

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี และการสังเคราะห์
แนวทางการจัดการภาวะเตี้ยในระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
Factors associated with stunting in ethnic children aged 0-5 years and
synthesis of district health system guidelines for stunting growth
management in Hod District, Chiang Mai Province

กวินธิดา สิงห์ทะ¹ สิวลี รัตนปัญญา^{2*}

Kawinthida Singtha¹ Siwalee Rattanapanya^{2*}

(Received: September 28, 2024; Revised: October 30, 2024; Accepted: December 9, 2024)

*Corresponding author: siwalee_rat@g.cmr.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยและสังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ จำนวน 261 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการถดถอยโลจิสติก 2 กลุ่ม ระยะที่ 2 สังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพอำเภอในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคิด Six building blocks วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่ไม่ได้ดื่มนมระหว่างวันและดื่มนมระหว่างวัน 1 ถึง 2 ครั้ง/กล่อง/แก้ว มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่ดื่มนมระหว่างวัน 5 ถึง 6 ครั้ง/กล่อง/แก้ว เป็น 4.875 เท่า และ 2.785 เท่า (p-value = 0.05 และ 0.03) เด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผัก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อสัตว์ เป็น 2.159 เท่า (p-value = 0.02) และเด็กที่นอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อคืน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่นอนหลับมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อคืน เป็น 2.967 เท่า (p-value = 0.03) จากผลการศึกษาระยะที่ 1 นำมาสังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพอำเภอ ได้พบทบทวนที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ระบบบริการเน้นการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็ก กำลัคนด้านสุขภาพเน้นการพัฒนาความรู้แก่บุคลากร ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีใช้การเน้นติดต่อสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพควรได้รับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการนำ/อภิบาลระบบ เน้นการเป็นต้นแบบด้านการเลี้ยงเด็กชาติพันธุ์อย่างถูกวิธี เพื่อให้ภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ลดลงต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะเตี้ย เด็กชาติพันธุ์ ระบบสุขภาพอำเภอ

¹บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

¹Graduate school, Chiang Mai Rajabhat University

²ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

²Public Health Department, Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

Abstract

The purpose of this study was to examine the causes of stunting and compile recommendations for the district health system to address stunting among ethnic children aged 0–5 years in Hot District, Chiang Mai Province. The study was conducted in two phases. In Phase 1, factors contributing to stunting among 261 ethnic children were investigated. Data were collected using questionnaires and analyzed using two-group logistic regression. In Phase 2, district health system guidelines were developed based on input from seven stakeholders. Data were gathered through in-depth interviews guided by the Six Building Blocks framework, and content analysis was employed for interpretation. The findings revealed that children who consumed only 1–2 boxes or glasses of milk per day had a 4.875- and 2.785-fold higher risk of stunting, respectively, compared to children who consumed 5–6 boxes or glasses daily (p-values = 0.05 and 0.03). Children fed a diet of rice and vegetables were 2.159 times more likely to experience stunting compared to those whose diets included rice, vegetables, and meat (p-value = 0.02). Additionally, children who slept only 6–8 hours per night had a 2.967 times higher likelihood of stunting compared to those who slept more than 10 hours per night (p-value = 0.03). Based on these findings, guidelines for the district health system were developed. Recommendations included clearly defining stakeholders' roles and responsibilities, such as educating health workers, using the information and technology system to assess children's nutritional status, and strengthening service systems to reduce stunting among ethnic children. Local administrative organizations were encouraged to support health-related expenses, communicate effectively via online media, and implement and manage systems with an emphasis on providing proper models for raising ethnic children.

