 355) และจากการศึกษาของ คอบบ์และคาสส์ล (Cobb and Kasl 1966 : 250-251) พบว่า ระดับการศึกษา

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย และผู้มีรายได้น้อยจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าปัจจัยต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่างๆ สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยได้ ดังนั้นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบทฤษฎีของความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เพื่อทำนายแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา เนื่องจากการให้อาหารหรือการเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กนั้นก็เป็นการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยอีกอย่างหนึ่งซึ่งมีต่อสุขภาพอนามัยของเด็กเป็นอย่างมาก

การประเมินภาวะโภชนาการในเด็ก

การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคขาดสารอาหารและการวินิจฉัยโรคขาดสารอาหารตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เมื่อพบความผิดปกติก็จะได้ให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่นๆ หรือพบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการปกติก็จะส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดขาดสารอาหารต่อไป (ฐานิต อิศรเสนาฯ 2528 : 1; อุมพร สุกส์นารุติ 2531 : 22) ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการจึงครอบคลุมถึงเด็กที่มาตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดี (Well baby Clinic) เด็กในชุมชนและโรงเรียนด้วย เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการเพื่อหาความผิดปกติให้ได้แต่เนิ่นๆ นี้เด็กจึงควรได้รับการชั่งน้ำหนักเป็นระยะๆ แต่ในปี พ.ศ. 2533-2534 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการปีทองของเด็กไทยขึ้นเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กขึ้น โดยมีการประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ครอบคลุมทั้งประเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังและป้องกันภาวะทุพโภชนาการนั่นเอง

สำหรับเครื่องชั่งวัดที่สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเพื่อประเมินภาวะโภชนาการนั้นมีหลายวิธี เครื่องชั่งวัดที่ใช้กันแพร่หลายคือน้ำหนัก ส่วนสูง และส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่สามารถนำมาใช้ในการบ่งชี้ภาวะโภชนาการในแง่ของการขาดโปรตีน และพลังงาน ได้แก่ เส้นรอบวงแขน เส้นรอบศีรษะ ไขมันใต้ผิวหนัง เป็นต้น (สมาใจ วิชัยดิษฐ 2533 : 1) แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเครื่องชั่งวัดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น นั่นคือ อัตราส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง (Weight-Height ratio)

การวัดอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง (Weight-Height ratio) อาศัยหลักการขาดสารอาหารระยะเริ่มแรกจะมีผลต่อ soft tissue ก่อน ระยะต่อไปจึงมีผลต่อโครงกระดูก ดังนั้นเมื่อขาดสารอาหารระยะแรกจะพบว่าอัตราส่วนดังกล่าวลดลง (อุมาพร สุกส์นักรวุฒิ 2531 : 24) ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับภาวะโภชนาการของเด็กโดยใช้อัตราส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง (Weight-Height ratio) เทียบกับเกณฑ์ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับเด็กไทยที่มีอายุ 0-5 ปี โดยแบ่งระดับโภชนาการออกเป็น โภชนาการปกติ, ขาดสารอาหาร ระดับ 1, 2 และ 3

การชั่งน้ำหนักในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ควรชั่งโดยไม่สวมเสื้อผ้า ให้นอนหงายในขาปีแรกและยืนชั่งเมื่อเด็กยืนได้คืบแล้ว โดยใช้เครื่องชั่งแบบ beam balance scale (ฐานศอิสรเสนาฯ 2528 : 24) บางครั้งจะประสบปัญหาเด็กไม่ยอมให้ชั่ง จึงต้องใช้เครื่องชั่งที่สามารถชั่งน้ำหนักได้ถึง 100 กิโลกรัม เพื่อให้ผู้ปกครองอุ้มเด็กขึ้นไปชั่ง แล้วชั่งน้ำหนักของผู้ปกครอง นำค่าทั้งสองมาลบจากกัน จะได้น้ำหนักของเด็ก (สมาใจ วิชัยดิษฐ 2533 : 3)

ส่วนการวัดส่วนสูงหรือความยาวเมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี โดยวัดในท่านอนหงายราบเข้าเหยียดตรงและควรมีผู้วัด 2 คน คนหนึ่งจับศีรษะเด็กให้เส้นสมมุติที่ต่อระหว่างขอบตาล่างของกระดูกตา (orbit) และรูหูอยู่ในแนวตั้งฉากกับพื้นราบ อีกคนหนึ่งจับฝ่าเท้าเด็กให้อยู่ในแนวตั้งฉากกับพื้นราบ วัดระยะห่างระหว่างเส้นดังกล่าวทั้งสองนี้ ในกรณีที่ใช้เครื่องมือวัดความยาว (Lenght) ศีรษะเด็กต้องอยู่ชิดกับ head board และเลื่อน foot board มาชิดสันเท้าของเด็กให้ฝ่าเท้าตั้งฉากกับพื้นราบ (อุมาพร สุกส์นักรวุฒิ 2531 : 24)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

1. ระดับการศึกษา

การศึกษาของมารดามีความสำคัญมากต่อปัญหาในเรื่องการกินอาหารของสมาชิกในครอบครัว ถ้ามารดาเป็นผู้มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารการกินอย่างถูกต้อง คือ รู้ว่าอาหารใดมีประโยชน์ต่อร่างกาย ควรเลือกซื้อมาให้คนในครอบครัวบริโภค อาหารใดควรละเว้น (วนิดา สิกขิณฤกษ์ 2527) ดังนั้นมารดาที่ได้รับการศึกษาย่อมมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ามารดาที่ได้รับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย เนื่องจากบางครั้งแม้ขาดความรู้ ทำให้มีค่านิยมในการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง โดยการเลือกซื้อจะทำตามสังคมเพื่อต้องการเป็นคนทันสมัย หรือเพื่อความสะดวกในการจัดหา เช่น ซื้ออาหารสำเร็จรูปที่บรรจุซอง ถุง หรือของกินเล่น เช่น พวกริ้วเกรียบ ลูกอม ลูกกวาด ช็อคโกแลต น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น โดยมีค่านึงถึงคุณค่าของอาหารที่ได้รับเพราะอาหารเหล่านี้จะให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะทำให้เด็กขาดสารอาหารได้ง่าย ส่วนมารดาที่มีการศึกษาก็มีการเลี้ยงดูได้ดีกว่า มีการป้องกันและควบคุมสุขภาพลูกได้ดีกว่า มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ทั้งตนเองก็ให้มีสุขภาพแข็งแรงดีด้วย (ฉัตรแก้ว ประวาหนาวิน 2528 : 748) มารดาที่มีการศึกษาต่ำมักจะขาดความรู้ด้านโภชนาการ เช่น การให้นมชั้นหวาน การให้อาหารเสริมเร็วเกินไป จะทำให้ทารกไม่คุ้นนมแม่หรือไม่ได้สารอาหารครบถ้วน ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเด็กขาดพลังงาน และโปรตีน

2. อาชีพ

ในครอบครัวที่มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพราะยังมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีพอ หรือต้องการออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อรักษาอาชีพของตนเองไว้ หรือเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองในการสร้างความเป็นปึกแผ่นให้กับครอบครัว จะทำให้เกิดปัญหาต่อการเลี้ยงดู และสุขภาพเด็กเพราะเด็กจะถูกละเลยมิได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องบริโภคอาหาร (ฉัตรแก้ว ประวาหนาวิน 2528 : 722) แต่มารดาที่มีได้ออกไปทำงานนอกบ้าน มีเวลาเลี้ยงดูลูก เด็กจะได้รับการดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารเป็นอย่างดี ดังนั้นเด็กจะมีสุขภาพดี และการเจริญเติบโตเป็นปกติ

3. รายได้ครอบครัว

ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ทำให้มีกำลังการซื้อหาอาหารต่ำลงเป็นเหตุให้อาหารที่บริโภคภายในครอบครัวมีจำนวนหรือคุณภาพ หรือทั้ง 2 อย่างไม่เพียงพอและดีพอ (คหณิ์ สุกตปริยาศรี, เพียรวิทย์ ดันติแพททงกูร และบุญช่วย คลยศักดิ์ 2527 : 548) ครอบครัวฐานะ เศรษฐกิจไม่ดี รายจ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าอาหารซึ่งต้องเฉลี่ยแบ่งปันกันในระหว่างครอบครัวให้ได้ ครบทุกคน จำเป็นต้องซื้ออาหารจำพวกแป้งมากขึ้น เพราะมีราคาถูกกว่าอาหารจำพวกเนื้อ ซึ่งมี ผลกระทบกระเทือนมากโดยเฉพาะเด็กเล็ก เมื่อได้รับอาหารไม่เพียงพอจะทำให้ขาดสารอาหาร ได้ (ฉัตรแก้ว ประวาหะนาวิน 2528 : 749) ดังนั้นความยากจนจึงมีผลกระทบกระเทือนต่อ แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา และต่อการเจริญเติบโตของเด็กดังกล่าว

4. ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวเดี่ยวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก โอกาสที่เด็กจะได้รับการดูแลให้มี สุขภาพดีย่อมดีกว่าครอบครัวประเภทอื่น โดยเฉพาะถ้าแม่มีเวลาเลี้ยงลูก และมีได้ออกไปทำงาน นอกบ้าน การดูแลเด็ก การให้อาหารจะได้รับความสนใจจากพ่อแม่เป็นอย่างดี ดังนั้นเด็กจะมี สุขภาพดีและเจริญเติบโตเป็นปกติ แต่ถ้าครอบครัวเดี่ยวที่แม่ออกไปทำงานนอกบ้านจะทำให้เกิด ปัญหาต่อการเลี้ยงดู และสุขภาพของเด็กได้ เพราะเด็กอาจถูกละเลยมิได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริโภคอาหาร ส่วนครอบครัวชานนั้น นอกจากพ่อแม่แล้วยังมีปู่ ย่าตา ยาย อาศัยอยู่ด้วย ทำให้แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ได้รับอิทธิพลจากผู้อาวุโสใน ครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโส เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมไทย หากผู้มีอาวุโสมีความคิดผิดๆเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องอาหารกวนบริโภค ซึ่งจะเกิดผลกระทบกระเทือนต่อเด็กโดยตรง (ฉัตรแก้ว ประวาหะนาวิน 2528 : 714-725)

5. ขนาดครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนกำหนดงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารประจำวันนั้น ครอบครัวใหญ่ต้องจัดไว้ให้เพียงพอที่จะให้ทุกคนได้รับอาหารเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ทั่วกันทุกคน (ฮูวดี กาญจนันธุติ, สุ่มมทา วัฒนสินธุ์ และโอภาวดี เข้มทอง 2527 : 1031)

ดังนั้นขนาดครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่อย่างหนาแน่น อาจมีผลต่อสุขภาพ และการตายของทารกและเด็กได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะครอบครัวขนาดใหญ่ มารดาจะไม่มีโอกาสดูแลบุตรได้ทั่วถึง และขาดแคลนอาหาร (ฉัตรแก้ว ประวาหะนาวิน 2528 : 729) จึงเป็นเหตุให้มารดาที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่จัดแบบแผนการให้อาหารบุตรได้ไม่ดีเท่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก ซึ่งมีโอกาสดูแลบุตรได้อย่างทั่วถึง ภาวะการขาดแคลนอาหารในครอบครัวก็มีน้อยกว่าในครอบครัวขนาดใหญ่ ในครอบครัวขนาดเล็กมารดาจึงมีแบบแผนการในการให้อาหารบุตรดีกว่า

แนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

ทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็ก การขาดสารอาหารในระยะเด็กเล็ก มีผลกระทบกระเทือนต่อการเจริญเติบโตทางสมอง ทำให้มีความฉลาดและความสามารถในการเรียนรู้ลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตเท่าเด็กปกติและอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ซึ่งแนวทางการป้องกันที่สำคัญคือ การให้โภชนศึกษาแก่มารดา

เนื่องจากการให้โภชนศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อรวมทั้งการปฏิบัติเกี่ยวกับรับประทานอาหาร ดังนั้นการให้โภชนศึกษาแก่มารดาจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะช่วยทำให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหารในวัยต่างๆ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้สามารถป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็กได้เป็นอย่างดี แต่การให้โภชนศึกษาที่ไม่ใช่เรื่องจะสำเร็จได้โดยง่าย เพราะปัจจัยบางอย่างที่เป็นปัญหา ได้แก่ ไม่มีเงิน ไม่มีเวลา เป็นต้น ดังนั้นก่อนที่จะให้โภชนศึกษาควรศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายก่อน ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ แหล่งอาหาร ราคา วิธีการทำอาหาร จำนวนครั้งในการทำอาหารต่อวัน ฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อวัฒนธรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อิทธิพลของโภชนาต่างๆในชุมชนนั้น เพื่อนำมาวางแผนการสอนให้สอดคล้องกับชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้ แคมเมอร์อน และฮอฟฟานเดอร์ (Cameron and Hofvender 1983) กล่าวว่า การให้โภชนศึกษาจะสำเร็จลงได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงานและประเมินผล ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อมากเกินไปนักและ

เป็นวิธีการที่ง่ายเฉพาะเจาะจง สามารถปฏิบัติได้ ควรให้โอกาสกลุ่มในการพูดคุย ชักถามปัญหา ข้อมูล หรือเนื้อหาที่ได้รับการสอนไป เพราะการตัดสินใจของกลุ่มจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีกว่า ควรให้ข้อมูลที่มีประโยชน์และเป็นที่พอใจของบิดามารดาหรือกลุ่ม ไม่ควรให้ข้อมูลที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

การให้โภชนศึกษาแก่มารดาสามารถทำได้ทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และนอกสถานบริการสาธารณสุข (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2532) ดังนี้

ในการที่มีประชาชนมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข สามารถให้โภชนศึกษาแก่ประชาชนได้ตามความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

สำหรับนอกสถานบริการสาธารณสุขนั้นสามารถทำได้หลายทาง ได้แก่

- หอกระจายข่าว ซึ่งเป็นแหล่งที่สามารถให้ความรู้ทางด้านโภชนาการได้อย่างรวดเร็ว และทั่วถึงทั้งหมู่บ้าน
- การเยี่ยมบ้าน ก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ทางโภชนาการแก่บุคคลที่ไปเยี่ยม
- การออกหน่วยเคลื่อนที่ของจังหวัด ในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนก็สามารถสอดแทรกเรื่องที่เป็นปัญหาโภชนาการ และวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่มารดาได้

การให้โภชนศึกษาแก่มารดา ควรให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

1. การให้นม การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจะมีประโยชน์อย่างมากทั้งต่อทารกและมารดาเอง เพราะนมมารดามีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ ประหยัด และช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ ระหว่างมารดาและบุตรได้ดี แต่ในกรณีที่มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มีความจำเป็นต้องให้นมผสมแก่บุตร ควรเลือกใช้นมผสมให้เหมาะสมกับวัย โดยใช่วิธีการชงนมอย่างถูกต้องและเตรียมอุปกรณ์ทุกอย่างด้วยความสะอาด

2. การให้อาหารเสริม ทารกควรได้รับอาหารเสริมเมื่ออายุครบ 3 เดือนเต็ม เพราะเริ่มมีความพร้อมในการกลืนอาหารต่างๆ ได้ การให้อาหารเสริมเร็วเกินไปก่อนอายุ 3 เดือน จะทำให้ทารกท้องอืด เพราะความสามารถในการย่อยอาหารพวกแป้งยังมีจำกัด นอกจากนี้ทารกที่ได้รับอาหารเสริมจนแน่นท้อง จะทำให้ดูดนมได้น้อยลง ส่วนการให้อาหารช้าเกินไป เช่น ให้อายุ 6-7 เดือน จะทำให้ทารกขาดสารอาหารได้ และจะปฏิเสธอาหารเสริม เพราะเคยชินแต่

การดูแล และควรให้อาหารเสริมให้เหมาะสมกับอายุของการก โดยมารดาสามารถดูได้จาก ตารางอาหารเสริม ในสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

3. การให้อาหารครบ 5 หมู่ เมื่ออายุ 1 ปี เด็ก ควรได้รับอาหารหลัก 3 มื้อและ เป็นอาหารครบ 5 หมู่ คั้นนมครบส่วน หรือนมถั่วเหลือง ทุกวัน

นอกจากการให้โภชนาการแก่มารดาแล้ว การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็กอีกวิธี หนึ่ง ก็คือการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก โดยการติดตามประเมินภาวะโภชนาการเด็กทุกระยะ เป็นวิธีที่ง่าย และใช้บอกภาวะทุพโภชนาการในระยะเริ่มแรกได้เป็นอย่างดี ควรจัดให้มีทั่วไปใน สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในชุมชน โดยเฉพาะในแหล่งที่มีภาวะเสี่ยงสูง



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Method) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของ มารดาที่มีบุตรมีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ มารดาซึ่งมีบุตร อายุ 1-3 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน เขตเทศบาลเมืองสระบุรี และมาตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี, ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองสระบุรี และที่อยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี โดยมี คุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นมารดาของเด็กวัย 1-3 ปี
2. มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเอง
3. มารดาไม่เป็นโรคจิตประสาท
4. มารดาเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
5. บุตรไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคทางพันธุกรรม

กลุ่มตัวอย่างคือมารดาและบุตรที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากร ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมารดาและบุตรอายุ 1-3 ปี ที่มีภาวะทุโภชนาการ จำนวน 60 รายและ กลุ่มตัวอย่างมารดาและบุตรอายุ 1-3 ปี ที่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 60 ราย โดยเลือก จากมารดาที่พาบุตรมาตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี และศูนย์บริการ สาธารณสุข เทศบาลเมืองสระบุรี นอกจากนี้เลือกจากมารดาและบุตรที่อยู่ในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุดดังนี้คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของเด็ก มารดา และครอบครัวเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ
2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาศัยแนวทางจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะเป็นพื้นฐาน

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อความที่ชักถามถึงความรู้สึกลึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวด มีจำนวน 24 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5 และข้อความที่มีความหมายด้านลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 4
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 6, 7, 8, 9, 10 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด
3. การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 11, 12, 16, 17 ข้อความที่มีความหมายด้านลบ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 13, 14, 15, 18
4. แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 19, 20, 21 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด

5. ปัจจัยร่วมต่างๆ เกี่ยวกับการให้อาหารบุตร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 22, 23, 24 เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 22, 23 และเป็นข้อความที่มีความหมายด้านลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 24

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กด้านบวก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กด้านลบ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม

ลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของผู้ตอบ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ตรงกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของผู้ตอบ

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกเพียง 1 คำตอบที่ตรงตามความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของผู้ตอบ

การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ถ้าตอบ

ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ถ้าตอบ

ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กจะมีค่าอยู่ระหว่าง 24-72 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มารดามีความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กถูกต้องมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กถูกต้องน้อย

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษา ตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอาศัยแนวทางจากหลักการให้อาหารทารก (อายุ 0-12 เดือน) และการให้อาหารเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 1-4 ปี) ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อความการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรของมารดา จำนวน 11 ข้อ

คำตอบมี 3 ลักษณะคือ ถ้ามารดามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร

ถูกต้องมากที่สุด	ให้	3	คะแนน
ถูกต้องเป็นบางส่วน	ให้	2	คะแนน
ถูกต้องน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

คำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนได้ชี้แจงรายละเอียดของแต่ละข้อไว้ในคู่มือแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร ในกรณีที่คำตอบของมารดาไม่ตรงกับข้อเลือกในคำตอบ ผู้วิจัยจะบันทึกคำตอบนั้นไว้ต่างหาก

ดังนั้นคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตร จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 18-54 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มารดามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรถูกต้องเหมาะสมมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรถูกต้องเหมาะสมน้อย

การหาความเที่ยงตรง

หลังจากสร้างแบบสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กและแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร ไป

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- | | | |
|--|---|------|
| 1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเด็ก | 1 | ท่าน |
| 2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเด็ก | 2 | ท่าน |
| 3. นักโภชนาการ | 2 | ท่าน |



(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ อยู่ในภาคผนวก ก.)

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความ

การหาความเชื่อมั่น

นำแบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตรซึ่งปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronback's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กเท่ากับ .80 และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตรเท่ากับ .64

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี และนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสระบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี คลินิกสุขภาพเด็กดีของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี และชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่พาบุตรมาตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดี เก็บรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาดังนี้

วันพุธ (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1, 3 ของเดือน) เวลา 8.00-12.00 น. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี

วันพฤหัสบดี (ทุกสัปดาห์) เวลา 13.00-16.00 น. เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจาก OPD Card และสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

1.2 ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการตรวจร่างกายจากแพทย์ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว และซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด

1.3 ผู้วิจัยชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเด็ก โดยขอความร่วมมือจากมารดาให้ถอดเสื้อผ้าเด็กออกทั้งหมด และในกรณีที่เด็กไม่ยอมยืนชั่งเองให้มารดาอุ้มเด็กชั่งก่อน แล้วมารดาขึ้นชั่งคนเดียว นำค่าน้ำหนักที่ได้หักลบออกจากกันเป็นน้ำหนักเด็ก หลังจากนั้นวัดส่วนสูง แล้วนำมาประเมินภาวะโภชนาการโดยเปรียบเทียบกับตารางเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุข

1.4 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากมารดา หลังจากมารดายินยอมให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยจึงให้มารดาตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กก่อนแล้วจึงสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่มีปัญหาในการอ่าน การตอบแบบสอบถาม มีมารดาร้อยละ 90 ที่ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้มารดาเป็นผู้พิจารณาเลือกคำตอบ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาและบุตรที่อยู่ในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน ยกเว้นวันพุธและพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น. มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ขอความร่วมมือจากหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี เพื่อแจ้งให้ อ.ส.ม.ทราบ

2.2 ขอความร่วมมือจาก อ.ส.ม. ในการชักถามที่อยู่ของมารดา และบุตรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยมี อ.ส.ม. เป็นผู้นำทาง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเหมือนข้อ 1.3 และ 1.4 ทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^{*} กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวโดยใช้อัตราส่วนร้อยละ
2. หาคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation Coefficient)

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบที (t-test)

4. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัว โดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กตามความแตกต่างด้านอาชีพของมารดา ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว โดยใช้การทดสอบที (t-test)

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันตาม ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และทดสอบหาค่าเอฟ (F-test) ในกรณีที่มีความแตกต่าง วิเคราะห์ต่อไปด้วยวิธีเชฟเฟ (Sheffe)

5. เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัว เหมือนในข้อ 4.



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี และเปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัว ลักษณะครอบครัว และเปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีความแตกต่างกันในเรื่องปัจจัยด้านมารดาและปัจจัยด้านครอบครัว ผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้คือ

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา
3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา
4. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัว
5. เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยเช่นเดียวกับข้อ 4.

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านมารดา

ปัจจัยด้านมารดา	ภาวะโภชนาการปกติ (N=60)		ทุโภชนาการ (N=60)		รวม (N=120)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	36	60	53	88.3	89	74.2
มัธยมศึกษา	15	25	7	11.7	22	18.3
อุดมศึกษา	9	15	-	-	9	7.5
อาชีพ						
ทำงานในบ้าน	39	65	48	80	87	72.5
ทำงานนอกบ้าน	21	35	12	20	33	27.5

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ และกลุ่มที่บุตรทุโภชนาการ มีระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 60 และ 88.3 มีอาชีพทำงานในบ้านร้อยละ 65 และ 80 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว	ภาวะโภชนาการปกติ (N=60)		ทุโภชนาการ (N=60)		รวม (N=120)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
ต่ำกว่า 2,000 บาท	7	11.7	21	35.0	28	23.3
2,001-4,000 บาท	34	56.7	23	38.3	57	47.5
4,001-6,000 บาท	8	13.3	9	15.0	17	14.2
6,001 บาทขึ้นไป	11	18.3	7	11.7	18	15.0
ขนาดครอบครัว						
ต่ำกว่า 5 คน	46	76.7	47	78.3	93	77.5
6 คนขึ้นไป	14	23.3	13	21.7	27	22.5
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	30	50.0	36	60.0	66	55.0
ครอบครัวขยาย	30	50.0	24	40.0	54	45.0

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติและกลุ่มที่บุตรทุโภชนาการมีรายได้ครัวร้วต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 38.3 ตามลำดับ ขนาดครอบครัวมีสมาชิกต่ำกว่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 78.3 ตามลำดับ และลักษณะครอบครัวในกลุ่มที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจำนวนเท่ากัน ส่วนกลุ่มที่บุตรทุโภชนาการส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 60.0

2. ข้อมูลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กและคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการปกติ		ทุโภชนาการ		รวม	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก	64.07	3.77	60.37	5.86	62.22	5.25
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร	12.27	1.44	11.80	1.78	11.93	1.63
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร	14.33	1.37	13.60	2.23	13.97	1.88
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก	20.90	2.14	20.07	2.56	20.48	2.39
แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร	8.75	.65	8.35	1.10	8.55	0.92
ปัจจัยร่วมต่างๆเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร	7.82	1.13	6.75	1.57	7.28	1.46
แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา	54.00	5.04	45.47	5.49	49.73	6.77
การให้นม	6.38	1.80	6.90	2.18	6.64	2.00
การให้อาหารเสริม	9.70	1.84	7.83	2.48	8.77	2.37
การให้อาหาร 5 หมู่	37.92	3.67	30.73	3.98	34.32	5.25

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก เท่ากับ 64.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.77 และค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตร เท่ากับ 54.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.04 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรทุโภชนาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กเท่ากับ 60.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.86 ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตร เท่ากับ 45.47 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.49



3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหาร
เด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการ
ให้อาหารบุตรของมารดา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผน การให้อาหารบุตรของมารดา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก	.3498**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร	.2870**
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร	.1271 ^{NS}
การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก	.2502**
แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร	.1041 ^{NS}
ปัจจัยรวมต่างๆเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร	.2970**

** $P < 0.1$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 4 พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) สมมติฐานที่ 1 ได้รับ
การสนับสนุน แสดงว่ามารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กถูกต้อง จะมีแบบแผนการให้อาหาร
เด็กถูกต้อง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแต่ละด้าน
กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)
ยกเว้นด้าน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร และแรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหาร
บุตร มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

4. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ ครอบครัว ขนาดครอบครัวและลักษณะครอบครัว

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ระหว่างมารดาที่มีอาชีพ ลักษณะครอบครัว และขนาดครอบครัว แตกต่างกัน

ตัวแปร	N	คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก		
		$\bar{X}$	S.D.	t
อาชีพ				
ทำงานในบ้าน	87	61.5632	5.105	
ทำงานนอกบ้าน	33	63.9394	5.309	-2.25*
ขนาดครอบครัว				
ต่ำกว่า 5 คนลงไป	93	49.4194	6.751	
5 คนขึ้นไป	27	50.8148	6.873	-0.81 ^{NS}
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	66	61.8030	5.021	
ครอบครัวขยาย	54	62.7222	5.520	-0.94 ^{NS}

