

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในเรื่องความรู้ และการปฏิบัติตนของมารดาในการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในหมู่บ้านล้นโป่ง ตำบลบ้านกาศ กิ่งอำเภอแม่วาง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานเวดิตทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา วารสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งนำเสนอเป็นส่วนตามลำดับดังนี้

โรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน

อาหารเสริม

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน

ปัญหาโภชนาการที่พบบ่อยในเด็กไทย โดยเฉพาะในทารก และวัยก่อนเรียนที่นับว่ามีความสำคัญมาก มีอยู่ 7 โรค คือ โรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินเอ โรคโลหิตจาง เนื่องจากขาดเหล็ก โรคขาดวิตามินบีหนึ่งและบีสอง โรคคอพอกเนื่องจากการขาดธาตุไอโอดีน และโรคนิ้วในกระเพาะปัสสาวะ ในโรคดังกล่าวนี้ที่เป็นปัญหาและมีความสำคัญมากก็คือ โรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน เนื่องจากเป็นปัญหาของทุกภาคในประเทศไทย และมีความรุนแรงสูง (อารี วัลยะเสวี 2522:356)

โรคขาดโปรตีนและพลังงาน (protein-energy malnutrition หรือ PEM) หรือบางที่เรียกว่าโรคขาดโปรตีนและแคลอรี (protein-calorie malnutrition หรือ PCM) เป็นพยาธิสภาพของร่างกายที่เกิดจากร่างกายได้รับโปรตีนหรือพลังงานไม่เพียงพอ หรือได้รับทั้งโปรตีนและ

พลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยทั่วไปแล้วการขาดโปรตีนและขาดพลังงานมักจะเกิดขึ้นร่วมกัน ถ้ามีการขาดโปรตีนอย่างรุนแรงและมองเห็นได้ชัดเจนกว่า เรียกว่า โรคควาชิออร์คอร์ (kwashiorkor) ส่วนการขาดพลังงานหรือแคลอรีอย่างรุนแรงและชัดเจนกว่า เรียกว่า โรคมาร์สมัส (marasmus) และโรคที่มีลักษณะอาการขาดทั้งโปรตีนและแคลอรี เรียกว่าโรคมาร์สมิก ควาชิออร์คอร์ (marasmic kwashiorkor) (Benjamin Torum Fernando E. Viteri 1988:746)

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็ก

1. ขาดการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ (lack of breast feeding) ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุดังนี้

1.1 มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของนมแม่ จึงไม่ได้เลี้ยง หรือไม่พยายามเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ และใช้อาหารอื่นที่ไม่เหมาะสมเลี้ยงทารก เช่น ใช้ข้าวต้มเลี้ยงทารกพร้อมกับนมแม่ตั้งแต่อายุภายใน 1 สัปดาห์แรกเกิด

1.2 มารดาทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถให้นมแก่บุตรได้ในเวลากลางวันและมึผลทำให้น้ำนมหลังน้อยลงด้วย เนื่องจากขาดการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมจากการให้เด็กดูดนมแม่

1.3 มารดากลัวเสียทรง ออกไม่สวย ถ้าเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ หรือกลัวว่าสามีจะไม่รักถ้ารูปร่างเสียทรงไป

1.4 ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ หรือไม่มี ทั้งนี้เนื่องจากมารดาเองมีภาวะโภชนาการไม่ดีอยู่ก่อน และขาดการกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมตั้งแต่ 1-2 วันแรกหลังคลอดทำให้มีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก

2. เด็กรับประทานอาหารเสริมไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม (inadequate and improper supplementary foods) ทั้งนี้เนื่องจาก

2.1 มารดาตั้งครรรภ์ใหม่ทำให้มีเวลา และให้ความสนใจเกี่ยวกับการได้รับอาหารเสริมของเด็กลดลง

2.2 เด็กห่ามเร็วเกินไป และได้รับอาหารเสริมอื่น ๆ ไม่เพียงพอ เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถรับประทานอาหารทุกอย่างได้เหมือนผู้ใหญ่

2.3 วิถีเตรียมนมผสมไม่ถูกสัดส่วน ผสมในอัตราส่วนที่เจือจางทำให้ได้รับโปรตีนและแคลอรีไม่เพียงพอ

3. มีความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะทุโภชนาการและการติดเชื้อ (interaction of malnutrition and infection) ภาวะทุโภชนาการจะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะมีผลกระทบทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการ ในรายที่เป็นโรคขาดอาหารอยู่ก่อนจะทำให้ยิ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและทำให้โรคขาดอาหารเลวลงไปอีก ถ้าอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

อาการและอาการแสดง (วิลลิตน์ จงเจริญ 2531:202)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคนี้ จะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ถ้าเป็นไม่มากหรือในระดับปานกลาง จะพบว่ามีน้ำหนัก หรือส่วนสูงน้อยกว่าปกติ และจะมาขอรับบริการที่สถานพยาบาลด้วยอาการของโรคอื่นที่เกิดร่วมกับโรคขาดโปรตีน และพลังงาน เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และอื่นๆ ถ้าเป็นมากหรือเป็นในระดับที่รุนแรง จะแสดงอาการของโรคนี้อย่างชัดเจน กลุ่มอาการของโรคจะแตกต่างกันชนิดของอาหารที่ขาด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 ชนิด คือ

1. โรคควาซีออร์คอร์ เป็นคำภาษาอัฟริกัน จากประเทศดานา (Ghana) แปลว่า "red body" เข้าใจกันว่าเป็น "เด็กผมแดง" หรือ "เด็กที่ถูกทอดทิ้ง" หรือ "โรคเด็กที่หนังงใหม่" หรือ "โรคของเด็กหนังง" เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดโปรตีนอย่างมาก แต่ได้รับแคลอรีเพียงพอ หรืออาจจะขาดเล็กน้อย มักพบในเด็กที่มีอายุ 1 ขวบขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะที่ห่ามมารดา มารดาอาจเริ่มมีครรภ์ใหม่ ไม่มีเวลาหรือขาดความสนใจในการให้นมและอาหารที่มีโปรตีนที่เพียงพอหรือฐานะเศรษฐกิจยากจน และประกอบกับเด็กยังอยู่ในช่วงระยะที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ในการกินอาหารได้เต็มที่เด็กจะได้อาหารจากแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นวัยที่มีโอกาสขาดอาหารโปรตีนได้มาก โดยเฉพาะภายหลังอายุประมาณ 18 เดือน ลักษณะอาการที่สำคัญคือ จะมีอาการบวม

โดยเฉพาะที่ขาทั้งสองข้างกดรั้ง ถ้าเป็นมาก ๆ จะบวมที่แขนและหน้าด้วย แก้มจะขยุย หน้ากลมเหมือนพระจันทร์ ท้องมีลักษณะพุงโร ในระยะแรกพ่อแม่หรือผู้ปกครองบางคนมักเข้าใจผิดว่าเด็กแข็งแรง เนื่องจากไม่พอม มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผิวหนังอักเสบ มีลักษณะคล้ายถูกไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก บริเวณส่วนที่ถูกกดหรือเสียดสีบ่อยๆ เช่น บริเวณก้น ขาหนีบ ผิวหนังส่วนนั้นจะตาย ทำให้มีสีคล้ำและหลุดลอกออกมาเป็นแผ่นๆ สีของผมหงจะจางลง อาจเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือสีแดง ผมหงบาง แห่งเพราะเวลาถึงจะหลุดง่าย และผมที่เคยหยิกอาจจะเหยียดตรง มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ เด็กจะมีอาการเฉื่อยช้านิ่งๆ ไม่ซุกซน เป็นโรคติดเชื้อง่าย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการมักจะไม่สมตามอายุ

2. โรคมารัสมีส เป็นภาวะที่ร่างกายขาดพลังงานอย่างมาก พบได้ในเด็กทุกอายุ และพบบ่อยอายุ 2 ปี มักเกิดขึ้นเนื่องจากมารดาไม่ได้ให้นมแม่เลี้ยงทารก หรือซงนมเจือจาง ไม่ได้สัดส่วน และวิธีการชงไม่สะอาด ทำให้เด็กมักเกิดโรคอุจจาระร่วงร่วมด้วย มารดาให้อาหารเสริมไม่ถูกต้องเด็กจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ผอมแห้งมาก แขนขาลีบ น้ำหนักจะน้อยกว่าปกติมาก เป็นลักษณะหนังหุ้มกระดูก เพราะไขมันและกล้ามเนื้อถูกใช้ไปจนลีบ หน้าตาเหมือนคนแก่หรือคล้ายลิง อย่างไรก็ตามเด็กมักจะยังตื่นตัวดี ไม่บวมตามขาและเท้า

3. โรคมารัสมีค-ควาซิออร์คอร์ เป็นภาวะที่ร่างกายขาดทั้งโปรตีนและพลังงาน เนื่องจากผู้ป่วยที่ขาดโปรตีน โดยมากมักจะขาดพลังงานด้วย และผู้ป่วยที่ขาดพลังงานก็มักจะขาดโปรตีนด้วย จะมีอาการแสดงอยู่ระหว่างอาการของโรคควาซิออร์คอร์และโรคมารัสมีส เด็กจะมีอาการบวมแต่ไม่มากเท่ากับโรคควาซิออร์คอร์ และกล้ามเนื้อลีบเหี่ยวแต่ก็ไม่มากเท่ากับโรคมารัสมีส มีอาการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง และตับโตเหมือนกับพวกโรคควาซิออร์คอร์ น้ำหนักตัวจะน้อยกว่าปกติ การเจริญเติบโตหยุดชะงักและมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