Keywords: Stunting, Ethnic children, District Health System



1. บทนำ

ภาวะเตี้ยเป็นปัญหาสำคัญที่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง⁽¹⁾ ในปี 2022 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกจำนวน 149 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 24 ประสบกับภาวะเตี้ย⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่าภาคเหนือมีจำนวนเด็กเตี้ยสูงที่สุด ร้อยละ 14.16 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10⁽³⁾ โดยจังหวัดเชียงใหม่มีเด็กอยู่ในภาวะเตี้ยสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 14.50 และอำเภอฮอด พบภาวะเตี้ยเป็นลำดับที่ 3 ของจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 19.67 ซึ่งพบในตำบลหางดง มากที่สุด ร้อยละ 24.82 รองลงมา ได้แก่ ตำบลนาคอเรือ ร้อยละ 18.66 ตำบลบ่อหลวง ร้อยละ 16.35 และตำบลบ่อสลี ร้อยละ 15.96 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่ง 4 ตำบลนี้เป็นพื้นที่อยู่อาศัยหลักของชาติพันธุ์ม้ง ลัวะ และกะเหรี่ยง

ภาวะเตี้ยเกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ ภาวะเตี้ยไม่ทราบสาเหตุที่ตรวจไม่พบพยาธิสภาพ ได้แก่ ภาวะเตี้ยตามพันธุกรรม และภาวะเตี้ยจากการเป็นหนุ่มสาวช้า และภาวะเตี้ยที่ทราบสาเหตุ ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ ที่เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 23 ตัวอ่อนทารกเจริญเติบโตช้าตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และน้ำหนักแรกเกิดของทารกต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะพร่องโกรทฮอร์โมนจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสำคัญสำหรับการเจริญเติบโตโดยเฉพาะในวัยเด็ก⁽⁵⁾ และการพลาดโอกาสได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนแรกในชีวิตทารกเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโต⁽⁶⁾ อีกทั้งภาวะขาดสารอาหารเรื้อรังจากปัจจัยในด้านความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กด้านอาหารที่ไม่เหมาะสม การเกิดโรคเรื้อรังในเด็ก โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเตี้ยยังอาจเกิดมาจากปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ⁽⁷⁾ ความยาวแรกคลอด น้ำหนักแรกคลอดของเด็ก⁽⁸⁾ การได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์⁽⁹⁾ และการได้รับการคัดกรองพัฒนาการครบตามเกณฑ์⁽¹⁰⁾ ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาที่แตกต่างกัน เช่น อายุของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนสูงของมารดาและบิดา⁽⁸⁾ อายุครรภ์ขณะคลอด การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์⁽¹¹⁾

รายได้และระดับการศึกษาของมารดา⁽¹²⁾ ปัจจัยทางสังคม เช่น พื้นที่อยู่อาศัย⁽⁷⁾ และชาติพันธุ์⁽¹³⁾ รวมถึงปัจจัยการเลี้ยงดูเด็กในด้านอาหาร การดื่มนมระหว่างวัน และการนอนหลับ ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน

ในพื้นที่อำเภอฮอดประกอบด้วย กลุ่มชาติพันธุ์หลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง มีความเชื่อว่าห้ามไม่ให้เด็กขว้างขว้างโยน ตีนไก่ กระเพาะไก่ ไส้ไก่ หัวใจไก่เด็ดขาด เพราะมีความเชื่อว่า เมื่อบริโภคตีนไก่แล้วจะทำให้เด็กชอบก้าวร้าวเรื่องของผู้อื่น และจะทำให้ทำเรื่องอะไรไม่ประสบความสำเร็จ กระเพาะไก่ ไส้ไก่ เมื่อบริโภคแล้วจะทำให้เด็กไม่ฉลาด เพราะไส้ไก่จะไปทอสมองจนคิดไม่ได้⁽¹⁴⁾ 2) กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จะไม่นิยมบริโภคเนื้อเป็ดหรือเนื้อสัตว์ใหญ่ เช่น เนื้อวัว เนื้อควาย ก็ไม่นิยมบริโภค บอกว่ามีกลิ่นเหม็นสาบ การให้ข้าวเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี จะให้ข้าว "หม่ำ" คือเคี้ยวข้าวในปาก แล้วคายป้อนให้เด็ก ข้าวหม่ำจะเป็นข้าวล่วนผสมเกลือ ไม่มีกับข้าว เพราะกะเหรี่ยงจะไม่ให้อาหารประเภทเนื้อสัตว์แก่เด็กจนถึงอายุ 2 ปี บางหมู่บ้านไม่ให้กินเนื้อสัตว์จนกว่าจะถึง 5 ปี⁽¹⁴⁾ 3) กลุ่มชาติพันธุ์ลัวะ อาหารในแต่ละวันจะมีข้าวกับต้มผักหรือแกงผัก เป็นอาหารหลัก เนื้อสัตว์จะกินในโอกาสพิเศษหรือเลี้ยงผีเท่านั้น แต่ยังมีข้อห้าม คือ ห้ามกินเนื้อสัตว์ในบ้าน หากฝ่าฝืนจะเกิดไฟไหม้บ้าน⁽¹⁴⁾ วัฒนธรรมการใช้ชีวิตของแต่ละชาติพันธุ์เหล่านี้ จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์สืบต่อรุ่นสู่รุ่นได้