* $P < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีอาชีพ แตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยพบว่า มารดาที่ทำงานนอกบ้านมีคะแนนความเชื่อถูกต้องมากกว่ามารดาที่ทำงานในบ้าน กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีขนาดครอบครัวและลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กระหว่างมารดาที่มีระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระดับการศึกษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	107.3023	53.6511	1.9795 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	117	3171.0644	27.1031	
รวม	119	3278.3667		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
ระหว่างกลุ่ม	3	48.4461	16.1487	.5800 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	116	3229.9206	27.8441	
รวม	119	3278.3667		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว แตกต่างกันมีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

5. เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีอาชีพ ลักษณะครอบครัว และขนาดครอบครัวแตกต่างกัน

ตัวแปร	N	คะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา		
		$\bar{X}$	S.D.	t
อาชีพ				
ทำงานในบ้าน	87	49.0230	7.000	-2.05*
ทำงานนอกบ้าน	33	51.6061	5.831	
ขนาดครอบครัว				
ต่ำกว่า 5 คน	93	49.4194	6.751	-0.94 ^{NS}
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	27	50.8148	6.873	
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	66	49.2121	7.035	-0.93 ^{NS}
ครอบครัวขยาย	54	50.3704	6.450	

* $P < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีอาชีพ แตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีขนาดครอบครัวและลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีระดับการศึกษา และรายได้
ครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระดับการศึกษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	388.4613	194.2301	4.4796*
ภายในกลุ่ม	117	5073.0053	43.3590	
รวม	119			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
ระหว่างกลุ่ม	3	664.1954	221.3985	5.3535**
ภายในกลุ่ม	116	4797.2712	41.3558	
รวม	119	5461.4667		

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครัวเรือนแตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$ และ $< .01$ ตามลำดับ)

ดังนั้นสมมุติฐานที่ 2 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ครัวเรือน แตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีขนาดครัวเรือนและลักษณะครัวเรือนแตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันโดยวิธีของเชฟเฟ

ระดับการศึกษา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	(48.8090)	(51.2727)	(55.1111)
ประถมศึกษา	(48.8090)	-	2.4637 ^{NS}	6.3021 [*]
มัธยมศึกษา	(51.2727)		-	3.8384 ^{NS}
อุดมศึกษา	(55.1111)			-

* $P < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีแบบแผนการให้อาหารบุตรดีกว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกันโดยวิธีของเซฟเฟ

รายได้ครอบครัว	ต่ำกว่า 2,000	2,001-4,000	4,001-6,000	6,001 ขึ้นไป
(X)	(45.7143)	(50.4706)	(50.5263)	(52.7778)
ต่ำกว่า 2,000 บาท (45.7143)	-	4.7563 ^{NS}	4.8120 [*]	7.0635 [*]
2,001-4,000 บาท (50.4706)		-	0.0557 ^{NS}	2.3012 ^{NS}
4,001-6,000 บาท (50.5263)			-	2.2515 ^{NS}
6,001 บาทขึ้นไป (52.7778)				-

* $P < .01$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีรายได้ครัวรต่อเดือน 4,001-6,000 บาท และ 6,001 บาทขึ้นไป มีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องกว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

1. สมมติฐานที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3498$, $P < .01$) สมมติฐานที่ 1 ได้รับการสนับสนุน หมายความว่ามารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กถูกต้อง จะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้อง ในทางตรงข้ามมารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กไม่ถูก

ต้อง ก็จะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของจรรยา สุวรรณทัต (2526 : 824) ที่ว่าความเชื่อมีอิทธิพลสำคัญต่อการแสดงออกของมนุษย์ บุคคลที่มีความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมีแนวโน้มที่จะประพฤติปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆ และสนับสนุนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่ว่าความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดการกระทำและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความหมายและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ (Becker 1974 : 21) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 98) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ (2531 : 64) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำของมารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกับความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแต่ละด้าน กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2870, P < .01$) แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารของเด็กถูกต้อง จะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้อง ทั้งนี้เพราะบุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับปัญหาสุขภาพที่ดีเมื่อรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพนั้นๆ (Resenstock 1966 : 104) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker 1974 : 411) พบว่ามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้รูมาติก และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเชื้อหูชั้นกลางอักเสบได้ง่าย จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอและพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอลลิงและคณะ (Elling, et al.) ที่พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนนิซิลิน และพาบุตรมาตรวจตามนัด (Cited in Becker 1974 : 83) นอกจากนี้ เบคเกอร์และคณะ (Becker and others 1977 : 348) พบว่า ความร่วมมือในการควบคุมอาหารของมารดาที่รับรู้ว่าเป็นบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่างๆได้ง่าย เมื่อมีน้ำหนักเกินจะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด และสอดคล้อง

คล้องกับผลการศึกษาของ วัลภา ผิวทน (2527 : ค) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหารของบุตรถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง อาจมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และฟรานซิส (Becker and Francis) ที่พบว่า การคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดาที่นำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกันในระลอกที่มีการระบาดเกิดขึ้นในโรงเรียน (Becker 1974 : 411) แต่อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับเรื่องนี้ เบคเกอร์ (Becker 1974 : 84) ได้กล่าวไว้ว่า ถึงแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆแล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและการรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะไม่ทำอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กส่วนใหญ่เป็นเด็กขาดสารอาหารระดับที่ 1 (ร้อยละ 90) และที่เหลือเป็นการขาดสารอาหารในระดับที่ 2 (ร้อยละ 10) การขาดสารอาหารในระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ยังไม่ปรากฏอาการให้เห็นในปัจจุบัน เด็กที่ขาดสารอาหารในระยะเริ่มแรกจะตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ (Subclinical malnutrition) เพราะเป็นการขาดในระดับชั่วคราวหรือระดับการสะสมในเนื้อเยื่อเท่านั้น ต่อมาจึงจะมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของร่างกายรวมทั้งมีอาการและอาการแสดงต่างๆเกิดขึ้น (อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ 2531 : 24) ดังนั้นอาจจะเป็นด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มารดาเชื่อว่ายัง不会เกิดอันตรายต่อร่างกายของบุตร การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหารจึงมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.2502$, $P<0.01$) แสดงว่า มารดาที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ

เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กจะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษาของแพทย์มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการลดน้ำหนักบุตรที่อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maiman and other 1977 : 219) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาบรีเอลสัน และคณะที่พบว่าบิดามารดาที่มีความไว้วางใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพ ให้ความร่วมมือในการพาบุตรซึ่งอยู่ในวัยเรียนมาตรวจตามนัด (Garielson, Levin & Ellison 1967 : 48) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman 1975 : 16) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอูจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อังคณา จิราจินต์ 2530 : 120-121) ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะเป็นผลของความเชื่อที่ว่าวิธีการดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ต่อเขามากที่สุด ซึ่งบุคคลจะต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นมารดาที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็กดี จึงมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องด้วย

แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าแรงจูงใจเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งบุคคลพยายามลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรค (Becker and Maiman 1974 : 17-18) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al. 1977 : 353-360) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการลดน้ำหนักบุตรที่อ้วนได้ อีกทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 121) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอูจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 70.8 มีรายได้อบรมครัวต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 74.2 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งรายได้ครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ผู้มีรายได้สูงส่วนใหญ่มักมีการศึกษาดี และมี

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยดี ต่างจากผู้มีรายได้น้อยมักจะมีศึกษาน้อย และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพน้อยไปด้วย บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมีแนวโน้มว่าจะใช้ประโยชน์จากด้านบริการสุขภาพน้อย เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ (Cockerham 1982 : 63) นอกจากนี้ ฮีฟเนอร์ และเคิร์ชท์ (Haefner & Kirscht 1970 : 843) ยังกล่าวไว้ว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้เมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น เห็นเห็นประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกัน ย่อมเป็นผลให้ความเชื่อเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้เนื่องจากมารดาส่วนมากมีรายได้น้อยและระดับการศึกษาต่ำ จึงทำให้แรงจูงใจเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยร่วมต่างๆเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยร่วมต่างๆเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.2970$, $P<0.01$) แสดงว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยร่วมต่างๆเกี่ยวกับการให้อาหารบุตรจะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากว่าปัจจัยร่วมต่างๆ ได้แก่ สัมพันธภาพอันดีระหว่างมารดากับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ เกี่ยวกับการให้คำแนะนำหรือตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร ตลอดจนการได้รับการอย่างเป็นกันเองจากเจ้าหน้าที่เป็นต้น มีผลทำให้แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาถูกต้องมากขึ้น เพราะสัมพันธภาพระหว่างผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่นั้น ถ้าเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้มารับบริการ ผู้มารับบริการจะมองเห็นความหวังดีและเกิดความพึงพอใจ อันจะทำให้พฤติกรรมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจ พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำอาจจะลดต่ำลง การศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟรานซิส และคณะ (อ้างอิง Becker 1974 : 414) ที่พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์คือผู้ที่มีความพึงพอใจต่อการพบแพทย์ครั้งแรก โดยมีการรับรู้ที่แพทย์ให้ความเป็นกันเองและเข้าใจถึงความทุกข์ของตน และยังพบว่ามารดาที่มีความผิดหวังจากการพบแพทย์ครั้งแรกที่รับรู้ที่แพทย์ไม่มีความเป็นกันเอง ไม่อธิบายถึงการวินิจฉัยโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยของเด็ก มารดาในกลุ่มนี้จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