การพยากรณ์โรค

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงานอย่างรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้อัตราตายสูงถึงร้อยละ 30-40 แต่ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ อัตราตายมีน้อย

คงเหลือเพียงร้อยละ 4-5 เท่านั้น (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ 2522:429)

ลักษณะที่บ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคไม่ดีคือ อายุน้อยกว่า 6 เดือน มีอาการท้องเสียอย่างแรง และไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา ชีมี มีโรคติดเชื้อร่วมด้วย มีแผลที่ผิวหนัง มีภาวะขาดน้ำ และเสียชีวิตเฉียบพลัน โทรลัสต์ เป็นต้น

ผลเสียของโรคขาดโปรตีนและพลังงาน

ผลเสียของโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ในการกและเด็กวัยก่อนเรียน จำแนกออกได้ดังนี้

1. ผลเสียต่อผู้ป่วย

1.1 ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ เด็กจะตัวเล็ก น้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าปกติ และมีอาการแสดงการขาดอย่างชัดเจนในรายที่เป็นรุนแรง

1.2 ทำให้สติปัญญาและการเรียนรู้ต่ำกว่าปกติ ในรายที่รุนแรงจะทำให้มีจำนวนเซลล์ในสมองน้อยกว่าปกติ สมองจะเล็ก ซึ่งมีผลต่อสติปัญญาและการเรียนรู้ในเวลาต่อมา และการที่เด็กป่วยเป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน จะทำให้ความสนใจ และสมาธิในการเรียนลดน้อยลง การเจ็บป่วยและการขาดเรียนบ่อยๆ จะยิ่งทำให้เวลาในการเรียนรู้ลดน้อยลงไปอีกด้วย

1.3 ทำให้ความต้านทานโรคต่ำ เกิดเป็นโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายและหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมักจะมีรุนแรง และมีอัตราตายสูงกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ

1.4 ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายสูง โดยเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรงมากอาจตายได้ จากการศึกษาข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า สาเหตุของการตายในการกและเด็กวัยก่อนเรียนจะมีโรคขาดโปรตีนและพลังงานเป็นสาเหตุร่วมหรือเป็นสาเหตุพื้นฐานถึง 30-50%

2. ผลเสียต่อครอบครัว

2.1 สิ้นเปลืองเวลาในการดูแลรักษาความเจ็บป่วย และเสียเวลาในการหาเลี้ยงชีพ

2.2 สูญเสียเงินทองในการรักษาพยาบาล ทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวต่ำลง

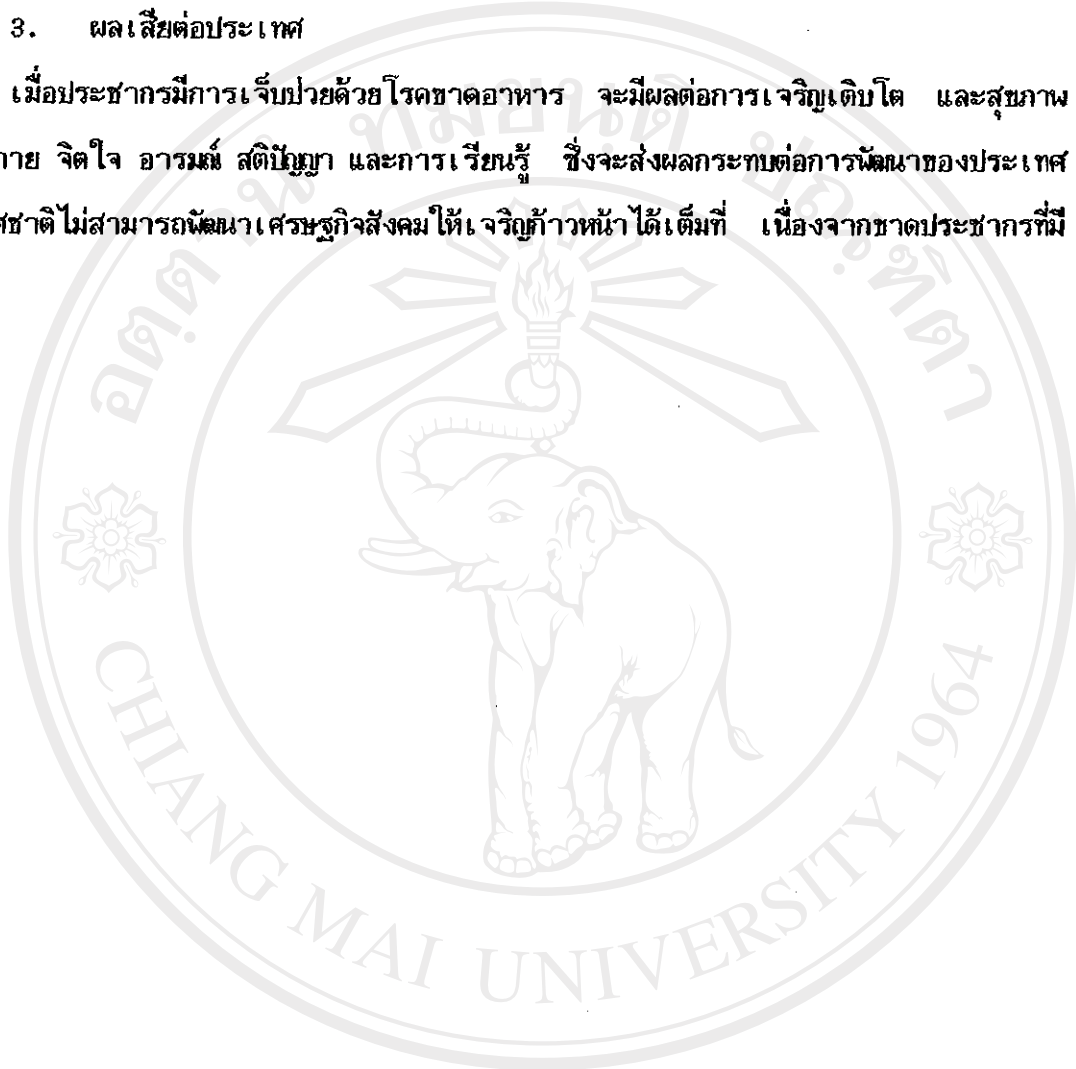
2.3 มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เนื่อง

จากความห่วงใย วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการสูญเสียเศรษฐกิจ

2.4 พ่อแม่มีบุตรมากเพื่อเผื่อตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยบ่อยและเด็กอาจเสียชีวิตได้ พ่อแม่จึงต้องการที่จะมีบุตรจำนวนหลายคน การมีบุตรหลายคนก็จะยิ่งทำให้ครอบครัวยากจนลงและเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

3. ผลเสียต่อประเทศ

เมื่อประชากรมีการเจ็บป่วยด้วยโรคขาดอาหาร จะมีผลต่อการเจริญเติบโต และสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และการเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของประเทศ ทำให้ประเทศชาติไม่สามารถพัฒนาเศรษฐกิจสังคมให้เจริญก้าวหน้าได้เต็มที่ เนื่องจากขาดประชากรที่มีคุณภาพ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความต้องการโปรตีนและพลังงาน

อายุ	ความต้องการ	
	โปรตีน (กรัม/กก./วัน)	พลังงาน (แคลอรี/วัน)
แรกเกิด - 3 เดือน	2.2	120
3 - 6 เดือน	1.85	100
6 - 9 เดือน	1.65	95
9 - 12 เดือน	1.50	100
1 - 2 ปี	1.20	105
2 - 3 ปี	1.15	100
3 - 5 ปี	1.10	95

ปริมาณโปรตีนและพลังงานที่ทารกและเด็กวัยต่างๆ ต้องการตามที่ WHO ได้กำหนดไว้ในปี 1985 ทารกแรกเกิดต้องการโปรตีน 2.2 กรัม/กก./วัน และเมื่อเจริญเติบโตจนอายุได้ 3-5 ปี จะต้องการโปรตีน 1.10 กรัม/กก./วัน ปริมาณนี้เป็นปริมาณโปรตีนที่มีคุณภาพดี ถ้าเป็นโปรตีนที่มีการย่อยได้ไม่สมบูรณ์ก็อาจจะต้องเพิ่มโปรตีนให้สูงขึ้นไปอีก เช่น ในกรณีที่ยกอาหารปกติทั้งข้าว ผัก ไข่ และอาหารที่ให้โปรตีน การย่อยโปรตีนในอาหารจะเป็นร้อยละ 75 เท่านั้น สำหรับทารกที่ได้รับนมมารดาถือว่าโปรตีนสมบูรณ์และย่อยได้หมด