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป็นกลไกสำคัญในการสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และประชาชนผู้ซึ่งมองเห็นปัญหาในชุมชนมากที่สุด เป้าหมายคือการสร้างแนวทางให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ ตามแนวคิด Six building blocks ที่ประกอบไปด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การนำ/อภิบาลระบบ⁽¹⁵⁾ จากการวิจัยที่ผ่านมาได้มีการนำการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิดของ Six

building blocks ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบ
อนามัยแม่และเด็กในอำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี ที่มี
ความหลากหลายทางเชื้อชาติและศาสนา พบว่า สามารถ
ส่งเสริมให้ภาวะทุพโภชนาการในเด็กน้อยลงได้⁽¹⁶⁾

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ย และสังเคราะห์
แนวทางระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยใน
เด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิด
ของ Six building blocks ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่
ความร่วมมือทางสังคมในการแก้ไขปัญหาภาวะเตี้ยในเด็ก
อายุ 0-5 ปี ของอำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผู้วิจัยได้กำหนด
รูปแบบการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด ภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 0-5 ปี

ประชากร

ประชากรเป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีภาวะเตี้ย และ
มารดาของเด็กที่อาศัยอยู่ในอำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่
ข้อมูลจากกรมอนามัย ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565
จำนวนทั้งหมด 261 คน⁽⁴⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา
ในกลุ่มประชากรทั้งหมด และสัมภาษณ์มารดาของเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4
ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก เป็นแบบสอบถาม
แบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ
วันเกิด น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน ความยาวแรก
คลอด ส่วนสูงปัจจุบัน การได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ
การได้รับการคัดกรองพัฒนาการครบตามเกณฑ์ และผล
การคัดกรองภาวะโภชนาการ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา เป็น
แบบสอบถามแบบให้เติมคำเป็น และเลือกตอบ จำนวน 9
ข้อ ประกอบไปด้วย อายุปัจจุบัน อายุของมารดาระหว่าง

ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด มารดาได้รับการฝากครรภ์
ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์
ส่วนสูงมารดา ส่วนสูงบิดา ระดับการศึกษาของมารดา และ
รายได้รวมของครอบครัว

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสังคมของเด็ก เป็นแบบสอบถาม
แบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ประกอบไปด้วย เขตพื้นที่อยู่
อาศัยของเด็ก และกลุ่มชาติพันธุ์ของเด็ก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก เป็นแบบสอบถาม
แบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบไปด้วย การเลี้ยงดู
ด้วยนมแม่ ช่วงเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน การดื่มนม
ระหว่างวัน อาหารหลักที่ได้รับต่อวัน และการนอนหลับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)
อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วคำนวณหา
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - Objective Congruence
Index: IOC) โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี
ความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50-1.00 ขึ้นไป เพื่อนำไปเป็นข้อ
คำถามในแบบสอบถามที่จะใช้ในการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม
เนื่องจากข้อคำถามเป็นการรวบรวมข้อมูลตาม
ข้อเท็จจริงจึงไม่มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) แต่ได้มีการนำแบบสอบถามไปชี้แจง
รายละเอียดข้อคำถามแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลชาติพันธุ์ละ 1 คน
มาเป็นล่ามผู้แปลภาษาในการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์
มารดาของเด็กตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด ทดสอบ
ความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม

2.2 ระยะที่ 2 สังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 0-5 ปี

ผู้ให้ข้อมูล 7 คน เป็นตัวแทนของหน่วยงานในระบบ
สุขภาพอำเภอหาด 7 หน่วยงาน โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มี
ประสบการณ์ด้านภาวะโภชนาการในเด็กไม่ต่ำกว่า 1 ปี
และผู้มีส่วนท้องถิ่นที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มชาติ
พันธุ์ในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้ปกครองของเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview) ตามกรอบแนวคิด six building blocks ประกอบไปด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี กลไกการเงิน การนำ/อภิบาลระบบ ข้อคำถามการสัมภาษณ์ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กขาดพันธุ์ ตามกรอบแนวคิด six building blocks

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งทางด้านข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมในเนื้อหาที่ต้องการศึกษา และเพื่อให้เนื้อหาที่มีความถูกต้อง เที่ยงตรง เชื่อถือได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สังเคราะห์แนวทางโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่รวบรวมได้ มาสังเคราะห์ประเด็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา

2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาการทําวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2024/106.04.01 ลงวันที่ 12 มกราคม 2567

3. ผลการวิจัย

3.1 ระยะที่ 1 ปัจจัยของการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กขาดพันธุ์ อายุ 0-5 ปี

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน คิดเป็นสัดส่วน 1: 1.05 คน อยู่ในกลุ่มอายุ 2 ปี – 3 ปี มากที่สุด ตามลำดับ มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,507.28 กรัม น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 12.55 กิโลกรัม ความยาวแรกคลอดเฉลี่ย 50.39 เซนติเมตร ส่วนสูงปัจจุบันเฉลี่ย 87.67 เซนติเมตร ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามอายุ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครบตามเกณฑ์ และมีผลการคัดกรองพัฒนาการสมวัย

เมื่อจำแนกตามกลุ่มโภชนาการ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมส่วนและกลุ่มเตี้ย พบเป็นส่วนใหญ่เป็นเด็กกลุ่มเตี้ย คิดเป็นร้อยละ 81.99 และเด็กกลุ่มสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 18.01

โดยเด็กกลุ่มสมส่วนเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,702.13 กรัม น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 12.71 กิโลกรัม มีความยาวแรกคลอดเฉลี่ย 50.76 เซนติเมตร และมีเด็กที่มีความยาวแรกคลอดน้อยกว่า 50 เซนติเมตร 13 คน คิดเป็นร้อยละ 27.66 มีส่วนสูงปัจจุบัน เฉลี่ย 88.47 เซนติเมตร เด็กทุกคนมีส่วนสูงเทียบกับอายุอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามอายุ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครบตามเกณฑ์ และมีผลการคัดกรองพัฒนาการสมวัย