2. สมมติฐานที่ 2 ที่ว่าแบบแผนการให้อาหารบุตรมีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้าน มารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว ขนาด ครอบครัว ลักษณะครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีความแตกต่างกันทางด้านระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ครอบครัวมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$, $.05$ และ $.01$ ตามลำดับ) ส่วนมารดาที่มีความแตกต่างกันด้านขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัวมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สมมติฐานที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัว จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องมากกว่า ($\bar{X}=55.11$) กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ($\bar{X}=48.80$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากมารดาที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ามารดาที่ได้รับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย (คุณฉวี สุกรปรียาศรี, เพียรวิทย์ ตันติแพทยากรและบุญช่วย ดุลยศักดิ์ 2527 : 549) อย่างไรก็ตามองค์ประกอบต่างๆ มักจะขึ้นต่อกันเสมอ จะแยกองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งออกไปไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบทางด้านการศึกษาและรายได้ครอบครัว เพราะมารดาที่มีการศึกษาสูงย่อมมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีและมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ทั้งดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรงดีด้วย (ฉัตรแก้ว ประวาทะนาวิน 2528 : 748) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าพบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องสูงกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ โดยที่มารดาที่มีรายได้ครอบครัว 6,001 บาทขึ้นไป มีคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตร ($\bar{X}=52.78$) สูงกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท ($\bar{X}=45.71$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2529 : 89) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในภาคกลาง พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ารู้จักเลือกอาหารให้ลูกกินได้อย่างถูกต้องหลักโภชนาการมากกว่า และลูกมีภาวะโภชนาการดีกว่า และครอบครัวที่มีรายได้สูงเด็กจะมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ส่วนอาชีพนั้นจากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามารดาที่มีอาชีพทำงานนอกบ้าน แบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีอาชีพทำงานในบ้าน โดยคะแนน

แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่มีอาชีพทำงานนอกบ้าน ($\bar{X}=51.61$) สูงกว่าคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาที่ทำงานในบ้าน ($\bar{X}=49.02$) จึงไม่สอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่าในครอบครัวที่มารดาออกไปทำงานนอกบ้านจะทำให้เกิดปัญหาต่อการเลี้ยงดูและสุขภาพเด็กเพราะอาจจะถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องบริโภคอาหาร แต่มารดาที่มีได้ออกไปทำงานนอกบ้านมักจะมีเวลาเลี้ยงดู เด็กจะได้รับการดูแลเกี่ยวกับอาหารเป็นอย่างดี ดังนั้นเด็กจะมีสุขภาพดีและการเจริญเติบโตเป็นปกติ (ฉัตรแก้ว ประวาทะนาวัน 2528 : 722) การศึกษารุ่นนี้ไม่เป็นไปตามแนวความคิดดังกล่าว อาจจะเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ครอบครัว โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มักออกไปทำงานนอกบ้าน และซึ่งเป็นการเพิ่มรายได้ให้ครอบครัวทำให้มีรายได้สูงขึ้นไปด้วย ซึ่งเป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่ามาให้บุตรรับประทานได้ดีกว่ามารดาที่มีอาชีพทำงานในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 114) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพแม่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอายุจาะรว່งน้อยกว่ามารดาที่มีอาชีพรับจ้างและรับราชการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลภา บินสมประสงค์ (2526 : 89-90) ที่พบว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้านมีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ามารดาที่ทำงานในบ้าน

ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย มารดาก็มีแบบแผนการให้อาหารบุตรไม่แตกต่างกัน ในทางทฤษฎีกล่าวไว้ว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเด็กมากทั้งในชุมชนในเมืองและชนบท คือชนบทธรรมนิยมประเพณี วัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ถ้าได้รับอิทธิพลจากผู้อาวุโสของครอบครัวหรือชุมชน ย่อมจะทำให้การเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนไปตามแต่ผู้อาวุโสต้องการ ทั้งนี้เนื่องจากการเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโสเป็นสิ่งที่หลักเล็งได้ยากในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริโภคอาหาร ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเด็กโดยตรง และมักเกิดในครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว เช่น การห้ามบริโภคอาหารชนิดต่างๆที่เด็กจำเป็นต้องได้รับสารอาหารนั้น เป็นต้น เนื่องจากมีความคิดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก (ฉัตรแก้ว ประวาทะนาวัน 2528 : 723) ดังนั้นครอบครัวเดี่ยวจึงน่าจะมีแบบแผนการให้อาหารบุตรถูกต้องกว่าครอบครัวขยาย การศึกษารุ่นนี้จึงไม่เป็นไปตามทฤษฎีดังกล่าว

ขนาดครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ขนาดครอบครัวแตกต่างกันมีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในทางทฤษฎีกล่าวว่า ขนาดครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่หนาแน่นก็อาจมีผลต่อสุขภาพของเด็กได้ เพราะจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ครอบครัวขนาดใหญ่ มารดาจะไม่มีโอกาสดูแลบุตรได้ทั่วถึง และขาดแคลนอาหาร (ฉัตรแก้ว ประวาทะ นาวิน 2528 : 729) การศึกษาครั้งนี้จึงไม่เป็นไปตามทฤษฎีดังกล่าว อาจเนื่องมาจากครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีจำนวนบุตรน้อยเพียง 1-2 คน เท่านั้น จึงทำให้ขนาดครอบครัวแตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้แบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันดังกล่าว

นอกจากนี้การที่ผลการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะครอบครัว และขนาดครอบครัวแตกต่างกัน แบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่าง มารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการกำหนดแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กอายุ 1-3 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี อ.เมือง จ.สระบุรี และมาตรวจสอบสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี หรือที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี รวมทั้งมารดาและเด็กอายุ 1-3 ปี ที่อยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน เมษายน 2534-กันยายน 2534 จำนวน 120 ราย โดยแบ่งเป็นมารดา และเด็กอายุ 1-3 ปี ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และทุพโภชนาการ อย่างละ 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กและคะแนนแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา
3. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กกับแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
4. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อาชีพ และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ขนาดครอบครัว และลักษณะครอบครัว เปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบที (t-test)
5. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว เปรียบเทียบโดยวิเคราะห์ความแปรปรวน

6. เปรียบเทียบแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา ตามปัจจัยด้านมารดาและปัจจัยด้านครอบครัว เช่นเดียวกับข้อ 4 และ 5

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการให้อาหารของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.3498$)
2. มารดาที่มีความแตกต่างกันด้านระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัว มีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$, .05 และ .01 ตามลำดับ) ส่วนมารดาที่มีความแตกต่างกันด้านขนาดครอบครัวและลักษณะครอบครัว มีแบบแผนการให้อาหารบุตรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการปลูกฝังความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กในมารดาที่หาบุตรมารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดีและในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคขาดสารอาหาร การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของเด็ก แรงจูงใจและปัจจัยร่วมต่างๆ เกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ซึ่งจะมีผลทำให้มารดาสามารถจัดแบบแผนการให้อาหารบุตรได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น

1.2 ประเมินแบบแผนการให้อาหารบุตร โดยเฉพาะเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ควรประเมินอย่างละเอียด เพื่อคว้ามารดามีพฤติกรรมการให้อาหารบุตรอย่างไร โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง ชนิดของนม การเริ่มให้รับประทานอาหารเสริม จำนวนมื้อของอาหารเสริมถูกต้อง เหมาะสมกับอายุเด็กหรือไม่ การให้รับประทานอาหารในเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ให้รับประทานครบ 5 มื้อหรือไม่ เป็นต้น

1.3 จัดให้มีโภชนศึกษาแก่มารดา โดยเน้นเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอย่างเหมาะสมตามวัย ได้แก่ การให้นม การให้อาหารเสริม และการให้อาหารครบ 5 มื้อ

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารควรจัดอบรมให้บุคลากรทีมสุขภาพ ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมมารดาให้มีความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบแผนการให้อาหารบุตรอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดทุพโภชนาการในเด็กต่อไป

2.2 ควรจัดอบรมบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

3. ด้านการศึกษา

3.1 จัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาเข้าใจถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบแผนการให้อาหารเด็กในวัยต่างๆ

3.2 ฝึกทักษะการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก และแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

3.3 ส่งเสริมนักศึกษาในการให้โภชนศึกษา เกี่ยวกับแบบแผนการให้อาหารเด็กแก่มารดาให้เหมาะสมตามปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นจริงที่มารดาสามารถปฏิบัติได้

4. ด้านการวิจัย

4.1 การศึกษาแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดาใน 1 สัปดาห์ โดยแยกเด็กในวัยต่างๆ เช่น 6 เดือน, 1 ปี, 2-3 ปี เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงความจริงมากที่สุด

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการให้อาหารบุตรของมารดากับภาวะโภชนาการของบุตรในวัย 1-3 ปี เพราะนอกจากแบบแผนการให้อาหารบุตรจะมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุตรโดยตรงแล้ว พฤติกรรมการให้อาหารบุตรก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะต้องศึกษาสำหรับเด็กวัย 1 ปีขึ้นไป เพราะถ้าพฤติกรรมการให้อาหารบุตรของมารดาไม่เหมาะสมตามวัย เช่น บังคับหรือไม่ยอมให้เด็กช่วยเหลือตนเอง ก็จะทำให้เด็กปฏิเสธอาหาร และนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้เช่นกัน

4.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อาชีพของมารดา กับแบบแผนการให้อาหารบุตร

4.4 ศึกษาผลของการให้โภชนศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการให้อาหารเด็กแก่มารดาในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การสาธิต เป็นต้น

บรรณานุกรม

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานโภชนาการ : ตามแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2530.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวัง (เด็กอายุ 0-60

เดือน. งวดที่ 1/33 (ตุลาคม-กันยายน 2532).