อาหารโปรตีน

อาหารโปรตีนอาจเป็นสัตว์หรือพืชก็ได้ โดยทั่วไปแล้วเนื้อสัตว์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเนื้อ หมู วัว ไก่ เป็ด ปลา หรือตับ จะมีโปรตีนประมาณ 20 กรัม/100 กรัม ไช้จะมีโปรตีน 13 กรัม/100 กรัม ดังนั้นไข่ที่หนัก 50-60 กรัม จึงมีโปรตีนประมาณ 7 กรัมต่อฟอง นมวัวมีโปรตีนประมาณ 3.5 กรัม/100 มล. ในขณะที่นมแม่มี 1.2 กรัม/100 มล. คุณภาพของโปรตีนในนมแม่ถือได้ว่าเป็นที่ดีที่สุดเท่าที่จะมีในอาหาร สำหรับโปรตีนจากพืชนั้น แหล่งที่สำคัญคือ ข้าว ซึ่งมีโปรตีนประมาณ 7 กรัม/100 กรัม สำหรับถั่วเมล็ดแห้งนั้นมีความสำคัญมาก เพราะมีปริมาณโปรตีนสูง ถั่วเหลืองจะมีโปรตีนประมาณ 38 กรัม/100 กรัม ในขณะที่ถั่วอื่นๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วลิสง ถั่วดำ หรือถั่วแดง จะมีโปรตีนประมาณ 20 กรัม/100 กรัม (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์ 2531:8)

ถ้ากินอาหารที่มีส่วนผสมของข้าว ถั่ว และงา จะทำให้ได้รับปริมาณโปรตีนสูงทั้งและคุณภาพของโปรตีนดีขึ้นเพราะอาหารพวกนี้จะมี เช่น ข้าว จะมีไลซีน (lysine) ต่ำ และถั่วจะมี เมทไธอีน (methionine) ต่ำ ดังนั้นถ้ากินข้าวกับถั่วจะทำให้กรดอะมิโน ได้สัดส่วนดี งาจะช่วยเสริมให้กรดอะมิโน ทั้งคู่สูงขึ้นไปอีก สูตรอาหารข้าว ถั่ว งา ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข จึงถือได้ว่าเป็นโปรตีนที่สมบูรณ์ มีกรดอะมิโนที่จำเป็นครบถ้วน

ความต้องการพลังงานในทารกแรกเกิดประมาณ 120 แคลอรี/กก./วัน จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงในวัยทารกแล้วเพิ่มอีกเล็กน้อยในช่วงอายุ 1-2 ปี ต่อจากนั้นความต้องการของพลังงานต่อหน่วย น้ำหนักต่อวันจะค่อยๆ ลดลงไป และเป็นประมาณ 95 แคลอรี/กก./วัน ในเด็กอายุ 3-5 ปี

อาหารที่ให้พลังงานที่สำคัญคือ ข้าว แป้ง และน้ำตาล ซึ่งจะให้คาร์โบไฮเดรต รองลงมาคือไขมัน หรือน้ำมันจากทั้งพืชและสัตว์ สำหรับโปรตีนนั้นก็สามารถให้พลังงานได้ แต่ไม่ถือว่าเป็นอาหารหลักในการให้พลังงาน ไขมันเมื่อเผาผลาญแล้วจะให้ 9 แคลอรี/กรัม ในขณะที่คาร์โบไฮเดรต และโปรตีนจะให้ 4 แคลอรี/กรัม ในน้ำหนักมารดาเด็กจะได้พลังงานจากไขมันประมาณร้อยละ 50 จากแลคโตสร้อยละ 43 และจากโปรตีนร้อยละ 7

การป้องกัน

การป้องกันโรคขาดโปรตีน และพลังงานในเด็กวัยทารก และเด็กวัยก่อนเรียน สามารถจำแนกออกได้ดังนี้

1. ส่งเสริมหรือหาแนวทางต่างๆ ที่จะช่วยให้เด็กได้รับน้ำนมแม่และอาหารเสริมที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในเขตเมืองและชนบท ปรับปรุงการเตรียมอาหารให้ถูกวิธีการ ส่งเสริมฐานะเศรษฐกิจ เพื่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิตมากกว่าที่จะส่งเสริมฐานะเศรษฐกิจ เพื่อความสะดวกสบายด้านอื่น
2. ส่งเสริมให้มีความรู้ด้านอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับคุณค่าของอาหาร และจำนวนอาหารที่ร่างกายของเด็กจำเป็นต้องได้รับ หากทางขจัดความเชื่อหรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ให้ความรู้ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ส่งเสริมการเพิ่มปริมาณ และชนิดของอาหารในท้องถิ่น โดยส่งเสริมการเกษตรในครัวเรือน การปลูกพืชหมุนเวียน การเลี้ยงสัตว์ การกระจายอาหารสู่ผู้บริโภคให้ทั่วถึง ป้องกันการสูญเสียอาหารจากสัตว์ต่างๆ และเชื้อโรค ตลอดจนการตลาดสำหรับผลิตผลที่เหลือใช้ เพื่อช่วยยกมาตรฐานความเป็นอยู่ของประชาชนให้สูงขึ้นและมีรายได้เพิ่มขึ้น
4. การเฝ้าระวังโรค การบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง บนเส้นโค้งมาตรฐาน เพื่อติดตามการเจริญเติบโตของร่างกายเป็นระยะๆ จะช่วยค้นหาความผิดปกติของภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน ตั้งแต่เริ่มแรก
5. กระตุ้นให้ประชากรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และผลเสียของโรคขาดโปรตีน และพลังงาน รู้จักระวังและป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ หรือมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานี้ด้วยตนเองเมื่อเกิดโรคขึ้น
6. ส่งเสริมการให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยการจัดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อในเด็ก เช่น โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก และโรคโปลิโอ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง
7. ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ให้มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด มีการกำจัดสิ่งปฏิกูล และขยะมูลฝอยอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ

8. การให้บริการคลินิกตรวจสุขภาพ เป็นการให้บริการการตรวจสุขภาพของเด็กปกติ (well baby clinic) เพื่อติดตามดูการเจริญเติบโตและการพัฒนาต่างๆ ของเด็ก รวมทั้งภาวะโภชนาการด้วย เป็นที่ให้บริการทางด้านโภชนาการ และสุขภาพแก่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

9. โครงการพัฒนาการประยุกต์ (applied nutrition program) เนื่องจากปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข จึงได้มีองค์การระหว่างประเทศต่างๆ ให้ความสนใจเรื่องนี้อย่างมาก เช่น องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nation หรือ FAO) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) กองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Children's Emergency Found หรือ UNICEF) และมหาวิทยาลัยสหประชาชาติ (United Nation University) เป็นต้น องค์การเหล่านี้ได้พยายามสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ ที่มีปัญหาโภชนาการให้มีโครงการโภชนาการขึ้น โดยพยายามจัดให้มีการประสานงานจากหน่วยงานต่างๆ หรือจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้โดยเฉพาะ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านเกษตร การศึกษา การสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ

อาหารเสริม

อาหารเสริมสำหรับทารก หมายถึง อาหารต่างๆ ที่ให้แก่ทารกนอกเหนือจากน้ำนม เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน เช่น ข้าวบด กล้วยบด ไข่แดง ต้มสุก เนื้อสัตว์ ตับ ผักบด และน้ำต้มผัก เป็นต้น ในวัยทารกอาหารหลักคือ น้ำนมมารดา ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมที่สุด ดีที่สุดสำหรับทารก น้ำนมมารดาจะพอเพียงสำหรับทารกจนอายุได้ 6 เดือนเท่านั้น หลังจากนั้นทารกจะต้องได้อาหารเสริมซึ่งค่อยๆ เพิ่มปริมาณจนในที่สุดอาหารเสริมจะกลายเป็นอาหารหลัก และน้ำนมมารดาจะกลายเป็นอาหารเสริม ดังนั้นการให้อาหารเสริมแก่ทารกจึงมีความสำคัญมาก คุณภาพของน้ำนมมารดาที่จำกัดสามารถเลี้ยงดูทารกให้เจริญตามปกติได้จนถึงอายุ 4 - 6 เดือนเท่านั้น ถ้าให้ทารกดื่มแต่น้ำนมมารดาเพียงอย่างเดียว เมื่อทารกอายุเพิ่มมากขึ้นน้ำนมมารดาก็มีคุณค่าทางอาหาร

ไม่เพียงพอสำหรับความต้องการในการเจริญเติบโตของทารก ดังนั้นจึงต้องมีการให้อาหารเสริมแก่ทารก ที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งชนิด วิธีการให้ และระยะเวลาที่ให้ ตลอดจนมีการเตรียมอาหารเสริมที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

ถึงแม้ว่าทารกอาจเติบโตได้ดีเมื่อได้รับน้ำนมมารดาแต่เพียงอย่างเดียวจนถึงอายุ 4 - 6 เดือน และการให้อาหารเสริมในระยะนั้นอาจจะไม่จำเป็น แต่การที่แนะนำว่าควรให้อาหารเสริมตั้งแต่ระยะอายุ 3 เดือนนั้นก็เพื่อที่จะให้ทารกได้คุ้นเคยกับอาหาร จะได้ไม่มีปัญหาในการเพิ่มอาหารในเวลาต่อมา อาหารที่เริ่มให้ในระยะแรกๆ ควรจะเหมาะกับภาวะการยอมรับ การย่อยและการดูดซึมของเด็ก และ เมื่ออายุ 6 เดือนทารกจะกินอาหารได้มากขึ้น และสามารถแท่น้ำนมแม่ได้หนึ่งมือ นอกจากนี้ อาจจะให้อาหารว่าง เช่น ก๋วยเตี๋ยว มะละกอสุกด้วย เมื่อทารกอายุได้ 8 เดือน และ 1 ปี ก็จะได้รับอาหาร 2 และ 3 มื้อ ตามลำดับ ซึ่งปริมาณที่ได้รับต่อมื้อจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนในที่สุดเมื่ออายุได้ 1 1/2 - 2 ปี อาหารเสริมก็จะกลายเป็นอาหารหลักซึ่งให้ความต้องการแก่ร่างกายเพียงพอ

