

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
Factors associated with Malnutrition among Hill Tribe Children,
Mae Suai District, Chiang Rai Province

ปวรายุ ตันธารอส¹, พิษณุรักษ์ กันทวิ¹, ภมรศรี อินทรชน¹ และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์^{1*}
Pawara Tontaros¹, Phitsanuruk Kanthawee¹, Pamornsri Inchon¹, and Sirinan Suwannaporn^{1*}

¹ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100

¹ School of Health Science, Mae Fah Luang University, Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province. 57100

* Corresponding Author: สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ E-mail: Sirinan.suw@mfu.ac.th

Received : 13 August 2025

Revised : 23 September 2025

Accepted : 10 October 2025

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีข้อจำกัดด้านความเป็นอยู่ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผลไปหาเหตุ กลุ่มศึกษาเป็นผู้ดูแลของเด็ก อายุ 0 – 5 ปี เกณฑ์น้ำหนักน้อยและน้ำหนักค่อนข้างน้อย 64 คน กลุ่มควบคุมเป็นผู้ดูแลของเด็กที่เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ 153 คน โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับมารดา ข้อมูลพื้นฐานครอบครัว ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ข้อมูลด้านโภชนาการของเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มศึกษามารดา มีอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 48.4 เป็นชนเผ่าลาหู่มากที่สุด ร้อยละ 67.2 เด็กมีน้ำหนักแรกคลอด 2.5 กิโลกรัมขึ้นไป ร้อยละ 90.6 เด็กไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 60.9 ผู้ดูแลของกลุ่มศึกษามีความรู้ในระดับดีมาก และมีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ชาติพันธุ์ลาหู่ (OR (95% CI) = 2.1(1.1-4.0), p -value = 0.02) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (OR (95% CI) = 2.9 (1.1-7.9), p -value = 0.04) บุตรเพศชาย และอายุ 36 เดือนขึ้นไป (OR (95% CI) = 0.4 (0.1-1.0), p -value = 0.04) และประวัติการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (OR (95% CI) = 2.6 (1.4-5.0), p -value = 0.003) งานวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และสามารถนำไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านโภชนาการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: เด็กชาวไทยภูเขา ปัจจัย ภาวะทุพโภชนาการ

Abstract

Malnutrition among preschool children remains a significant public health concern, particularly underweight. This study aimed to investigate factors associated with malnutrition among hill tribe children in Mae Suai District, Chiang Rai Province, who reside with limited living conditions. This study was a case control. The case group comprised 64 caregivers of children who were underweight or mildly underweight and the control group was 153 caregivers of children with normal weight. Data was collected through questionnaires covering maternal information, basic family data, knowledge and beliefs regarding food and nutrition, and children's nutritional information. Multiple regression analysis was used to analyze the

data. The study found within the study group, 48.4% of mothers were aged 21-30 years. The Lahu ethnic group was the largest proportion at 67.2%. Regarding the children, 90.6% had a birth weight of 2.5 kg or more. Notably, 60.9% of children in the study group were not report history of diarrheal disease. Caregivers in the study group were a very good level of knowledge and high beliefs concerning nutrition. Factors significantly associated with malnutrition included Lahu ethnicity (OR (95% CI) = 2.1(1.1-4.0), p -value = 0.02), household size (OR (95% CI) = 2.9 (1.1-7.9), p -value = 0.04), male and children aged 36 months or older (OR (95% CI) = 0.4 (0.1-1.0), p -value = 0.04), and a history of diarrheal disease (OR (95% CI) = 2.6 (1.4-5.0), p -value = 0.003). The findings can be used by Subdistrict Health Promoting Hospitals to plan nutritional health promotion programs and modify caregiver feeding behaviors.