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และกัลยา ทองประเสริฐ. "ผลของอาหาร โภชนาการ และการออกกำลังกาย

กำลังกาย ต่อสมรรถภาพร่างกายของเด็ก." วารสารการแพทย์โรงพยาบาล

ศรีสะเกษ, สุรินทร์, บุรีรัมย์. 2(พฤษภาคม-สิงหาคม 2530) : 30-40.

จรรยา สุวรรณทัต. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. เอกสารการสอนชุดวิชาการ

พัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.

จรินทร์ ชานันต์. ปทานุกรมศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2518.

ฉัตรแก้ว ประวาทะนาริน. บทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพเด็ก เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพ

เด็ก หน่วยที่ 8-15. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

ชูศรี วงษ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์

เจริญผล, 2527.

ชื่นชม เจริญยุทธ, อารมณ์ วุฒิฤกษ์, สมณฑา สิทธิพงศ์สกุล และสุธีรา สุนทรกุล. โครงการ

ส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเข้าเรียน. ภาควิชาการพยาบาล

สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

ฐานิต อิศรเสนาฯ. "การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ." ตำรากุมารเวชศาสตร์

เล่ม 1. หน้า 23-50. สำหรับ จิตตินันท์ และเสาวนีย์ จำเดิมแผ้วถาง

บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2528.

ธรา วิวิธพานิช, สมใจ วิชัยดิษฐ์ และอรพินท์ ทรงวิทย์ชุตี. พฤติกรรมการกินของหญิงตั้งครรภ์
ให้นมบุตร และการเลี้ยงดูทารกในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการประชุม
เชิงปฏิบัติการ : พฤติกรรมการกินของคนไทย. สถาบันวิจัยโภชนาการ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 17-19 ธันวาคม 2527.

นภา ศิวรังสรรค์. "ภาวะโภชนาการของเด็กระดับประถมศึกษากรุงเทพมหานคร โดยใช้การ
สัมภาษณ์อาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง." โภชนาการสาร. 2(เมษายน-
มิถุนายน 2531) : 117-126.

นวลอนงค์ ศรีมารุต และคณะ. "ภาวะทุพโภชนาการในวัยเด็ก : การวิเคราะห์สภาวะทาง
โภชนาการและสังคม." สารศิริราช. 11(พฤศจิกายน 2532) : 591-596.

นิตยา อังการบุระ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา.
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

คุณิ สุกขปริยาศรี. "สุขภาพจิตและโภชนาการ." โภชนาการสาร. 3(กรกฎาคม-
กันยายน 2526) : 17-18.

คุณิ สุกขปริยาศรี, เพียรวิทย์ ดันดีแพทยากร และบุญช่วย ดุลยศักดิ์. ภาวะโภชนาการปกติ
ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะโภชนาการด้อย. เอกสารการสอนชุดวิชา
โภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : บริษัท นวกนก จำกัด, 2527.

ปาริชาติ บุญพิศา, วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์ และนัยนา อัสวภค. "การยอมรับและการประเมิน
คุณค่าทางโภชนาการของอาหารเสริมสำหรับทารก ซึ่งเตรียมจากข้าว ถั่ว และถั่ว
ชนิดต่างๆ." โภชนาการสาร. 4(ตุลาคม-ธันวาคม 2531) : 345-367.

ประพิมพ์พร สมณาแข่ง และคณะ. "โครงการประมงหมู่บ้านกับภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก."
โภชนาการสาร. 3(กรกฎาคม-กันยายน 2530) : 183-205.

มาเรียม ดือราโกบี. ปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนการให้อาหารทารกของสตรีภาคใต้.

ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

มัตสฺสตะ มิชฺชิโอะ. สารานุกรมการเลี้ยงดูเด็ก. แปลและเรียบเรียงโดย พรอนงค์ นิยมคำ.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2529.

ยุพิน จันทรรักคะ. "การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ." ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น.

หน้า 107-135. นรศรี ศรีธัญญาพร และอู๊ด วัฒนานนท์ บรรณาธิการ.

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค

กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.

วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

รุ่งนภา สัตตือ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี : กรณีศึกษา

เปรียบเทียบกับอำเภอที่มีอัตราเด็กขาดสารอาหารสูงและต่ำ ในจังหวัดลำปาง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิจัยประชากรและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

วนิดา สิทธิธรรมฤทธิ. โภชนศึกษาเพื่อชุมชน. แผนกบริการกลาง สำนักงานอธิการบดี

พระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม, 2527.

วัลภา บินสมประสงค์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยง

ดูบุตรของมารดาที่พัฒนาการของเด็กของตน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช,

2526.

ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อ

ป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี.

วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการพฤติกรรมกรรมการกิน

ของคนไทย. กรุงเทพฯ : ประจักษ์, 2527.

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพฯ : เทคนิค 19, 2529.

สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : 2527.

สุธีรา อาวุธวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดชนิษฐ์การพิมพ์, 2527.

สุรินารถ ปรางทอง. แบบแผนการเลี้ยงดูบุตร : การศึกษาเฉพาะกลุ่มมารดาที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม, 2529.

สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคหุสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

โสพรรณ โทณะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. 2532.

สังคม จงพัฒน์วัฒน์ชัย. "การส่งเสริมภาวะโภชนาการในชุมชน." ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย. หน้า 138-147. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมพร สุกส์นักรวุฒิ และภาวดี กุญชรานุสรณ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2531.

สมาใจ วิชัยดิษฐ์. น้ำหนัก ส่วนสูง และสัดส่วนต่างๆ ของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทประจักษ์วงษ์วรรณตั้งกรู๊ฟ จำกัด, 2533.

สมชาย ศรungsk์เดช. "กิจกรรมโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง."

โภชนาการสาร. 1(มกราคม-มีนาคม 2529) : 74-76.

สมชาย ศรungsk์เดช, รุจิรา มังคละศิริ และปาริชาติ บุญพิงค์. "การวิเคราะห์คุณภาพ ปริมาณ และแบบแผนการให้อาหารเสริมของเด็กอายุ 4-6 เดือน ที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง."

โภชนาการสาร. 2(เมษายน-มิถุนายน 2531) : 130-138.

อารี วัลยะเสวี และไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. "โภชนาการและการเติบโต : ปัญหาโภชนาการในประเทศไทย." ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย. หน้า 1-3. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมพร สุกส์นักรูมิ และภาวดี กุญชรานุสรณ์, บรรณาธิการ, กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2531.

อังคณา จิราจินต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) สาขา Acute Care Nursing. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

อุมพร สุกส์นักรูมิ. "การประเมินภาวะโภชนาการของทารกและเด็ก." ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย. หน้า 22-32. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมพร สุกส์นักรูมิ และภาวดี กุญชรานุสรณ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2531.

อุมพร สุกส์นักรูมิ และไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. "อาหารทารกและเด็ก." ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย. หน้า 37-44. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมพร สุกส์นักรูมิ และภาวดี กุญชรานุสรณ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2531.

อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

เออัมพร กาญจนรังสีชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล. 2532.

Andredi, K.G. "Self concept and health beliefs in Compliant and non Compliant hypertensive patients." Nursing Research. 30(November-December 1981) : 327-334.

Anderson L. and Others. Nutrition in Health and Disease. (17th edition). Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1982.

- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974.
- Becker, M.H., et al. "Selected Psychosocial Models and Correlations of Individual Health-Related Behavior." Medical Care. 15(May 1977) : 27-46.
- . "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experiment." Journal of Health and Social Behavior. 18(December 1977) : 348-366.
- . "The health belief model and sick role behavior." In The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974 : 82-92.
- Becker, M.H. Drachman, R.P. and Kirscht, J.P. "A New approach to sick role behavior in low income populations." American Journal of Public Health. 64(March 1974) : 205-216.
- Becker, M.H. and Miaman, L.A. "Socio-behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical care Recommendations." Medical Care. 13(January 1975) : 10-24.
- Cameron, M. & Hofvander. Manual on feeding Infants and young children. 3rd ed. Oxford : Oxford University Press, 1983.
- Cerkony, K. and Hart, L.K. "The relationship between the health belief model and compliance of person with diabetes mellitus." Diabetes Care. 3(November-December 1980) : 594-598.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliffs : Prentice-Hall Inc., 1982.

- Fishbein, M. and Ajzen, I. Belief, Attitudes, Intention and Behavior : An Introduction to theory and Research. Reading, Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company, 1975.
- George, G.G. Environmental factor affecting the growth of children. Am. J. clin. Nutr., 1972 : 25, 1184-1188.
- Gochman, Davids. "The Organizing Role of Motivation in Health Beliefs and Intentions." Journal of Health Social Behavior. 13(September 1972) : 285-293.
- Grewal T. et al. Etiology of malnutrition in rural Indian preschool Children, Madhya Pradesh. J. Trop. Ped. Env. Ch. Hlth., 1973 : 19, 235-240.
- Haefner, D.P. and Kirscht, J.P. "Motivational and Behavioral Effect of Modifying Health Belief." Public Health Report. (June 1970) : 478-483.
- Heinzelmann, F. and Bagley, R.W. "Response to Physical activity Programs and their Effects on Health Behavior." Public Health Report. 85(October 1970) : 905-911.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. "The Health Belief Model : A Decade Later." Health Education Quarterly. 11(Spring 1984) : 1-47.
- Karl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior." Archives Environment Health. 12(February 1966) : 250-257.
- Kegeles, S.S. "Some Motive for Seeking Preventive Dental Care." Journal of American Dental Association. 67(July 1963) : 116-173.

- Kittikul, Jeshda. Factor Influencing Nutritional Status of Infants and Pre-school Children in Trakarn Paech-Phol district, Ubol Rajiathani Province. Unpublished Thesis MA. Bangkok. Faculty of Graduate, Mahidol University, 1982.
- King, J. "The Health Belief Model." Nursing Time. 80(24 October 1984) : 53-55.
- Kirscht, J.P. "The Health Belief Model and Behavior." Health Education Monograph. 3(Winter 1974) : 387-405.
- Maiman, L.A., et al. "Scale for Measuring Health Belief Model Dimensions : A Test of Predictive Value, Internal Consistency and Relationships Among Beliefs." Health Education Monographs. 5(1977) : 215-230.
- Mikhail, B. "The Health Belief Model : review and critical evaluation of the Model, research and practice." Advance in Nursing Science. 4(October 1981) : 65-82.
- Poskitt, E.M.E. Practical Paediatric Nutrition. London : Butterworths, 1988.
- Rodmanee, Laddawan. Female Labor Force Participation, Fertility and Quality of child care For Pre-school Children. SEAPRAP Research Report No.48 Institute of Southeast Asian Studies, Republic of Singapore, 1980.
- Rokeach, M. Belief, attitude and values. San Francisco, Jossey Bass Inc., 1971.
- Rosenstock, J.M. Historical original of the health belief model. In The health belief Model and personal health behavior. p.1-8 Edited by Becker, M.H. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974.

Rosenstock, J.M. "Why People use Health Service." Milbank Memorial Quarterly. 44(July 1966) : 94-127.

Slattery, J.S., Pearson, G.A. and Torre, C.T. Maternal and Child Nutrition : Assessment and counseling. New York : Appleton-Century-Crofts, 1979.

Tirrel, B.E. and Hart L.K. "The relationship of health belief and knowledge to exercise compliance in patients after Coronary by pass." Heart and Lung. 9(1980 : 477-493).

Victoria, L.C. "Instrument Development for Health Belief Model Constructs." Advances in Nursing Science. 6(April 1984) : 73-85.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการ
ให้อาหารเด็ก และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นายแพทย์ ไพบุลย์ เอกแสงศรี

หน่วยโภชนาการ โรงพยาบาลเด็ก

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์

ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ วิชัยดิษฐ์

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร สุกส์นักรวุฒิ

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบสอบถามเลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. ชื่อเด็ก_____นามสกุล_____
2. อายุ_____ปี_____เดือน_____
3. น้ำหนัก_____กิโลกรัม
4. ส่วนสูง_____เซนติเมตร
5. มีพี่น้องทั้งหมด_____คน (รวมทั้งเด็กด้วย)
6. อาชีพมารดา
 - () แม่บ้าน
 - () ค้าขายในบ้าน, ตัดเย็บเสื้อผ้าหรือเสริมสวย
 - () ค้าขายนอกบ้าน
 - () รับจ้าง, ลูกจ้าง
 - () รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ
 - () อื่นๆ ระบุ_____
7. ระดับการศึกษาของมารดา
 - () ประถมศึกษาปีที่ 1-7
 - () มัธยมศึกษาปีที่ 1-5
 - () ตั้งแต่อุดมศึกษาขึ้นไป
8. รายได้ของครอบครัว_____บาท/เดือน
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว_____คน
10. ลักษณะครอบครัว
 - () ครอบครัวเดี่ยว
 - () ครอบครัวขยาย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

ภายหลังจากผู้สัมภาษณ์ได้ทำความคุ้นเคยกับมารดาเรียบร้อยแล้ว ให้เริ่มสัมภาษณ์โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. อ่านคำถามในแบบสัมภาษณ์ทีละข้อ ให้มารดาพิจารณาคำถาม และตอบว่ามีความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กอย่างไร โดยพิจารณาจากคำตอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ
2. บันทึกคำตอบของมารดาโดยการเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของมารดา
3. ในกรณีที่มารดามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้อาหารบุตร จะขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบสอบถามก่อน หลังจากนั้นจึงเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยต่างๆ

คำชี้แจงสำหรับมารดา

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของท่านหรือไม่ ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีถูกไม่มีผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่ตัวท่านแต่อย่างใด ผลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงการให้อาหารสำหรับเด็กต่อไปในอนาคต

กรุณาตอบทุกข้อโดยพิจารณาคำตอบดังนี้

ถ้าท่านมีความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจตรงกับข้อใดให้ตอบ เห็นด้วย

ถ้าความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านไม่ตรงกับข้อใดให้ตอบ ไม่เห็นด้วย

ถ้าท่านไม่แน่ใจว่าจะมีความรู้รู้สึก หรือความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ให้ตอบ ไม่แน่ใจ

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. โรคขาดสารอาหารในเด็ก เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ 2. เด็กที่กินนมชั้หวานแทนนมแม่จะมีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหาร 24. การให้อาหารเด็กตามคำแนะนำ ปู ชำ ตา ฮาย เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติตามเสมอ			

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

ภายหลังจากสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแล้วให้เริ่มสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร โดยปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. คำถามแต่ละข้อในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สัมภาษณ์ตามแนวคำถามในคู่มือแล้วให้มารดาพิจารณาคำถามและตอบว่าได้ปฏิบัติอย่างไรกับบุตรของตน

2. บันทึกคำตอบของมารดาในช่องคำตอบ

3. ในกรณีที่คำตอบของมารดาตรงกับคำตอบในคู่มือ ให้ทบทวนคำตอบนั้นอีกครั้งเพื่อความแน่ใจ

4. ในกรณีที่คำตอบของมารดาไม่ชัดเจน หรือมารดาตอบว่าไม่ทราบหรือจำไม่ได้ ให้ถามคำถามนั้นซ้ำอีกครั้งแล้วจึงบันทึกคำตอบ

5. ในกรณีที่คำตอบของมารดามีรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติมก็ให้บันทึกลงในช่องคำตอบด้วย

คำชี้แจงสำหรับมารดา

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการกระทำหรือการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้อาหาร _____ (ชื่อเด็ก) _____ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน โปรดพิจารณาคำถามและตอบตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

แบบสัมภาษณ์แบบแผนการให้อาหารบุตร

1. ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี ท่านเลี้ยง _____ (ชื่อเด็ก) ด้วยนมอะไรบ้าง?
2. _____ (ชื่อเด็ก) กินนมแม่เป็นเวลานานเท่าใด?
3. _____ (ชื่อเด็ก) เจ็บป่วยหรือไม่สบายด้วยโรคต่อไปนี้ท่านให้ลูกกินอาหารอย่างไร? ลดหรือเพิ่มอาหารชนิดใดเป็นพิเศษหรือไม่ ?
 - มีไข้
 - ท้องเสียหรือท้องเดิน



ตารางแสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ (N=60) และกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรทุโภชนาการ (N=60) จำแนกตามระดับความถูกต้องของความเห็นเกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรทุโภชนาการ		
	มีภาวะโภชนาการปกติ			บุตรทุโภชนาการ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. โรคขาดสารอาหารในเด็กเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	95.0	5.0	-	95.0	-	5.0
2. เด็กที่กินนมชั้นหวานแทนนมแม่จะมีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้	75.0	20.0	5.0	66.7	23.0	10.0
3. การให้เด็กกินข้าวหรือกล้วยบดตั้งแต่อายุน้อยกว่า 3 เดือน จะทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้	23.3	28.3	48.3	21.7	18.3	60.0
4. การให้เด็กกินกับข้าวมากๆ จะทำให้เป็นโรคขาดสารอาหารได้	30.0	16.7	53.3	43.3	20.0	36.7
5. เด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสมจะเจ็บป่วยง่ายกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดา	76.7	10.0	13.3	73.3	11.7	15.0