หลักการให้อาหารเสริม

1. ตามอายุและน้ำหนัก

การเริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกแตกต่างกันไปแล้วแต่ท้องถิ่นและประเพณีนิยม สำหรับเด็กไทยในบางท้องถิ่น เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ จะเริ่มให้ข้าวหรือก๋วยเตี๋ยวแก่ทารกเมื่ออายุเพียง 1-2 สัปดาห์ ทำให้เด็กไม่ร้องกวนและหลับได้นาน แต่ผลเสียก็คือทำให้ทารกดื่มน้ำนมแม่น้อยลง เกิดปัญหาการเกิดโรคขาดโปรตีนและพลังงาน

อายุที่เหมาะสมแก่การเริ่มอาหารเสริมควรเป็นประมาณ 3 เดือนเพราะเป็นช่วงเวลาที่ทารกเริ่มรู้จักใช้ลิ้นประสานงานกับการกลืน โดยลิ้นจะช่วยส่งอาหารครึ่งเหลวครึ่งแข็ง เช่น ข้าวบดหรือก๋วยเตี๋ยว ลงสู่ลำคอเพื่อการกลืนต่อไป

นอกจากอายุและน้ำหนักตัวของทารกก็ใช้เป็นแนวการให้อาหารเสริมด้วย เช่น อาจจะเริ่มให้เมื่อทารกมีน้ำหนักตัวระหว่าง 5.5-6.5 กิโลกรัม ซึ่งโดยเฉลี่ยควรจะมีอายุประมาณ 4-5 เดือน

2. การให้อาหารเสริมชนิดต่างๆ

การให้น้ำส้มคั้นเมื่ออายุทารก 3 เดือน ก็เพื่อให้วิตามินซี เพิ่มเติม แต่ถ้าทารกได้รับน้ำนมแม่หรือน้ำนมที่ทำให้คล้ายน้ำนมมนุษย์ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องให้น้ำส้มก็ได้ เพราะน้ำนมเหล่านี้มีวิตามินซีเพียงพอ ถ้าครอบครัวได้อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถจะเตรียมน้ำส้มให้สะดวกพอ ก็ไม่ควรที่จะแนะนำให้เริ่มน้ำส้ม เพราะทารกอาจจะเกิดโรคท้องร่วงได้ ถ้าคิดว่ามีความจำเป็นจะต้องเสริมวิตามินแก่ทารกก็อาจพิจารณาใช้วิตามินรวมชนิดหยดขนาด 0.3 มล. วันละหนึ่งถึงสองครั้ง วิตามินรวมชนิดน้ำเชื่อม (MTV syrup) ก็อาจจะใช้ได้เช่นกัน โดยใช้ขนาด 1/2 - 1 ช้อนชาวันละหนึ่งถึงสองครั้ง

ในอดีตที่มีการให้น้ำนมข้นจืด (evaporated milk) กันมาก และนมที่ไม่ได้เติมวิตามินดี จะเห็นว่ามีการแนะนำให้ใช้น้ำมันตับปลาแก่ทารก แต่เนื่องจากในปัจจุบันนมผสมมักทำให้คล้ายน้ำนมมนุษย์ มีวิตามินหรือจริงไม่จำเป็นต้องเสริมด้วยน้ำมันตับปลา แต่ถ้ามีความจำเป็นจะต้องให้วิตามินแก่ทารกก็อาจจะให้ในรูปวิตามินรวมดังกล่าวแล้ว

การเริ่มให้อาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าวบด หรือกล้วยครูด เมื่ออายุ 3 เดือนนั้น เนื่องจากในระยะนี้ทารกเริ่มกลืนอาหารได้ดีและมีน้ำย่อยอะไมเลส (amylase) แล้ว อาหารอื่นๆ เช่น ฟักทองก็เตรียมได้ง่าย และมีประโยชน์ มีวิตามิน เอ ด้วย แต่ถ้าให้ทุกวันจะทำให้ทารกมีผิวสีเหลือง (carotenemia)

การให้ไข่แดง ตับ และเนื้อสัตว์ ก็เพื่อที่จะให้ทารกได้ โปรตีนและเพิ่มธาตุเหล็ก เพราะเมื่อทารกอายุเกิน 3 เดือน เหล็กที่ได้รับจากแม่ขณะอยู่ในครรภ์ และสะสมไว้ก็จะเริ่มลดลง และเนื่องจากในระยะนี้ทารกมีการเติบโตเร็วมากจึงต้องการธาตุเหล็กเพิ่มเติม การให้น้ำส้มคั้นหรืออาหารที่มีวิตามินซี จะช่วยให้การดูดซึมธาตุเหล็กดีขึ้น

การให้อาหารโปรตีน นอกจากจะได้จากไข่แดง ตับ ปลา และเนื้อสัตว์อื่นๆ แล้ว ถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วเหลืองหรือถั่วเขียวต้มสุกบดละเอียดจะมีโปรตีนสูง ถ้าผสมกับข้าวในอัตราส่วนของข้าวและถั่วเป็น 2 ต่อ 1 ก็จะได้โปรตีนที่เพียงพอแก่ทารก ไข่แดงและตับให้ทั้งโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ นับว่าเป็นอาหารที่ดีสำหรับทารก สำหรับไข่ขาวอาจเริ่มให้เมื่ออายุประมาณ 1 ปี เพราะทารกบางคนอาจมีอาการแพ้ไข่ขาวได้โดยมีผื่นขึ้นตามผิวหนังหรือมีอาการหอบหืด อย่างไรก็ตามทารกบางคนก็อาจเริ่มให้ไข่ขาวเมื่ออายุได้ 7-8 เดือน

ถ้าต้องการเสริมแคลอรีในอาหารแก่ทารกที่มีน้ำหนักขึ้นช้ากว่าปกติอาจใช้น้ำมันพืชเติมลงไป
ในอาหาร เช่น ถ้าใช้น้ำมันพืช 1 ช้อนชาใส่ในอาหารแต่ละมื้อจะเพิ่มพลังงานได้อีกถึง 45 แคลอรี ถ้า
เพิ่มน้ำมันวันละ 3 ครั้ง ก็จะเพิ่มได้ถึง 135 แคลอรี (โกรสิทซ์ ดันดิคิรินทร์ วนดี วราวิทย์ 2522:
533)

การให้อาหารเสริมตามอายุ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2531)

ทารกแรกเกิดถึง 3 เดือน	ให้น้ำนมแม่แต่เพียงอย่างเดียว
ทารกอายุครบ 3 เดือน	ให้ข้าวบด 1-2 ช้อนควา และน้ำแกงจืด สลับกับกล้วยน้ำว้าสุกอมบด น้ำส้มคั้น
ทารกอายุครบ 4 เดือน	ให้กล้วยน้ำว้าสุกอมบด 1 ผล ข้าวบด 1-2 ช้อนควา กับไข่แดงต้มสุก ครึ่งฟอง และน้ำแกงจืด น้ำส้มคั้น
ทารกอายุครบ 5 เดือน	ให้กล้วยน้ำว้าหรือผลไม้สุกบด 3 ช้อนควา ข้าวบด 2-4 ช้อนควากับ ไข่แดงต้มสุก 1 ฟอง สลับกับเนื้อปลาสุกบด และน้ำแกงจืด น้ำส้มคั้น
ทารกอายุครบ 6 เดือน	ผลไม้สุกบด 3 ช้อนควา ข้าวบด 4-5 ช้อนควากับไข่แดงต้มสุก 1 ฟอง สลับกับเนื้อปลาสุกบด ใส่ผักและน้ำแกงจืด น้ำส้มคั้น ช่วงอายุนี้จะกิน อาหารต่างๆ ได้ปริมาณที่มากพอจนอิ่มเป็นอาหารหลักแทนนมได้ 1 มื้อ
ทารกอายุครบ 7 เดือน	ให้ผลไม้สุก ข้าวบดกับไข่แดงต้มสุก หรือเนื้อปลาสุกบด หรือ เนื้อหมู สุกบด หรือต้มนมใส่ผักสุกบดและน้ำแกงจืด
ทารกอายุครบ 8-10 เดือน	ให้ผลไม้สุก ข้าวบดกับไข่แดงต้มสุก หรือเนื้อปลาสุกบด หรือเนื้อไก่สุก บด ใส่ผักสุกบดและน้ำแกงจืด ช่วงอายุนี้ทารกควรได้รับอาหารเป็น 2 มื้อ
ทารกอายุครบ 10-12 เดือน	ควรได้รับอาหาร 3 มื้อ ผลไม้สุก ข้าวหุงจนนุ่มกับไข่ต้มสุก หรือเนื้อ ปลาสุก หรือเนื้อสัตว์สุกบด และน้ำแกงจืดใส่ผัก