Keywords: Hill tribe children, Factors, Malnutrition

บทนำ

ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์หรือขาดสารอาหาร (WHO, 2024) [1] ภาวะทุพโภชนาการในสองปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ทั้งการส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาต่ำ ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง และทำให้เจ็บป่วยบ่อย [2] เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ [3] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2567 ภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีภาวะเตี้ย ผอม และอ้วน ร้อยละ 23.2, 6.6 และ 5.5 ตามลำดับ ภาวะเตี้ย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงจากร้อยละ 26.4 ในปี 2012 มาเป็นร้อยละ 23.2 ในปี 2024 ภาวะอ้วน พบว่ายังคงเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นในหลายภูมิภาค โดยเฉพาะในเอเชียใต้ ข้อมูลจากรายงานตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2567 [4] กำหนดเกณฑ์เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วนในคนเดียวกัน) ไว้ที่ร้อยละ 66.0 ในจังหวัดเชียงรายพบว่า เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 53.7 และในพื้นที่อำเภอแม่สรวย เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 50.8 ภาวะโภชนาการตามเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ร้อยละ 69.0 สถานการณ์ปัจจุบันของพื้นที่อำเภอแม่สรวย โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยการกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาวหรือส่วนสูง พบเด็กผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 8.9 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 31.4 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบเด็กน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 15.9 และเด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 47.7 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ จากการสำรวจยังพบว่าเด็กที่แม่ขาดการศึกษา เด็กที่อาศัยในครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้พูดภาษาไทย และเด็กที่อาศัยในครัวเรือนยากจนมาก มักขาดสารอาหารมากกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 13.0 [5]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านหลัก คือ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน และการได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ปัจจัยของทารก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด ลำดับของบุตร การประเมินพบสงสัยล่าช้า การติดเชื้อในช่วงเดือนแรก ที่คลอด และการเกิดโรคอุจจาระร่วง และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สถานะความมั่นคงของ ครอบครัว และสุขลักษณะภายในบ้าน [6] ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กยังสอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหาร [7] รวมถึง

บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการของเด็กด้วย ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร ซึ่งเด็กนักเรียนมักจะลอกเลียนแบบ พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวเสมอ [8] นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กชาวเขาเผ่าม้ง อายุ 1 - 4 ปี ตำบลแม่แรม อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักค่อนข้างน้อยและน้ำหนักน้อย ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย รูปร่าง ค่อนข้างผอมและผอม มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน [9] ส่วนในเด็กนักเรียนชาวเขาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 ในโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาพะเยา เขต 2 ได้รับพลังงานจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ และขาดวิตามินแร่ธาตุสำคัญ เช่น แคลเซียม และธาตุเหล็ก [10] แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนอาหารกลางวันและนมโรงเรียนแล้วก็ตาม ยังพบเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีน้ำหนัก ส่วนสูงไม่ถึงเกณฑ์ และน้ำหนักไม่เป็นไปตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้นปัจจัยที่อาจส่งผล ไปสู่ภาวะทุพโภชนาการจึงต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยตรง และปัจจัย สิ่งแวดล้อมการดูแลของกลุ่มชาติพันธุ์หรือกลุ่มที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีข้อจำกัดด้านความเป็นอยู่ ในการศึกษา นี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่มีความแตกต่างกับบริบทพื้นที่อื่นที่เคยศึกษาก่อนนี้ งานวิจัยนี้จะทำให้ สามารถทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขา สามารถนำไปเป็นข้อมูล ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลได้ โดยเริ่มต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มุ่งเน้นกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูง มีการบูรณาการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในการระบุพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผลไปหาเหตุ (Case-control study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ดูแลเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่อยู่ในพื้นที่อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 722 คน

กลุ่มตัวอย่าง

จากการการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สำเร็จรูป G*power ใช้ตัวแปรระดับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของเด็กในกลุ่มที่ไม่สมส่วนคือร้อยละ 59.5 กับ ร้อยละ 41.3 กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ใช้อัตราส่วน กลุ่มศึกษา (Case) ต่อกลุ่มควบคุม (Control) เท่ากับ 1 : 2 เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่า Odds ratio ลดความคลาดเคลื่อนจากความผันแปรของกลุ่มศึกษา โดยการใช้อัตราส่วนกำหนดจากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา ได้แก่ มีการประเมินภาวะโภชนาการโดยกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยและน้ำหนักค่อนข้างน้อย เป็นอัตราส่วนกับน้ำหนักตามเกณฑ์ ได้ขนาดกลุ่มศึกษา จำนวน 64 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 153 คน การคัดเลือกกลุ่มศึกษาจะติดต่อทำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่สรวย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยกลุ่มศึกษาจะได้รับการประเมินภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อยสุ่มโดยเรียงลำดับชื่อ ทุกลำดับที่ 5 โดย 64 คนแรกจะเป็นตัวแทนกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์สุ่มโดยเรียงลำดับชื่อ ทุกลำดับที่ 10 โดย 153 คนแรกจะเป็นตัวแทนกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้า