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทุโภชนาการ		
	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
6. เด็กที่เป็นโรคขาด สารอาหารเรื้อรัง จะทำให้สติปัญญา ด้อยกว่าปกติ	88.3	8.3	3.3	75.0	13.3	11.7
7. โรคขาดสารอาหาร ถ้าเป็นรุนแรงอาจ ทำให้ตายได้	80.0	13.3	6.7	70.0	15.0	15.0
8. เด็กที่ขาดสาร อาหารจะตัวเล็ก กว่าเด็กปกติ	95.0	3.3	1.7	83.3	10.0	6.7
9. เด็กที่ขาดสาร อาหารมักเจ็บป่วย บ่อยกว่าเด็กปกติ	88.3	6.7	5.0	85.0	1.7	13.3
10. เมื่อทราบว่าเด็ก เป็นโรคขาดสาร อาหารต้องรีบให้ การดูแลรักษา มิฉะนั้นจะทำให้ อาการรุนแรงมากขึ้น	98.3	1.7	-	95.0	3.3	1.7
11. การพาเด็กไปตรวจ สุขภาพและชั่งน้ำหนัก เป็นสิ่งจำเป็นเพราะ จะทำให้ทราบว่า เด็กเติบโตปกติ และ ได้รับอาหารพอเพียง	98.3	1.7	-	95.0	3.3	1.7

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทุโภชนาการ		
	เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
12. การให้อาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว, เนื้อสัตว์ หรือไข่ หรือถั่ว, ไขมัน ผัก ผลไม้) แก่ เด็กทุกวันจะป้องกัน โรคขาดสารอาหารได้	100.0	-	-	95.0	3.3	1.7
13. การเตรียมอาหาร สำหรับเด็กเป็น เรื่องที่เสียเวลา	10.0	3.3	86.7	11.7	5.0	83.3
14. การดูแลให้เด็ก รับประทานอาหาร เป็นเรื่องที่น่า เบื่อหน่าย	15.0	1.7	83.3	23.3	1.7	75.0
15. การทำงานนอกบ้าน จะเป็นอุปสรรคต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	73.3	3.3	23.3	81.7	-	18.3
16. การเลี้ยงลูกด้วย นมแม่จะทำให้เด็ก สุขภาพดีทั้งกาย และใจ	93.3	6.7	-	96.7	-	3.3
17. ในกรณีที่ไม่มีอาหาร เนื้อสัตว์สามารถให้ ถั่วทดแทนอาหาร เนื้อสัตว์ได้	70.0	20.0	10.0	70.0	13.3	16.7

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทุโภชนาการ		
	เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
18. การพาเด็กไป ซึ่งน้ำหนักต้องเสีย เวลาคายนาน	25.0	6.7	68.3	40.0	6.7	53.3
19. การที่เด็กมี น้ำหนักตัวขึ้น อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีกำลังใจ ในการจัดเตรียม และดูแลให้อาหาร แก่เด็ก	95.0	3.3	1.7	93.3	-	6.7
20. การได้รับความ สนใจ และการ ช่วยเหลือในการ เลี้ยงดูเด็กจาก สมาชิกในครอบครัว ทำให้มีกำลังใจใน การดูแลให้อาหาร เด็กมากขึ้น	96.7	1.7	1.7	88.3	1.7	10.0
21. การบริการของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการให้คำ แนะนำในการให้ อาหารแก่เด็กอย่าง ใกล้ชิดและเป็นกันเอง ทำให้มีกำลังใจในการ ดูแลให้อาหารเด็กดีขึ้น	90.0	6.7	3.3	81.7	6.7	11.7

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทุโภชนาการ		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
22. เมื่อมีข้อสงสัย เกี่ยวกับการให้ อาหารบุตรจะ ซักถามจาก พยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่นๆ เสมอ	86.7	3.3	10.0	71.7	11.7	16.7
23. การฟังรายการ วิทยุ คู่มือทัศนและ อ่านเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับคำแนะนำ การให้อาหารเด็ก เป็นสิ่งช่วยให้ เข้าใจในการปฏิบัติ ดีขึ้น	91.7	5.0	3.3	76.7	6.7	16.7
24. การให้อาหารเด็ก ตามคำแนะนำ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นสิ่ง ที่ควรปฏิบัติตามเสมอ	33.3	16.7	50.0	60.0	20.0	20.0



ตารางแสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ (N=60) และกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรทุโภชนาการ (N=60) จำแนกตามระดับความถูกต้องของแบบแผนการให้อาหารบุตรของมารดา

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรมีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตรทุโภชนาการ		
	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด
1. ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี ท่านเลี้ยง (ข้อเด็ก) ด้วยนม อะไรบ้าง?	3.3	1.7	95.0	8.3	10.0	81.7
2. (ข้อเด็ก) กินนมแม่ เป็นเวลานานเท่าใด?	56.7	13.3	30.0	41.7	8.3	50.0
3. ท่านให้ (ข้อเด็ก) กินนมอื่นๆ นอกเหนือ จากนมแม่ครั้งแรก เมื่ออายุเท่าใด? เพราะเหตุใดจึงให้ นมชนิดอื่นๆ	58.3	10.0	31.7	43.3	5.0	51.7
4. อาหารต่อไปนี้น่า จะให้ (ข้อเด็ก) กินครั้งแรกเมื่ออายุ เท่าใด? และให้วันละ กี่ครั้ง?						
4.1 ข้าวบดหรือ กล้วยบด	26.7	-	73.3	55.0	1.7	43.3
4.2 ไข่แดงต้มสุก	1.7	43.3	55.0	18.3	50.0	31.7

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทุโภชนาการ		
	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด
4.3 เนื้อสัตว์บด เช่น ปลา หมู ไก่ และอื่นๆ	10.0	41.7	48.3	36.7	26.7	36.7
4.4 ผักใบเขียวหรือ พืชทองต้มสุก	20.0	28.3	51.7	46.7	25.0	28.3
5. ปัจจุบันท่านให้ (ชื่อเด็ก) กินอาหาร กี่มื้อต่อวัน	5.0	13.3	81.7	5.0	3.3	91.7
6. ใน 1 วัน ท่านให้ (ชื่อเด็ก) กินอาหาร แทนนมอย่างไร?						
6.1 กินอาหารแทน นม 1 มื้อ/วัน เมื่ออายุ....	50.0	25.0	25.0	90.0	5.5	5.5
6.2 กินอาหารแทน นม 2 มื้อ/วัน เมื่ออายุ....	40.0	35.0	25.0	78.3	15.0	6.7
6.3 กินอาหารแทน นม 3 มื้อ/วัน เมื่ออายุ....	28.3	26.7	45.0	35.0	25.0	40.0
7. ส่วนใหญ่ท่านเตรียม อาหารให้ (ชื่อเด็ก) อย่างไร? เพราะ เหตุใด?	6.7	13.3	80.0	28.3	26.7	45.0

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทโภชนาการ		
	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด
8. ปัจจุบันนี้ท่านให้ (เชื้อเด็ก) กินอาหาร บ่อยครั้งเพียงใด?						
8.1 ใช่	6.7	25.0	68.3	45.0	10.0	45.0
8.2 เนื้อสัตว์หรือ เต้าหู้หรือถั่ว	3.3	8.3	88.3	18.3	3.3	78.3
8.3 ผัก เช่น ผัก ใบเขียว ผักทอง ฯลฯ	15.0	21.7	63.3	33.3	18.3	48.3
8.4 ผลไม้ เช่น ส้มเขียวหวาน, กล้วย, ฝรั่ง ฯลฯ	8.3	20.0	71.7	43.3	21.7	35.0
8.5 ไขมัน เช่น อาหารที่ทอด หรือมีกะทิ	16.7	21.7	61.7	35.0	30.0	35.0
8.6 ข้าว	3.3	11.7	85.0	5.0	6.7	88.3
8.7 นม เช่น นมผง นมสด นมกล่อง หรือน้ำเต้าหู้	15.0	23.3	61.7	70.0	8.3	21.7

ข้อความ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่บุตร มีภาวะโภชนาการปกติ			ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ บุตรทโภชนาการ		
	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด	ถูกต้อง น้อย	ถูกต้องเป็น บางส่วน	ถูกต้อง มากที่สุด
9. นอกจากอาหารใน ข้อ 8. ท่านได้ให้ (เชื้อเด็ก) กินอาหาร อื่นๆ อีกหรือไม่? ถ้าให้อาหารอื่นๆ ให้บอกชื่อชนิดของ อาหารและใช้เวลา ไทนบ้าง?	5.0	30.0	65.0	73.3	16.7	10.0
10. (เชื้อเด็ก) เจ็บป่วย หรือไม่สบายด้วย ปัญหาต่อไปนี้ ท่านให้ ลูกกินอาหารอย่างไร? งดหรือเพิ่มอาหาร ชนิดใดเป็นพิเศษหรือไม่?						
- มีไข้	-	-	100.0	-	-	100.0
- ท้องเสียหรือ ท้องเดิน	10.0	6.7	83.3	53.3	10.0	36.7