ถ้าให้น้ำส้มจะเริ่มให้ได้เมื่ออายุครบ 1 เดือน โดยเริ่มทีละน้อย ประมาณ 1 ช้อนชาผสมกับน้ำสุกเท่าตัว ต้องล้างส้มให้สะอาดก่อนกิน หากไม่แน่ใจว่าจะสามารถกินให้ถูกสุขลักษณะก็ยังไม่ควรให้

ข้อแนะนำในการปฏิบัติในการให้อาหารเสริม

1. เริ่มอาหารทีละอย่าง ทีละน้อยๆ เช่น ครั้งช้อนชา แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้นจนเป็น 2-3 ช้อนโต๊ะ หรือครึ่งถ้วย แล้วแต่ชนิดของอาหาร
2. วันระส่ำพอดควรในการที่จะเริ่มอาหารใหม่แต่ละชนิด เช่น 1-2 สัปดาห์ เพราะถ้ามีอาการของโรคภูมิแพ้ก็จะทราบได้ทันเวลาที่ อาการที่เกิดขึ้นอาจมีอาการทางผิวหนัง ซึ่งอาจจะเป็นผื่นหรือบวมก็ได้ และบางคนอาจมีอาการทางปอด คือ หอบหืด เป็นต้น อาการเหล่านี้เมื่อหยุดให้อาหารนั้นๆ ก็จะหายไปได้
3. การให้อาหารเสริมต่างๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทารกได้คุ้นเคยกับอาหารชนิดต่าง ๆ และเกิดบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง ในการเริ่มให้อาหารใหม่แต่ละชนิด ทารกอาจปฏิเสธในระยะแรก เพราะไม่คุ้นเคยหรือไม่ชอบรสอาหาร บิดามารดาไม่ควรจะบังคับ แต่ควรจะทดลองให้ใหม่อีกจนทารกยอมรับอาหารนั้นๆ
4. ไม่ควรให้แก๊สหวานต่างๆ แก่ทารก เช่น น้ำกลูโคสหรือน้ำอัดลมเพราะจะทำให้ทารกชอบหวานและไม่มีความหิว จะเกิดมีปัญหาเบื่อและปฏิเสธอาหารเสริม บางครั้งทารกอาจมีอาการเบื่ออาหารได้ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย การให้วิตามินรวมในระยะนี้อาจจะช่วยทำให้ความอยากอาหารกลับคืนมาเป็นปกติได้
5. ถ้าทารกท้องผูก การให้อาหารเสริมจะช่วยได้มาก นับตั้งแต่การให้น้ำส้มคั้น น้ำผึ้ง และอาหารที่มีกาก เช่น มะละกอสุก เนื้อต้ม และผักผลไม้อื่นๆ
6. อาหารแทนนมหนึ่งมื้อที่ให้เมื่อทารกอายุ 6 เดือนนั้น อาจจะใช้มือเข้าหรือเข็นก็ได้ อาหารที่ให้ก็อาจจะเป็นข้าวบดกับไข่แดง ข้าวบดกับเนื้อสัตว์หรือข้าวบดกับถั่ว ดังได้กล่าวแล้ว นอกจากนี้ อาจให้อาหารว่างแก่ทารกได้ในช่วงเวลาอื่น เช่น ให้อาหารกล้วย หรือผักทอง เป็นต้น

7. เนื่องจากโรคท้องร่วงมักจะเกิดได้เสมอในระยะของการให้อาหารเสริม เป็นเพราะ การขาดอนามัยส่วนบุคคล การเตรียมภาชนะ และอาหารควรสะอาดพอจึงจะป้องกันโรคท้องร่วงได้ การเตรียมอาหารให้ทารกควรเตรียมให้พอในแต่ละมื้อ ไม่ควรเตรียมทิ้งไว้ให้พอในแต่ละวัน

8. ขณะที่ป้อนอาหารแก่ทารก ควรจะทำได้ด้วยบรรยากาศของความรัก เพื่อที่จะให้ทารก รู้สึกเป็นสุขเมื่อได้อาหาร ไม่ควรจะบีบบังคับ หรือไม่ควรจะตามใจเด็กจนเกินไป เหล่านี้จะทำให้เด็กมี บริเวณนิสัยที่ถูกต้องต่อไป

ข้อสังเกตเกี่ยวกับอาหารเสริมที่มีจำหน่ายในตลาด

เนื่องจากพ่อแม่ที่อาศัยในเมืองมักมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงขาดผู้ที่จะเตรียมอาหารให้ทารก ขณะนี้ก็มีอาหารเสริมชนิดต่างๆ ออกจำหน่ายกันมากมาย เช่น

1. ธัญพืชต่าง ๆ (cereal) เป็นอาหารที่สุกแล้วทำจากข้าว เช่น ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ ข้าวมอลต์ มีจำหน่ายหลายชนิด บางผลิตภัณฑ์มีข้าว 2-3 ชนิดผสมกัน และบางผลิตภัณฑ์มีการเติมนมผง ผงถั่วเหลืองและหรือเกลือแร่บางอย่างลงไปด้วย การเลือกใช้ควรให้ตามความเหมาะสม และควรคิดว่าเท่ากับเป็นการให้แป้งหรือข้าวกวนนั่นเอง โดยมิได้มีคุณค่าทางอาหารอย่างอื่น

2. อาหารสำเร็จรูป หรืออาหารสำหรับทารกหรือเด็กอ่อนมักจะมีสารอาหารแทบทุกชนิด ใกล้เคียงหรือเพียงพอแก่ที่ทารกต้องการ เช่น อาหารทารกเกสตร ซีรีแลค (cerelac) เป็นต้น อาหารประเภทนี้อาจให้แก่ทารกระยะหย่านมหรือตั้งแต่อายุ 3 เดือนขึ้นไป

อาหารทั้งในข้อ 1. และข้อ 2. เป็นอาหารที่ทำสุกแล้ว จึงสะดวกแก่การให้ โดยเอาอาหารหรือธัญพืชใส่ถ้วยแล้วเติมน้ำนมที่อุณหภูมิหรือน้ำก็ได้ คนให้เข้ากันดีแล้วให้โดยการป้อนด้วยช้อน ไม่ควรให้โดยใส่ลงไปในช่วงนม

เนื่องจากอาหารทารกประเภทสำเร็จรูปนี้มักจะมีรสหวานทารกจึงชอบ ในบางรายอาจจะไม่ชอบรับประทานข้าวบดผสมน้ำแกงจืด แต่ปัญหานี้แก้ได้ง่ายโดยพยายามหัดให้ทารกรับประทานข้าวบดธรรมดาบ้าง ทารกบางรายที่มีประวัติโรคภูมิแพ้ อาจจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีข้าวสาลีเป็นองค์ประกอบ

3. อาหารพวกผลไม้ ผัก หรือถั่วชนิดต่างๆ ที่ทำสุกและบรรจุในขวด อาหารประเภทนี้ราคาค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับราคาอาหารสดเตรียมเอง

4. อาหารพวกเนื้อสัตว์ บรรจุในขวดให้ทารกรับประทานได้เลย เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ตับ ก็อาจจะใช้ได้แต่ราคาค่อนข้างแพง

อาหารเสริมที่กล่าวข้างต้นมีขายในท้องตลาด อาจจะทำให้ทารกรับได้ตามวิธีที่เหมาะสม ก่อนใช้ควรจะต้องดูว่าอาหารนั้นทำมาจากอะไร เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ อย่างไรก็ตามก็ควรจะได้เตรียมอาหารเสริมให้ทารกรเองด้วย เช่น เตรียมจากข้าวต้มผสมไข่ ปลา ถั่ว หรือตับ เป็นต้น ผักและผลไม้ต่างๆ ก็ให้ได้ตามวิธี เพื่อทารกรจะได้มีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง ได้อาหารครบถ้วนกับที่ร่างกายต้องการ และเป็นการประหยัดอย่างมากอีกด้วย เพราะอาหารสำเร็จรูปราคาค่อนข้างจะแพง

การเก็บและรักษาอาหารสำเร็จรูป

ถ้าเป็นอาหารพวกธัญพืช หรืออาหารเด็กก่อนชนิดแห้ง ก็อาจเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง แต่เมื่อใช้แล้วควรจะต้องปิดให้มิดชิดเพื่อไม่ให้แมลงเข้าไป ถ้าเป็นอาหารบรรจุในกระป๋อง ควรจะปิดให้แน่นอากาศผ่านเข้าออกไม่ได้ จะเก็บได้นานและไม่เสื่อมคุณภาพ

พฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นที่สังเกตได้ หรือการที่บุคคลรายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรับรู้ และความคิดของตน เป้าหมายของพฤติกรรมของแต่ละคนเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Murray & Zentner อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532:43)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การดูแลสุขภาพของคนขณะปกติให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เน้นการป้องกันโรค เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวม ทั้งมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี (Pender 1987:55)

ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ ที่ทัศนคติ หรือค่านิยม และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ และ สว่าง สุวรรณ 2533 : 41-43)

ความรู้ เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยรับรู้มา
ทัศนคติ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และ
ค่านิยม