กลุ่มศึกษา ต้องเป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการประเมินโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยและน้ำหนักค่อนข้างน้อย และผู้ดูแลต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก และสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ในกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น แต่จะมีความแตกต่างการประเมินโภชนาการในเด็ก 0 - 5 ปี ที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนทุกข้อ เช่น ข้อมูลมารดา และข้อมูลเด็ก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 1 ชุด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [11] และคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาลักษณะคำถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Index item objective congruence; IOC) กำหนดเกณฑ์ที่ผ่านไม่น้อยกว่า 0.5 โดยทุกเครื่องมือได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.7 - 1.0 คำถามแบบสอบถามมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและประวัติการให้นมแม่ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การฝากครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก การให้นมบุตร ด้านที่ 2) ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว ชนเผ่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ด้านที่ 3) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ดูแล มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ทำให้คะแนน ตอบถูก หมายถึง มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ หมายถึง 0 คะแนน คะแนน ระดับความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ 0 - 8 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ต่ำ ระหว่างร้อยละ 60 - 79 หรือ 9 - 11 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ปานกลาง และมากกว่าร้อยละ 80 หรือ 12 - 15 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ดีมาก ด้านที่ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert scale) คำถามเชิงบวกเรียงจาก 5 - 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบเรียงจาก 1 - 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านโภชนาการ มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.39 มีความเชื่อระดับน้อย คะแนน 2.40 - 3.79 ความเชื่อระดับปานกลาง และคะแนน 3.89 - 5.00 มีความเชื่อระดับสูง ด้านที่ 5) ข้อมูลด้านโภชนาการของเด็ก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด ลำดับของบุตร การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง น้ำหนัก ส่วนสูง การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้จุดตัดและการแบ่งระดับภาวะโภชนาการของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ข้อคำถามความรู้และความเชื่อด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความเชื่อใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

4. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ซึ่งมีการประสานงานและทำดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน โดยได้รับการอบรมการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย เพื่อช่วยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 20 นาที ต่อหนึ่งตัวอย่าง และก่อนการสัมภาษณ์มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

วิธีการศึกษา และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแล และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และการหาความสัมพันธ์ด้านการทำนายของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของเด็ก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของมารดาตามตาราง พบว่า มารดาของกลุ่มศึกษา มีอายุ 21 - 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.4 รองลงมา คือ อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 34.4 ($\bar{X} = 30.31$, S.D. = 7.07) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 32.8 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 25.0 และ 15.6 ตามลำดับ ประวัติการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 95.3 ได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟลิก และทานทุกวัน ร้อยละ 65.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.9 มีการให้นมบุตร ร้อยละ 90.6 ระยะเวลาการให้นมบุตร 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 79.3 ($\bar{X} = 12.84$, S.D. = 6.58) มารดาของกลุ่มควบคุม มีอายุ 21 - 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.7 รองลงมา คือ อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 39.2 ($\bar{X} = 30.89$, S.D. = 6.11) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 32.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 27.5 และ 19.0 ตามลำดับ ประวัติการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 90.8 ได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟลิก และทานทุกวัน ร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.8 มีการให้นมบุตร ร้อยละ 91.5 ระยะเวลาการให้นมบุตร 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 89.4 ($\bar{X} = 14.53$, S.D. = 6.37)

ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกลุ่มศึกษา แม่เป็นผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว ร้อยละ 85.9 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 67.2 รองลงมา คือ กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 29.7 ผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 48.4 รองลงมา คือ อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 31.2 ($\bar{X} = 31.81$, S.D. = 8.57) ผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.2 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.8 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 20.3 และ 12.5 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน มากกว่า 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 34.4 รองลงมา คือ 4 คน และ 5 คน ร้อยละ 31.2 และ 20.3 ตามลำดับ รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 42.4 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท และ 10,001 - 15,000 ร้อยละ 35.9 และ 17.2 ตามลำดับ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.7 อายุของเด็กที่เริ่มรับประทานอาหาร น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 71.9 ($\bar{X} = 8.09$, S.D. = 7.55)

ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกลุ่มควบคุม แม่เป็นผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว ร้อยละ 71.9 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ กลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 47.1 ผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว มีอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 37.9 ($\bar{X} = 33.33$, S.D. = 9.13) ผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.1 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน มากกว่า 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 51.0 รองลงมา คือ 5 คน ร้อยละ 26.8 รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท

ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 27.5 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.6 อายุของเด็กที่เริ่มรับประทานอาหาร น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 72.5 ($\bar{X}$ = 8.17, S.D. = 7.63)

ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเป็นอิสระต่อกัน แต่จะมีบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน (p -value < 0.05) ได้แก่ ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อายุของบุตร ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม (n = 217)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 153) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุมารดา			1.92	0.590
ต่ำกว่า 20	5 (7.8)	6 (3.9)		
21 – 30	31 (48.4)	76 (49.7)		
31 - 40	22 (34.4)	60 (39.2)		
มากกว่า 40	6 (9.4)	11 (7.2)		
$\bar{X}$, S.D., Min, Max	30.31, 7.07, 18, 48	30.89, 6.11, 18, 48		
อาชีพ			7.51	0.185
รับราชการ	0 (0.0)	1 (0.7)		
รับจ้าง	15 (23.4)	43 (28.1)		
ค้าขาย	0 (0.0)	7 (4.6)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (1.6)	1 (0.7)		
เกษตรกร	46 (71.9)	88 (57.5)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (3.1)	13 (8.5)		
ระดับการศึกษา			6.49	0.371
ไม่ได้ศึกษา	10 (15.6)	17 (11.1)		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8 (12.5)	9 (5.9)		
ประถมศึกษา	21 (32.8)	50 (32.7)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (25.0)	42 (27.4)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	9 (14.1)	29 (19.0)		
อนุปริญญา หรือ ปวส.	0 (0.0)	2 (1.3)		
ปริญญาตรี	0 (0.0)	4 (2.6)		
ประวัติการฝากครรภ์			1.25	0.265
ครบ 5 ครั้ง	61 (95.3)	139 (90.8)		
ไม่ครบ 5 ครั้ง	3 (4.7)	14 (9.2)		
การได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟลิก			0.91	0.634
ได้รับและทานทุกวัน	42 (65.6)	102 (66.7)		
ได้รับแต่ทานบางวัน	20 (31.3)	42 (27.5)		
ไม่ได้รับ	2 (3.1)	9 (5.9)		

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 153) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
โรคประจำตัว			0.45	0.500
มี	2 (3.1)	8 (5.2)		
ไม่มี	62 (96.9)	145 (94.8)		
การให้นมบุตร			0.04	0.835
ให้	58 (90.6)	140 (91.5)		
ไม่ให้	6 (9.4)	13 (8.5)		
ระยะเวลาการให้นมบุตร	(n=58)	(n=140)	3.54	0.060
น้อยกว่า 6 เดือน	12 (20.7)	15 (10.7)		
6 เดือนขึ้นไป	46 (79.3)	125 (89.3)		
บทบาทผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว			5.77	0.056
พ่อ	5 (7.8)	32 (20.9)		
แม่	55 (85.9)	110 (71.9)		
อื่น ๆ	4 (6.3)	11 (7.2)		
ชนชาติพันธุ์ เชื้อชาติ			9.63	0.008*
อาข่า	19 (29.7)	72 (47.1)		
ลาหู่	45 (70.3)	81 (52.9)		
อายุผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว			0.98	0.806
ต่ำกว่า 20	3 (4.7)	6 (3.9)		
21 - 30	31 (48.4)	65 (42.5)		
31 - 40	20 (31.3)	58 (37.9)		
มากกว่า 40	10 (15.6)	24 (15.7)		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน)			12.79	0.012*
2 คน	0 (0.0)	1 (0.7)		
3 คน	9 (14.1)	10 (6.5)		
4 คน	20 (31.2)	23 (15.0)		
5 คน	13 (20.3)	41 (26.8)		
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	22 (34.4)	78 (51.0)		
รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน			7.23	0.204
ไม่มีรายได้	2 (3.1)	1 (0.7)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	23 (35.9)	42 (27.5)		
5,001 – 10,000 บาท	27 (42.2)	84 (54.8)		
10,001 – 15,000 บาท	11 (17.2)	18 (11.7)		
15,001 – 20,000 บาท	1 (1.6)	5 (3.3)		
มากกว่า 20,000 บาท	0 (0.0)	3 (2.0)		