เด็กกลุ่มเตี้ยเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,464.49 กรัม น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 12.51 กิโลกรัม มีความยาวแรกคลอดเฉลี่ย 50.31 เซนติเมตร และมีเด็กที่มีความยาวแรกคลอดน้อยกว่า 50 เซนติเมตร 74 คน คิดเป็นร้อยละ 34.58 มีส่วนสูงปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ที่ 87.49 เซนติเมตร และเด็กทุกคนมีส่วนสูงเทียบกับอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามอายุ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครบตามเกณฑ์ และมีผลการคัดกรองพัฒนาการสมวัย ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก	รวม (n = 261)		สมส่วน (n = 47)		เตี้ย (n = 214)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	127	48.70	21	44.70	106	49.50
หญิง	134	51.30	26	55.30	108	50.50
อายุ						
แรกเกิด - 1 ปี 11 เดือน	52	19.90	11	23.40	41	19.20
2 ปี - 2 ปี 11 เดือน	71	27.20	11	23.40	60	28.00
3 ปี - 3 ปี 11 เดือน	72	27.60	13	27.70	59	27.60
4 ปี - 1 ปี 11 เดือน	66	25.30	12	25.50	54	25.20
น้ำหนักแรกคลอด	$\bar{X} = 3,507.28 \pm 393.78$ กรัม		$\bar{X} = 3,702.13 \pm 304.67$ กรัม		$\bar{X} = 3,464.49 \pm 38.77$ กรัม	
น้ำหนักปัจจุบัน	$\bar{X} = 12.55 \pm 2.42$ ก.ก.		$\bar{X} = 12.71 \pm 2.37$ ก.ก.		$\bar{X} = 12.51 \pm 2.44$ ก.ก.	
ความยาวแรกคลอด	$\bar{X} = 50.39 \pm 2.01$ ซม.		$\bar{X} = 50.76 \pm 2.54$ ซม.		$\bar{X} = 50.31 \pm 1.87$ ซม.	
ส่วนสูงปัจจุบัน	$\bar{X} = 87.67 \pm 9.38$ ซม.		$\bar{X} = 88.47 \pm 10.89$ ซม.		$\bar{X} = 87.49 \pm 9.03$ ซม.	
การได้รับวัคซีนครบตามอายุของเด็ก						
ได้รับวัคซีนครบ	239	91.60	45	95.70	194	90.70
ได้รับวัคซีนไม่ครบ	22	8.40	2	4.30	20	9.30
ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ						
คัดกรองครบ	254	97.30	46	97.90	208	97.20
คัดกรองไม่ครบ	7	2.70	1	2.10	6	2.80
ผลการคัดกรองพัฒนาการ						
พัฒนาการสมวัย	245	93.90	45	95.10	200	93.50
พัฒนาการล่าช้า	16	6.10	2	4.30	14	6.50

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา

ผลการศึกษา พบว่า มารดามีอายุเฉลี่ย 30.29 ปี อายุเฉลี่ยระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา คือ 27.38 ปี อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอด คือ 37.77 สัปดาห์ มารดาส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนสูงเฉลี่ยของมารดา คือ 158.38 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ยของบิดา คือ 166.31 เซนติเมตร รายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,000 บาท – 10,000 บาทต่อเดือน มารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

เมื่อจำแนกตามกลุ่มโภชนาการของลูก พบว่า มารดาของเด็กสมส่วนมีอายุเฉลี่ย 31.96 ปี อายุระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ย 28.32 ปี อายุครรภ์ขณะคลอดเฉลี่ย 37.38 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยมารดามีส่วนสูง

เฉลี่ย 159.68 เซนติเมตร และส่วนสูงเฉลี่ยของบิดา 167.91 เซนติเมตร รายได้รวมของครอบครัว 5,000 บาท – 10,000 บาทต่อเดือน และระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา ได้แก่ มัธยมศึกษา หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

มารดาของเด็กเตี้ยมีอายุเฉลี่ย 30.69 ปี อายุระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ย 27.17 ปี อายุครรภ์ขณะคลอดเฉลี่ย 37.77 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยมารดามีส่วนสูงเฉลี่ย 158.10 เซนติเมตร และส่วนสูงเฉลี่ยของบิดา 165.96 เซนติเมตร รายได้รวมของครอบครัว 5,000 บาท – 10,000 บาทต่อเดือน และระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา ได้แก่ มัธยมศึกษา หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา

ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา	รวม (n = 261)		สมส่วน (n = 47)		เต็ม (n = 214)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุปัจจุบันของมารดา	$\bar{X}$ = 30.29 ± 4.96 ปี		$\bar{X}$ = 31.96 ± 4.13 ปี		$\bar{X}$ = 30.69 ± 5.11 ปี	
อายุของมารดาระหว่างตั้งครรภ์	$\bar{X}$ = 27.38 ± 4.96 ปี		$\bar{X}$ = 28.32 ± 4.23 ปี		$\bar{X}$ = 27.17 ± 5.09 ปี	
อายุครรภ์ขณะคลอด	$\bar{X}$ = 37.77 ± 0.87 สัปดาห์		$\bar{X}$ = 37.85 ± 0.91 สัปดาห์		$\bar{X}$ = 37.77 ± 0.87 สัปดาห์	
มารดาได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์						
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	234	89.70	45	95.70	189	88.30
ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง	27	10.30	2	4.30	25	11.70
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์						
มีภาวะแทรกซ้อน	45	17.20	6	12.80	39	18.20
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	216	82.80	41	87.20	175	81.80
ส่วนสูงของมารดา	$\bar{X}$ = 158.38 ± 4.46 ซม.		$\bar{X}$ = 159.68 ± 5.13 ซม.		$\bar{X}$ = 158.10 ± 4.26 ซม.	
ส่วนสูงของบิดา	$\bar{X}$ = 166.31 ± 5.14 ซม.		$\bar{X}$ = 167.91 ± 4.88 ซม.		$\bar{X}$ = 165.96 ± 5.14 ซม.	
รายได้รวมของครอบครัว						
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	13	5.00	1	2.10	12	5.60
5,000-10,000 บาทต่อเดือน	131	50.20	21	44.70	110	51.40
10,000-30,000 บาทต่อเดือน	103	39.50	19	40.40	84	39.30
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	14	5.40	6	12.80	8	3.70
ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	0.40	0	0.00	1	0.50
ประถมศึกษา	51	19.50	10	21.30	41	19.20
มัธยมศึกษา หรือ ประกาศนียบัตร	103	39.50	14	29.80	89	41.60
วิชาชีพ (ปวช.)						
อนุปริญญา หรือ ประกาศนียบัตร	52	19.90	7	14.90	45	21.00
วิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือเทียบเท่า						
ปริญญาตรี	54	20.70	16	34.00	38	17.80

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสังคมของเด็ก

พบว่า เด็กอาศัยอยู่พื้นที่ราบและพื้นที่สูงใกล้เคียงกัน คิดเป็นสัดส่วน 1.02: 1 คน เด็กส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ม้ง รองลงมา คือ ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปะกาเกอญอ) และชาติพันธุ์ม้งน้อยที่สุด เมื่อจำแนกตามกลุ่มโภชนาการพบว่า กลุ่มเด็กสมส่วน อาศัยอยู่พื้นที่ราบและพื้นที่สูงใกล้เคียงกัน คิดเป็นสัดส่วน 1: 1.30 คน เด็กส่วนใหญ่เป็น

ชาติพันธุ์ม้ง รองลงมา คือ ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปะกาเกอญอ) และชาติพันธุ์ลัวะน้อยที่สุด ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเด็กเตี้ยอาศัยอยู่พื้นที่ราบและพื้นที่สูงใกล้เคียงกัน คิดเป็นสัดส่วน 1: 1.10 คน เด็กส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ม้ง รองลงมา คือ ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปะกาเกอญอ) และชาติพันธุ์ลัวะน้อยที่สุด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของปัจจัยทางสังคมของเด็ก

ปัจจัยทางสังคมของเด็ก	รวม (n = 261)		สมส่วน (n = 47)		เตี้ย (n = 214)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขตพื้นที่อยู่อาศัยของเด็ก						
อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ราบ	132	50.60	23	48.90	109	50.90
อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่สูง	129	49.40	24	51.10	105	49.10
กลุ่มชาติพันธุ์ของเด็ก						
ชาติพันธุ์ม้ง	104	39.80	17	36.20	87	40.70
ชาติพันธุ์ลัวะ	67	25.70	11	23.40	56	26.20
ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปะกาเกอญอ)	90	34.50	19	40.40	71	33.20