การปฏิบัติ เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับการ
ทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งในการยอมรับปฏิบัติของบุคคลจะมีกระบวนการยอมรับ
(adoption process) ซึ่ง โรเจอร์ (Rogers ใน สนิท สัมครการ 2524:10-11) ได้แบ่งขั้นตอน
ของการยอมรับนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ (innovation) มีดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นรู้ (awareness
stage) เป็นขั้นตอนเริ่มแรกที่จะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใหม่ๆ ที่มีคนสร้างขึ้นมา ขั้นตอนที่ 2
ขั้นสนใจ (interest stage) เป็นขั้นที่เริ่มมีความสนใจและแสดงว่ามี การได้รับข่าวสารเพิ่มเติม
พฤติกรรมในขั้นนี้เป็นไปในลักษณะที่ตั้งใจแน่วแน่ และใช้กระบวนการคิดมากกว่าขั้นแรก ขั้นตอนที่ 3 ขั้น
ไตร่ตรองตัดสินใจ (evaluation stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลคิดจะใช้นวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ปัจจุบัน
และข้างหน้า โดยไตร่ตรองว่าจะลองใช้ดีหรือไม่ ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของนวัตกรรม
นั้น ขั้นตอนที่ 4 ขั้นทดลองปฏิบัติ (trial stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลลองใช้นวัตกรรมนั้นกับ
สถานการณ์ของตน แต่เป็นการลองดูกับส่วนน้อยก่อน เพื่อดูว่า ได้ผลดีหรือไม่ ผลของการทดลองปฏิบัติ
มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะปฏิเสธหรือยอมรับต่อไป ขั้นตอนที่ 5 ขั้นยอมรับไปปฏิบัติอย่าง
สมบูรณ์ (adoption stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลตัดสินใจที่จะใช้นวัตกรรมนั้นต่อไปอย่างเต็มที่หลังจาก
ได้พิจารณาไตร่ตรอง ผลที่ได้ลองปฏิบัติแล้วเกิดการเรียนรู้ การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติ

การจำแนกพฤติกรรมคนภาพ ขึ้นอยู่กับความเชื่อ และแนวคิดของนักวิชาการ ในการวิจัย
ทางการแพทย์ได้ให้ความสนใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ เมื่อบุคคลไม่อยู่ในภาวะปกติและภาวะ
เจ็บป่วย โดยที่ใช้คำว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ในส่วนของการใช้คำว่า
พฤติกรรมสุขภาพนั้นส่วนใหญ่จะอ้างถึงเมื่อเกี่ยวข้องกับประพจน์ของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วย แต่
เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องรับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ จะใช้คำว่า

พฤติกรรมผู้ป่วยทันที ดั้งเดิมคำว่าพฤติกรรมสุขภาพจึงเห็นเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ (health protection) (Pender, Murray & Zentner, อ้างใน จินตนา ชูพันธ์ 2532:45) ในความหมายของคำทั้ง 2 นี้ เพนเดอร์ ได้ระบุ ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันก็มุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดๆ (Pender อ้างใน จินตนา ชูพันธ์ 2532:46)

เนื่องจากการศึกษารឹងนี้ข้อจำกัดในเรื่องเวลา ผู้ศึกษาจึงได้เลือกศึกษาในส่วนของความรู้กับการปฏิบัติตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน มีแนวคิดที่สนับสนุนดังนี้

ความรู้มีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรม และก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเห็น เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสม จะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องปฏิบัติได้จริง (กรรณิการ์ กัณษะรักษา 2527:44) ฉะนั้นความรู้ และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้ก็จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติด้วยเสมอ (Fabiya, 1985:154) ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนี้เมื่อกศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ (Schwartz 1975:30) แต่เรื่องกศนคติเป็นเรื่องที่สอนกันได้อากมาก มักจะเกิดจากผลพลอยได้ของประสบการณ์ที่เคยได้รับ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง

ในการศึกษารឹងนี้จึงเลือกศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนเท่านั้น ชวาร์ท (Schwartz 1975:28-31) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ กศนคติ และการปฏิบัติทางด้านโภชนาการ ในนักเรีอนซึ่งสำเร็จชั้นมัธยมศึกษามาแล้ว 4 ปี พบว่าความรู้และการปฏิบัติทางด้านโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนั้นยังมีปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้และการปฏิบัติ กล่าวคือ การมีความรู้แล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เป็นประโยชน์ได้ เพียงใดนั้น ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งองค์ประกอบด้านบุคคลเหล่านี้จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสามารถจะกระทำพฤติกรรมของบุคคล

จากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ตลอดจนปัจจัยทางด้านบุคคลดังกล่าวในการศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender 1987:58) ซึ่งได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเห็นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตน จากภายในการจัดกลุ่ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันคือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริมและตัวแปรที่ส่งผลต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะลงมือกระทำ พฤติกรรม การป้องกันเกี่ยวกับโรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน

ความรู้และการรับรู้ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) การที่บุคคลให้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไรก็จะยิ่งมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เช่น แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น

การรับรู้ความสำคัญของอาหารเสริม หมายถึง การที่บุคคลให้คุณค่าของอาหารเสริมเท่าไรก็จะมีพฤติกรรมการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันโรคขาดสารโปรตีนและพลังงานมากขึ้น

2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (preceived control of health) ในรูปแบบนี้เสนอว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณัยการควบคุมสุขภาพอยู่ภายในตน บุคคลนั้นจะมีความโน้มเอียงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณัยการควบคุมสุขภาพอยู่นอกตน

การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณัยการควบคุมเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารโปรตีน และพลังงานนั้นอยู่ภายในตน บุคคลนั้นจะมีความโน้มเอียง จะมีพฤติกรรมการป้องกันมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณัยการป้องกันนั้นอยู่กับผู้อื่น

3. การรับรู้ความสามารถในตน (preceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ หรือผลกรรมที่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุย่อมมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตน และต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตัว และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณ

มีความสามารถ และเชื่อมั่นว่าถ้าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้น ก็ย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

การรับรู้ความสามารถในตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารโปรตีนและพลังงาน ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี เมื่อได้มีการบริโภคอาหารเสริมที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีการพัฒนาทั้งร่างกายและสมองอย่างปกติ ดังนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อมั่นว่าถ้าตนส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้ว ภาวะสุขภาพของเด็กจะดีขึ้น บุคคลนั้นย่อมจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยให้อาหารเสริมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างต่อเนื่อง

4. คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) บุคคลแต่ละคนมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัว หรือความสมดุลก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลซึ่งให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพคือ ภาวะที่บุคคลมีความสุข ใจสบาย ภูมิใจในตนเอง และสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดมีความเป็นอยู่ดี ให้มากที่สุดตามศักยภาพ ดังนั้นการที่บุคคลมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเป็นผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

การที่บุคคลให้คำจำกัดความของอาหารเสริมของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และมองเห็นความสัมพันธ์ว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรม โดยให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ให้ได้รับอาหารเสริมอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคขาดโปรตีนและพลังงานตามศักยภาพของบุคคลนั้นจะสามารถทำได้

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองสุขภาพดีก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองสุขภาพไม่ดี

การรับรู้ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างสม่ำเสมอ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefits of health promoting behaviors) แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อทางสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเองส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมอย่างถูกต้อง และเหมาะสมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพก็จะมีผลให้พฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to health-promoting behavior) การรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคดังกล่าวอาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริงเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้น การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากและการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม ส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เช่น การศึกษาฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม และอื่น ๆ จะส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว

การที่บุคคลรับรู้ตามแนวคิดของเพนเดอร์ ได้จะต้องมีการรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับอาหารเสริม ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ จึงสามารถที่จะตัดสินใจเพื่อปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดโปรตีนและพลังงานของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดโปรตีนและพลังงาน ควรจะครอบคลุมถึงความสำคัญของอาหารเสริม คำจำกัดความของอาหารเสริม ประโยชน์ที่จะได้เมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับอาหารเสริมอย่างเหมาะสม อุปสรรคของพฤติกรรมของการให้อาหารเสริม

ปัจจัยที่ส่งเสริมมีผลต่อการลงมือกระทำพฤติกรรมของมารดาในการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี คือ ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ ความรู้ การศึกษา จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนรายได้ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อการมีพฤติกรรมของมารดาในการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เช่น ส่งผลต่อการให้ความสำคัญของโรคขาดโปรตีน และพลังงาน ตลอดจนอุปสรรคของพฤติกรรมของการให้อาหารเสริม เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้จะเน้นศึกษาปัจจัยทางด้านประชากร นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ซึ่งไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยนี้ได้แก่ ลักษณะทางชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยสภาพการณ์ (situational factors) ตัวกำหนดด้านสภาพการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรม ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factors) ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อีก ความรู้และทักษะบางอย่าง จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้

นอกจากปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้และปัจจัยส่งเสริมแล้ว เพนเดอร์ยังกล่าวว่า ตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรม ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการและความรู้สึกที่สลายขึ้นเมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพและป้องกัน ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลต่างๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรม ส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพที่สำคัญ การวิจัยนี้ได้เน้นถึงปัจจัยด้านนี้ และจากแนวคิดของเบเกอร์และคณะ (เบเกอร์ และคณะ : 1977) กล่าวถึงตัวชี้แนะนี้คือ การกระทำการณรงค์ของสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น การได้รับคำเตือนจากบุคลากรทางสุขภาพ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน บทความในหนังสือพิมพ์หรือการสื่อสารอื่นๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์ และ นัตริณี วิเนกุล (2525: 143-188) ได้ศึกษาโภชนาการและภาวะสังคม พบว่าประเทศไทยยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมร่วม ไปกับการขาดความรู้ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เริ่มตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตรขาดความรู้ในการเลี้ยงทารกและเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้อาหารเสริมตามวัย จึงทำให้เกิดปัญหาการขาดสารอาหารที่น ที่สำคัญคือ การขาดโปรตีนและพลังงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนันชม เจริญยุทธ และคณะ (2528:59) ซึ่งศึกษาโครงการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนและ ได้อธิบายว่า ระดับการศึกษาของมารดาในเด็กกลุ่มที่ขาดสารอาหารจะต่ำกว่าระดับการศึกษาของมารดาในเด็กกลุ่มปกติ เช่นเดียวกับระดับความรู้ด้านโภชนาการของมารดา ซึ่งพบว่าในกลุ่มเด็กปกติมารดาจะมีระดับความรู้ทางโภชนาการสูงกว่ามารดาของเด็กกลุ่มขาดสารอาหาร สำหรับความรู้ด้านโภชนาการของมารดา ในเขตจังหวัด เชียงใหม่ถิ่น ประสงค์ ล้อมตระกูล และ ชลอครี จันทรประทุม (2523:80) ได้ศึกษาบริโภคนิสัยของมารดาที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในจังหวัด เชียงใหม่พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารอาหารตลอดจนสาเหตุของการเกิดโรคขาดสารอาหารและความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้อย่างถูกต้องร้อยละ 50.6, 87.5 และ 83.2 ตามลำดับ และยังมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ช่วยให้เด็กเจริญเติบโต ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 77.9 โดยเข้าใจว่าข้าวเป็นอาหารหลักที่ช่วยให้เด็กเจริญเติบโตและแข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับอายุเด็ก ที่ควรได้รับอาหารเสริมพวกข้าว ถั่วเขียว ไข่ เนื้อสัตว์ และปลา ไม่ถูกต้อง และมารดาในกลุ่มที่มีความรู้ด้านโภชนาการน้อยจะมีเด็กที่มีภาวะโภชนาการบกพร่องมากกว่ากลุ่มอื่น

วิจิตร ไส้ไทย และคณะ (2527 : 245-251) ได้ศึกษาปัญหาการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ในชนบทและกำหนดนโยบายการจัดการจัดสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ในชนบท พบว่าการเลี้ยงดูเด็กของมารดายังมีปัญหาทั้งด้าน ความรู้ ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง อยู่ในเกณฑ์สูงมากถึงร้อยละ 84 มีสภาวะแวดล้อมของครอบครัวที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพเด็ก ในเกณฑ์ที่สูงร้อยละ 69 มีผลทำให้เด็กมีภาวะเจริญเติบโตเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ (2526:132-135) ซึ่งศึกษาการให้อาหารทารกในจังหวัดสงขลา โดยการสัมภาษณ์มารดาและวัดภาวะโภชนาการของทารกโดยการชั่งน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่าทั้งมารดาในกลุ่มเมืองและมารดาในกลุ่มชนบทส่วนใหญ่ให้ข้าวและกล้วยแก่ทารกตั้งแต่ในเดือนแรก และมารดาในกลุ่มชนบทยังให้อาหารเสริมประเภทโปรตีนแก่ทารกช้ากว่ามารดาในกลุ่มเมืองมาก ชูเกียรติ มณีธร และคณะ (2529:102,112) ได้ศึกษาพฤติกรรมการกินของหญิงระยะตั้งครรภ์ หญิงระยะให้นมบุตร ทารก และเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ พบว่าทารกร้อยละ 79.20 ได้รับอาหารเสริมในช่วงอายุ 0-3 เดือน การให้อาหารเสริมให้ตั้งแต่อายุ 2-3 วัน และช่วงที่นิยมให้อาหารเสริมมากที่สุดคือ เมื่อทารกอายุได้ 1-4 สัปดาห์ ร้อยละ 68.40 ทารกช่วงอายุ 4-12 เดือน ได้รับอาหารเสริมในปริมาณค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานตรงกับการศึกษาของ ละม้ายมาศ ศรีทัต และจรรยา สุวรรณทัต (2510:25) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของสังคมต่อการพัฒนาการของเด็กที่ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่ามารดาเริ่มให้อาหารอื่นนอกเหนือจากน้ำนมอย่างเร็วที่สุดเมื่อทารกอายุได้ 7 วัน แต่ส่วนใหญ่เริ่มเมื่ออายุ 1-3 เดือน และจากการศึกษาของธรา วิริยะพานิช และคณะ (2529:184-200) ได้ศึกษาพฤติกรรมการกินของคนไทยอีสานตอนล่าง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างหนึ่งคือ ขาดความรู้ที่ถูกต้องและถูกวิธี พบว่ามารดาส่วนใหญ่ป้อนข้าวย่ำให้แก่ลูก การกินข้าวย่ำของเด็กก่อนแต่ละรายจะเริ่มในเวลาที่แตกต่างกัน บางรายเริ่มในวันแรกตลอด บางรายวันที่ 2-3 ส่วนใหญ่จะเริ่มให้ตั้งแต่ลูกอายุได้ 1-7 วัน เหตุผลที่ป้อนข้าวย่ำก็คือ เด็กหิวและร้อง และมารดามีความเชื่อว่าเป็นแต่แม่ไม่พอ แม่ไม่หวาน ถ้าเด็กได้กินข้าว ข้าวจะไปช่วยขับขี้เทาทำให้ชักผ้าเปื้อนได้ง่ายกว่าให้กินนมแม่อย่างเดียว 2 หมู่บ้านคือ บ้านดอนกลางและบ้านเทรง อยู่ใกล้เมือง มารดาให้นมแม่อย่างเดียวก่อนที่อายุ 0-3 เดือน ร้อยละ 20 และร้อยละ 11 ตามลำดับ ส่วนบ้านโคกก่องและบ้านหัวขี้ ซึ่งอยู่ไกลตัวเมืองมีเพียงร้อยละ 2 และร้อยละ 4 เท่านั้นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นอกเหนือป้อนข้าวย่ำแก่ลูกถึงร้อยละ 98 และร้อยละ 96 ตามลำดับ และยังพบว่าหมู่บ้านที่อยู่ใกล้ตัวเมืองมีการให้อาหารเด็กก่อนที่ซื้อจากตลาดเป็นผงสำเร็จ โดยนำไปผสมน้ำกวนให้ลูกกินแทนข้าวย่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย ดุรงค์เดชและคณะ (2526:229) ได้ศึกษาภาวะการให้อาหารทารกในเขตชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าการให้อาหารเสริมเริ่มให้ตั้งแต่เดือนแรกหลังคลอด มีมากถึง

ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่สูงถึงร้อยละ 90 แต่อัตราการให้นมแม่ลดลงอย่างรวดเร็วในระยะ 2-3 เดือนแรก

สำหรับเรื่องการให้ชนิดอาหารเสริมให้เหมาะสมกับวัยนี้ วัฒนา ประทุมสินธุ์และคณะ (2529:133) ได้ศึกษาพฤติกรรมการกินของประชาชนในภาคใต้พบว่ามีการให้อาหารข้าวและแป้งแก่เด็กเร็วมาก คือชาวไทยมุสลิมเริ่มให้อาหารประเภทข้าวและแป้งเมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 1 เดือนกันมาก และมากกว่าไทยพุทธถึงร้อยละ 50 ในหมู่บ้านดอน เริ่มให้อาหารเสริมประเภทนี้กับเด็กอายุต่ำกว่า 1 เดือนมากกว่าหมู่บ้านริมทะเลร้อยละ 20 สำหรับอาหารประเภทไข่เด็กจะเริ่มได้เมื่ออายุ 2 เดือน ความถี่ของการเริ่มให้อาหารไข่จะมากในช่วงเด็กอายุ 3 เดือน ส่วนอาหารประเภทผักเริ่มให้เมื่ออายุ 2 เดือน ซึ่งชาวไทยพุทธจะเริ่มมากกว่าชาวไทยมุสลิม ผลไม้จะได้รับเมื่ออายุต่ำกว่า 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ หุตานวัตรและคณะ (2529:164) ที่ศึกษาพฤติกรรมการกินของชาวชนบทอีสานตอนบน พบว่าเด็กยังได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ผู้เลี้ยงดูยังใช้วิธีการดั้งเดิมที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการให้อาหารเสริมตามวัย การให้ข้าวต้ม และกล้วยเริ่มตั้งแต่เด็กอายุ 3-15 วัน เมื่ออายุ 6 เดือนเปลี่ยนเป็นข้าวเหนียวหึ่งโดยแม่เคี้ยวป้อน เนื้อปลาและไข่ได้เมื่ออายุ 8-12 เดือน ผักให้เมื่ออายุ 1 ขวบขึ้นไป และตรงกับการศึกษาของสุภาวงศ์ จันทวานิชและคณะ (2528:85-96) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในภาคกลาง ศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก 0-5 ปี พบว่ามารดาทั้งหมดเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ แต่ระยะเวลาที่ได้รับนมแม่แตกต่างกันไป มีทั้งที่พึ่งประสงค์และไม่พึ่งประสงค์ และปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การให้อาหารเสริมตามวัยที่เหมาะสม และชนิดของอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งสัญลักษณ์ความสะอาดที่จะป้องกันเด็กจากโรคทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะโภชนาการของเด็กในชุมชนใกล้เคียงดีกว่าชุมชนไกลเมือง ภาวะทุพโภชนาการเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลที่สะสมกันมาที่ละเล็กละน้อยตลอดระยะเวลาเจริญเติบโต และมาเห็นผลชัดในหลุมอายุ 3-5 ปี และจากการศึกษาของรุจิรา ลัมมะสุต (2520:59) ศึกษาเกี่ยวกับสูตรอาหารเสริมสำหรับเด็ก พบว่าอาหารที่ทารกได้รับมีคุณภาพต่ำมาก คือ ได้อาหารประเภทเนื้อสัตว์น้อย โดยเฉพาะอาหารจากเนื้อปลา ซึ่งเป็นอาหารหาง่ายในพื้นที่วิจัย นอกจากนี้เด็กยังได้รับผลไม้ไม่เพียงพออีกด้วย

สำหรับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการให้อาหารเสริมและภาวะโภชนาการของเด็กมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ จินตนา อย่างอารีและคณะ (2529:49) ได้ศึกษาพฤติกรรมการกินของคนไทยภาคเหนือตอนล่าง พบว่าสาเหตุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้องทั้งในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กทารกและวัยก่อนเรียน มี 2 ปัจจัยคือ การขาดความรู้ และสภาพแวดล้อมเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะในด้านกำลังการซื้อ นอกจากนี้วัฒนธรรมประเพณียังก่อให้เกิดภาวะจำยอมอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกางค์ จันทวานิชและคณะ (2529:95) พบว่าปัจจัยที่มีพฤติกรรมการกินที่ไม่พึงประสงค์ทั้งของหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก 0-5 ปี ซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งของแม่และเด็กนั้นมีสาเหตุมาจากหลายด้าน ได้แก่ ความเชื่อตามที่ได้รับการอบรมสั่งสอนจากผู้สูงอายุ การขาดความรู้เศรษฐกิจและอิทธิพลจากการตลาด แต่จากการศึกษาของ เครือวัลย์ หุตานุวัตร (2529:159) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ในกรณีภาวะทุพโภชนาการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างเด่นชัดเฉพาะปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่ทุกปัจจัยจะมีผลร่วมต่อภาวะขาดสารอาหารที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อระบบเศรษฐกิจปัจจุบันมีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก คือ สภาพการทำงานต่อระบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน แต่ที่ค่อนข้างเด่นชัดจากการศึกษาคือมีผลต่อเวลาและความเอาใจใส่ของพ่อและแม่มาก สำหรับการศึกษาของ นิภา โรจน์รุ่งวณิชกุล และคณะ (2532:154) ที่หารูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 48 เดือนในครัวเรือนเกษตรกร อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และการศึกษาของธรา วิริยะพานิช และคณะ (2529:195) พบว่าปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของเด็กคือ การเจ็บป่วยของเด็ก การให้อาหารเสริมแก่เด็ก ระยะห่างของการตั้งครรภ์ การท้องเดิน การมีพยาธิของเด็ก สำหรับการศึกษาของ มณฑิรา เขียวยิ่งและคณะ (2533:137-140) ที่ศึกษาหาแนวทางและวิธีแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ของ 3 หมู่บ้านในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กคือ การศึกษาของมารดา ความรู้ด้านโภชนาการของมารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคของมารดาในภาวะตั้งครรภ์ อาการท้องเสียของเด็ก ส่วนเอาชีพของมารดา การเจ็บป่วยไข้ของเด็ก รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของบุตร บริโภคนิสัยของเด็ก การเลี้ยงดูและลักษณะของครอบครัว อายุของมารดา และการสุขามีบาลสิ่งแวดล้อม เหล่านี้ล้วนแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของ

เด็ก และจากการศึกษาของอนุสิริ รัตนะศิลป์และคณะ (2532:164) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร โปรตีนและพลังงาน และการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังทางโภชนาการในทารก และเด็กวัยต่ำกว่า 30 เดือนของกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มเด็กขาดอาหารมักจะมีประวัติน้ำหนักแรกคลอดต่ำเป็นส่วนใหญ่ และได้รับอาหารเสริมที่ให้อาหาร และสารโปรตีนต่ำกว่ากลุ่มเด็กปกติ และ ชูเกียรติ มณีธรรมและคณะ (2529:103) ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของหญิงระยะตั้งครรภ์ หญิงระยะให้นมบุตร ทารกและเด็กวัยก่อนเรียนคือ ปัจจัยด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านแหล่งอาหาร เทคโนโลยีอาหารและด้านการศึกษา

นอกจากนี้การศึกษาของมณฑิรา เขียวยิ่งและคณะ (2533:74) ยังพบว่า การปฏิบัติตนของมารดาในการเลี้ยงดูทารกที่ไม่ถูกต้องเช่นกันคือ มารดาหลังคลอดจะไม่ให้เด็กดูดนมแม่สีเหลือง เพราะมีความเชื่อที่ทำให้ทารกไม่สบายและตายได้ และ 2 - 3 วันหลังคลอด มารดาให้ทารกกินข้าวย่ำแป้ง ทำให้ทารกได้รับปริมาณนมมารดาซึ่งเป็นอาหารหลักของทารกลดลง เกิดภาวะการขาดสารอาหารขึ้นได้ ซึ่งผลจากการขาดสารอาหารนี้จะทำให้ความต้านทานของร่างกายลดต่ำลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูง ซึ่งอุทัย นิสลยบุตร (2518:30-46) ได้ศึกษาสภาวะอนามัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับโภชนาการ พบว่าเด็กไทยอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี ต้องตายเนื่องจากภาวะทุโภชนาการ และโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องถึงร้อยละ 50 ของสาเหตุการตายทั้งหมด

สวณิต อ่องรุ่งเรือง และคณะ (2524:5-14) ศึกษาภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทไทยภาคใต้ พบว่าประชากรกลุ่มนี้เป็นโรคขาดสารอาหาร โปรตีนและพลังงาน โดยมีการเจริญเติบโตของเด็กไทย จากการตรวจร่างกายพบความผิดปกติหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงของเส้นผม ผิวหนัง ตา ฯลฯ ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงภาวะขาดวิตามิน ผลจากการสำรวจอาหารที่รับประทานนี้ให้เห็นว่า ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่ได้รับประจำวันไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมทั้งสภาวะแวดล้อมที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย และ สมบัติ แกนประเสริฐกุล และคณะ (2530 : 6 - 19) ได้ทำการสำรวจเพื่อหาภาวะโภชนาการของเด็ก 0 - 5 ปี ในชุมชนแออัด พบว่ามีภาวะขาด โปรตีนและพลังงานระดับ 1 ร้อยละ 40 เมื่อใช้การวัดโดยใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง ลักษณะการขาดสารอาหาร น่าจะเป็นผลจากการขาดสารอาหารระยะสั้น และพบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับผู้ให้การเลี้ยงดูเด็ก

ทัตไย เมธาคุปต์ (2533:165) ได้ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของเด็กวัยก่อนเรียนในตำบลดอนคลัง อำเภอคำเม็งสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าเด็กที่มีบิดามารดาที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีบริโภคนิสัยที่ดีกว่าเด็กที่มีบิดามารดาที่ได้รับการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา เด็กที่เป็นลูกคนเดียวจะมีบริโภคนิสัยดีที่สุดใน

มานพ ชูนิล (2533:170) ศึกษาลักษณะการเลี้ยงอาหารเด็กที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ที่ตำบลคูน้ำ อำเภอกระนาย จังหวัดขอนแก่น พบว่าเด็กในครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีภาวะโภชนาการปกติ 47.8% และทุโภชนาการในระดับต่าง ๆ 52.2% และเด็กที่ได้รับนมแม่จะมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าเด็กที่ได้รับนมผสมหรือได้รับนมแม่และนมผสม

สรุปกรอบแนวคิด

จากการศึกษาแนวความคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า โรคขาดโปรตีน และพลังงาน ส่วนใหญ่มีผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการเลี้ยงดู การให้อาหารเสริม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อันจะเป็นผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่อไป การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยการให้อาหารเสริมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ได้ผลอย่างต่อเนื่อง จะต้องใช้กระบวนการเรียนรู้และขั้นตอนต่างๆ มาพิจารณาเพื่อให้เกิดการยอมรับนำไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด โดยประยุกต์ใช้ของเพนเดอร์ (Pender ใน จินตนา ชูนิพันธ์ 2532:49) และเบเกอร์ (Baker and others ใน จินตนา ชูนิพันธ์ 2532:53) เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะศึกษาในส่วนของปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม ตัวชี้แนะ คือปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีกรอบแนวคิดดังนี้