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 153) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ลักษณะของครอบครัว			0.02	0.883
ครอบครัวเดี่ยว	35 (54.7)	82 (53.6)		
ครอบครัวขยาย	29 (45.3)	71 (46.4)		
อายุของเด็กที่ได้เริ่มรับประทาน			0.01	0.919
อาหาร				
น้อยกว่า 6 เดือน	46 (71.9)	111 (72.5)		
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	18 (28.1)	42 (27.5)		
ระดับความรู้			1.17	0.279
ระดับความรู้	8 (12.5)	12 (7.8)		
ปานกลาง				
ระดับความรู้ดีมาก	56 (87.5)	141 (92.2)		
ระดับความเชื่อด้านโภชนาการ			3.32	0.069
ความเชื่อด้านโภชนาการที่ดี	12 (18.8)	15 (9.8)		
ในระดับปานกลาง				
ความเชื่อด้านโภชนาการที่ดี	52 (81.2)	138 (90.2)		
ในระดับสูง				
เพศของบุตร			3.76	0.052
ชาย	41 (64.1)	76 (49.7)		
หญิง	23 (35.9)	77 (50.3)		
อายุของบุตร			19.83	0.003*
0 - 6 เดือน	9 (14.1)	2 (1.3)		
7 - 12 เดือน	5 (7.8)	17 (11.1)		
13 - 18 เดือน	7 (10.9)	14 (9.2)		
19 - 24 เดือน	5 (7.8)	18 (11.8)		
25 - 30 เดือน	3 (4.7)	12 (7.8)		
31 - 36 เดือน	4 (6.3)	24 (15.7)		
36 เดือนขึ้นไป	31 (48.4)	66 (43.1)		
น้ำหนักแรกคลอด			0.81	0.369
น้อยกว่า 2.5 กิโลกรัม	6 (9.4)	9 (5.9)		
2.5 กิโลกรัมขึ้นไป	58 (90.6)	144 (94.1)		
เป็นบุตรลำดับที่			7.21	0.125
1	26 (40.6)	46 (30.1)		
2	17 (26.6)	46 (30.1)		
3	10 (15.6)	39 (25.4)		
4	9 (14.1)	11 (7.2)		
5 ขึ้นไป	2 (3.1)	11 (7.2)		

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 153) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค อูจจาระร่วงของบุตร			9.03	0.003*
เคย	25 (39.1)	30 (19.6)		
ไม่เคย	39 (60.9)	123 (80.4)		
การให้นมบุตร			0.04	0.835
ให้	58 (90.6)	140 (91.5)		
ไม่ให้	6 (9.4)	13 (8.5)		

*p-value < 0.05

ข้อมูลความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ปกครองกลุ่มศึกษาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.5 ($\bar{X}$ = 12.47, S.D. = 1.54) ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ปกครองกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.2 ($\bar{X}$ = 12.82, S.D. = 1.43) ด้านความเชื่อ กลุ่มศึกษามีความเชื่อด้านโภชนาการที่ดีในระดับสูง ร้อยละ 81.2 ($\bar{X}$ = 36.25, S.D. = 3.57) และกลุ่มควบคุมมีความเชื่อด้านโภชนาการที่ดีในระดับสูง ร้อยละ 90.2 ($\bar{X}$ = 36.25, S.D. = 2.91) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนข้อมูลความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลเด็กกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม (n = 217)

ระดับความรู้ และความเชื่อ	กลุ่มศึกษา (n = 64)		กลุ่มควบคุม (n = 153)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้				
ระดับความรู้	8	12.5	12	7.8
ปานกลาง				
ระดับความรู้ดีมาก	56	87.5	141	92.2
$\bar{X}$, S.D., Min, Max	12.47, 1.54, 8, 14		12.82, 1.43, 9, 15	
ด้านความเชื่อ				
ความเชื่อระดับปานกลาง	12	18.8	15	9.8
ความเชื่อระดับสูง	52	81.2	138	90.2
$\bar{X}$, S.D., Min, Max	36.25, 3.57, 30, 42		36.25, 2.91, 30, 44	

ความสัมพันธ์ของตัวแปรและภาวะทุพโภชนาการแสดงถึงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เด็กขาดพันธุธาตุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากกว่าชาติพันธุ์อาข่า 2.1 เท่า (OR (95% CI) = 2.1 (1.1 - 4.0), p-value = 0.02) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนหรือจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่าจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 4 - 5 คนมีความเสี่ยงน้อยกว่า 2.9 เท่าเมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีสมาชิก 5 คนขึ้นไป (OR (95% CI) = 2.9 (1.1 - 7.9), p-value = 0.04) นอกจากนี้ยังพบว่าบุตรที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อทุพโภชนาการมากกว่าเพศหญิง 1.8 เท่า (OR (95% CI) = 1.8 (1.0 - 3.3), p-value = 0.05) อายุของบุตรช่วงแรกคลอดถึง 24 เดือนมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่า 0.4 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กก่อนปฐมวัยช่วง 36 เดือนขึ้นไป (OR (95% CI) = 0.4 (0.1 - 1.0), p-value = 0.04)

ประวัติการเคยเป็นอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับทุพโภชนาการโดยเด็กที่เคยเป็นมีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2.6 เท่า (OR (95% CI) = 2.6 (1.4 - 5.0), p -value = 0.003) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความสัมพันธ์วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

ปัจจัย	OR (95% CI)	p -value
อายุมารดา (ปี)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20	0.8 (0.2 - 4.0)	0.82
21 - 30	0.7 (0.4 - 2.1)	0.76
31 - 40	1.2 (0.5 - 2.9)	0.68
มากกว่า 40	1.0	
อาชีพมารดา		
รับจ้าง	1.0	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	2.2 (0.5 - 10.9)	0.33
เกษตรกร	0.8 (0.1 - 10.5)	0.87
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.1 (0.7 - 15.7)	0.12
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	0.8 (0.3 - 2.0)	0.69
ประถมศึกษา	0.6 (0.2 - 1.4)	0.20
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1.0	
ประวัติการฝากครรภ์		
ครบ 5 ครั้ง	1.0	
ไม่ครบ 5 ครั้ง	0.5 (0.1 - 1.8)	0.27
การได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก โฟลิก		
ได้รับและทานทุกวัน	1.0	
ได้รับแต่ทานบางวัน	0.5 (0.6 - 2.2)	0.66
ไม่ได้รับ	0.5 (0.1 - 2.6)	0.44
โรคประจำตัวมารดา		
มี	1.7 (0.3 - 8.3)	0.51
ไม่มี	1.0	
การให้นมบุตร		
ให้	1.0	
ไม่ให้	0.9 (0.3 - 2.5)	0.84
ระยะเวลาการให้นมบุตร		
น้อยกว่า 6 เดือน	0.5 (0.2 - 1.1)	0.06
6 เดือนขึ้นไป	1.0	
บทบาทผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว		
แม่	1.0	
พ่อ	1.4 (0.4 - 4.5)	0.60
อื่น ๆ	0.4 (0.1 - 1.9)	0.26

ปัจจัย	OR (95% CI)	p-value
ชนชาติพันธุ์ เชื้อชาติ		
อาข่า	1.0	
ลาหู่	2.1 (1.1 - 4.0)	0.02*
อายุผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว (ปี)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20	0.9 (0.2 - 4.1)	0.95
21 - 30	0.7 (0.2 - 3.0)	0.62
31 - 40	0.8 (0.2 - 4.0)	0.82
มากกว่า 40	1.0	
อาชีพผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว		
รับจ้าง	1.0	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	1.1 (0.3 - 3.8)	0.93
เกษตรกร	0.5 (0.1 - 5.7)	0.61
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.0 (0.6 - 6.2)	0.25
ระดับการศึกษาผู้ดูแลด้านอาหารของครอบครัว		
ไม่ได้ศึกษา	0.9 (0.4 - 2.1)	0.83
ประถมศึกษา	0.5 (0.2 - 1.2)	0.12
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1.0	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คน	1.0	
4 - 5 คน	2.9 (1.1 - 7.9)	0.04*
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	1.8 (0.9 - 3.4)	0.06
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	1.0	
ครอบครัวขยาย	0.9 (0.5 - 1.7)	0.88
อายุของเด็กที่ได้เริ่มรับประทานอาหาร		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	1.0 (0.5 - 2.0)	0.92
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	1.0	
ระดับความรู้		
ระดับความรู้ปานกลาง	1.7 (0.6 - 4.3)	0.28
ระดับความรู้ดีมาก	1.0	
ระดับความเชื่อด้านโภชนาการ		
ความเชื่อระดับปานกลาง	2.1 (0.9 - 4.8)	0.07
ความเชื่อระดับสูง	1.0	
เพศของบุตร		
ชาย	1.8 (1.0 - 3.3)	0.05*
หญิง	1.0	

ปัจจัย	OR (95% CI)	p-value
อายุของบุตร		
0 - 24 เดือน	0.4 (0.1 - 1.0)	0.04*
25 - 35 เดือน	0.9 (0.5 - 1.7)	0.80
36 เดือนขึ้นไป	1.0	
น้ำหนักแรกคลอด		
น้อยกว่า 2.5 กิโลกรัม	0.6 (0.2 - 1.8)	0.37
2.5 กิโลกรัมขึ้นไป	1.0	
เป็นบุตรลำดับที่		
1	1.1 (0.5 - 2.7)	0.78
2 - 3	0.6 (0.3 - 1.5)	0.29
4 ขึ้นไป	1.0	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของบุตร		
เคย	2.6 (1.4 - 5.0)	0.003*
ไม่เคย	1.0	

*p-value < 0.05

อภิปราย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กชาวไทยภูเขา ได้แก่ เด็กชาติพันธุ์ลาหู่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากกว่าชาติพันธุ์อาข่า โดยมีความเสี่ยงมากกว่า 2.1 เท่า (OR (95% CI) = 2.1 (1.1 - 4.0), p-value = 0.02) สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ ร่องเสี้ยวและคณะ (2567) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวล่าหู่ ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ด้านการบริโภคอาหารของชาวล่าหู่ กลุ่มศึกษาร้อยละ 94.0 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับน้อยและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมของชาวล่าหู่ ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง [12] ผลการศึกษาจำนวนสมาชิกในครัวเรือน หรือจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่าจำนวนสมาชิก 4 - 5 คน มีความเสี่ยงน้อยกว่า 2.9 เท่าเมื่อเทียบกับครอบครัวที่สมาชิก 5 คนขึ้นไป (OR (95% CI) = 2.9 (1.1 - 7.9), p-value = 0.04) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasitwattanaseree S and et al. (2016) ที่พบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว 5 คนขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ [13] นอกจากนี้ยังพบว่าบุตรที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อทุพโภชนาการมากกว่าเพศหญิง 1.8 เท่า (OR (95% CI) = 1.8 (1.0 - 3.3), p-value = 0.05) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย [5] นอกจากนี้ยังพบว่า อายุของบุตรช่วงแรกคลอดถึง 24 เดือนมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเด็กก่อนปฐมวัยช่วง 36 เดือนขึ้นไป (OR (95% CI) = 0.4 (0.1 - 1.0), p-value = 0.04) สอดคล้องกับพัฒนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกินของเด็ก 0 - 5 ปี โดยเด็กอายุ 2 - 3 ปี จะเริ่มใช้ส้อมได้กินอาหารเป็นเวลา ชอบช่วยเตรียมและเก็บโต๊ะอาหาร เด็กอายุ 4 - 5 ปี อาจปฏิเสธอาหารบางชนิดเริ่มขอกินอาหารที่อยู่ในโฆษณา โดยเฉพาะขนมจุบจิบ ขนมถุง เริ่มบอกว่าอยากกินอะไรในมื้ออาหาร ชอบช่วยล้างจาน ช่วยเตรียมอาหาร ประกอบกับจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีการให้นมบุตรร้อยละ 90.6 และให้นมบุตร 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 79.3 ทำให้เด็กที่อยู่ในอายุ 0 - 24 เดือน ได้รับสารอาหารจากนมแม่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อยกว่า ประวัติการเคยเป็นอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับทุพโภชนาการโดยเด็กที่เคยเป็นมีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2.6 เท่า (OR (95% CI) = 2.6 (1.4 - 5.0), p-value = 0.003) สอดคล้องกับการศึกษาของจักรินทร์ ปริมาณนธ์ และคณะ (2561) [6] ที่มีการทบทวนวรรณกรรมถึงภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปัจจัยของทารกที่มีการเกิดโรคอุจจาระร่วง

มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ โดยการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารก เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงให้เห็นถึงการขาดสารอาหารในเด็กเป็นสาเหตุหลักของการมีภาวะภูมิคุ้มกันที่ไม่ดีประกอบกับการที่มารดาเลี้ยงดูทารกโดยการให้นมอย่างไม่ถูกวิธีหรือการไม่ให้นมมารดาในการเลี้ยงดูทารกแรกคลอดนอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านโภชนาการของเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด ลำดับของบุตรไม่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทยในเขตสุขภาพที่ 6 [14]

ปัจจัยอื่นเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาแล้ว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของเด็ก ได้แก่ การได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 92.2 การได้รับการตรวจประเมิน คัดกรอง และคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เกิดการติดตามพฤติกรรมมารดาตนเองและทารกในครรภ์ที่อาจส่งผลถึงการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการของมารดา [12, 14-16] ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มศึกษามีความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.5 ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.2 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของพจนีย์ วชิรภานนท์ (2565) ที่พบว่าระดับความรู้ด้านโภชนาการของครู ผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็ก ปัจจัยความเชื่อด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มศึกษามีความเชื่อด้านโภชนาการที่ดีในระดับสูง ร้อยละ 81.2 ความเชื่อด้านอาหารและโภชนาการของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีความเชื่อด้านโภชนาการที่ดีในระดับสูง ร้อยละ 90.2 การที่ผู้ดูแลมีความเชื่อด้านอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาและการจัดหาอาหารได้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ [16]

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรและภาวะทุพโภชนาการแสดงถึงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เด็กชาติพันธุ์ลาหู่ มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากกว่าชาติพันธุ์อาข่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หรือจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน พบว่าจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 4 - 5 คน มีความเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีสมาชิก 5 คนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าบุตรที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อทุพโภชนาการมากกว่าเพศหญิง อายุของบุตรช่วงแรกคลอดถึง 24 เดือนมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเด็กก่อนปฐมวัยช่วง 36 เดือนขึ้นไป และประวัติการเคยเป็นอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับทุพโภชนาการโดยเด็กที่เคยเป็นมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเด็กที่ไม่เคยเป็น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ผลการวิจัย ควรมีการจัดทำแผนงานด้านโภชนาการในพื้นที่ โดยเริ่มต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มุ่งเน้นกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะ ได้แก่ เด็กชาติพันธุ์ลาหู่ เด็กในครัวเรือนที่มีสมาชิก 5 คนขึ้นไป และเด็กชายในช่วงอายุ 36 เดือนขึ้นไป มีการบูรณาการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการเข้ากับข้อมูลทางประชากรศาสตร์ เช่น ชาติพันธุ์ เพศ อายุ และข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น ประวัติการเจ็บป่วย เพื่อใช้ในการระบุพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปริมาณและคุณค่าทางสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันของเด็ก เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลด้านโภชนาการ นำมาพัฒนาเป็นแนวทางการจัดหาอาหารให้ถูกหลักโภชนาการและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการวิจัย EC24193-18 วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย วันที่ 25 มกราคม 2568 วันสิ้นสุดการรับรอง 24 มกราคม 2569

การอ้างอิง

ปวรารักษ์ ตันธารส, พิษณุรักษ์ กันทวิ, ภูมิตรี อินทร์ชน, และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขา อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(3): 218-32.

Tontaros P, Kanthawee P, Inchon P, and Suwannaporn S. Factors associated with malnutrition among hill tribe children, Mae Suai District, Chiang Rai Province. 2025; 3(3). 218-32.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Malnutrition “. Accessed 27 May 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>”.
- [2] ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะขาดพลังงานและโปรตีน. กรุงเทพมหานคร, สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2559. หน้า 275–88.
- [3] ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร, สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2559. หน้า 289-331.
- [4] กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ. รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2567. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2568.
- [5] สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. 2563.
- [6] จักรินทร์ ปริมาณน, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, และสมเกียรติยศ วรเดช. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5(1): 329-42.
- [7] วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 2561.
- [8] ธัญญรัตน์ สิงห์แก้ว. การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสภาพทางร่างกายของนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงรายเขต 2. วารสารพัฒนศิลป์วิชาการ. 2561; 2(ฉบับพิเศษ): 327-38.
- [9] ปวีตรา ไพทอง. ภาวะโภชนาการกับการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันในเด็กก่อนวัยเรียน ชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2562; 15(1): 14-25.
- [10] Singhan C, Phanthurat N, and Sajjapong W. Nutritional values of dietary intake and food consumption behavior in the hill tribe school-age at Phayao province. Journal of Medicine and Health Sciences. 2020; 27(1): 12-27.
- [11] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี. นนทบุรี, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.

- [12] วัชรภรณ์ ร่องเลี้ยว, วราภรณ์ บุญเชียง, และอักษรา ทองประชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวลาหู่ ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2567; 6(1): 14-25.
- [13] Prasitwattanaseree S, Kongpun C, Pornprasert S, Intapat S, Kawilapat S, and Traisathit P. Risk factors of malnutrition among Karen Children in Chiang Mai, Thailand. Open Journal of Statistics. 2016; 6(5): 756-65. DOI: 10.4236/ojs.2016.65062.
- [14] ดวงนภา ปงกา, ปวีณภัสสรณ์ คล้าศิริ, และสุปวีณา พละศักดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565. นนทบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
- [15] วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก. กรุงเทพฯ, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2566.
- [16] พงนิย วัชรกานนท์. ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารกรมการแพทย์. 2565; 47(3): 129-37.