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก

ผลการศึกษา พบว่า มารดาส่วนใหญ่ให้ลูกดื่มนมผงร่วมกับให้อาหารบด รองลงมาให้ลูกดื่มนมแม่ผสมนมผง มีเพียงร้อยละ 6.90 ที่ให้ลูกดื่มนมแม่เพียงอย่างเดียว ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน เด็กส่วนใหญ่มีการดื่มนมระหว่างวัน 3 ถึง 4 ครั้ง/กล่อง/แก้ว เด็กส่วนใหญ่ได้รับอาหารหลักประเภทข้าวและผักมากที่สุด ส่วนใหญ่นอนหลับ 9 ถึง 10 ชั่วโมงต่อคืนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ นอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อคืน

ในกลุ่มเด็กสมส่วน ส่วนใหญ่ดื่มนมแม่ผสมนมผงในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน ดื่มนมระหว่างวัน 3 ถึง 4 ครั้ง/กล่อง/แก้ว ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อ และได้นอนหลับ 9 ถึง 10 ชั่วโมงต่อคืน

ในกลุ่มเด็กเตี้ย ส่วนใหญ่ดื่มนมผงร่วมกับให้อาหารบด ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน ดื่มนมระหว่างวัน 3 ถึง 4 ครั้ง/กล่อง/แก้ว ได้รับอาหารประเภทข้าวและผัก และได้ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก	รวม (n = 261)		สมส่วน (n = 47)		เตี้ย (n = 214)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเลี้ยงลูกด้วยนมในช่วงอายุแรกเกิด – 6 เดือน						
ดื่มนมแม่เพียงอย่างเดียว ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน	18	6.90	11	23.40	7	3.30
ดื่มนมแม่ผสมนมผง ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน	92	35.20	18	38.30	74	34.60
ดื่มนมแม่ร่วมกับให้อาหารบด ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน	30	11.50	1	2.10	29	13.60
ดื่มนมผงร่วมกับให้อาหารบด ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน	100	38.30	13	27.70	87	40.70
ดื่มนมแม่ร่วมกับนมผงร่วมกับให้อาหารบด ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน	21	8.00	4	8.50	17	7.90
การดื่มนมระหว่างวันของเด็ก (เทียบกับช่วงอายุ)						
เด็กไม่ได้ดื่มนมระหว่างวัน	28	10.10	2	4.30	26	12.10
ดื่มนมระหว่างวัน 1 ถึง 2 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	78	29.90	9	19.10	69	32.20
ดื่มนมระหว่างวัน 3 ถึง 4 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	111	42.50	24	51.10	87	40.70
ดื่มนมระหว่างวัน 5 ถึง 6 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	44	16.90	12	25.50	32	15.00
อาหารหลักที่ได้รับต่อวัน (เทียบกับช่วงอายุ)						
ไม่ได้รับอาหาร	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ได้รับอาหาร	261	100.00	47	100.00	214	100.00
ประเภทของอาหาร						
ได้รับอาหารประเภทข้าวและผัก	157	60.20	21	44.70	136	63.60
ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อ	104	39.80	26	55.30	78	36.40
การนอนหลับ (เทียบกับช่วงอายุ)						
เด็กนอนหลับ 3 ถึง 5 ชั่วโมง ต่อคืน	10	3.80	2	4.30	8	3.70

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก	รวม (n = 261)		สมส่วน (n = 47)		เตี้ย (n = 214)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เด็กนอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมง ต่อคืน	99	37.90	10	21.30	89	41.60
เด็กนอนหลับ 9 ถึง 10 ชั่วโมง ต่อคืน	112	42.90	25	53.20	87	40.70
เด็กนอนหลับมากกว่า 10 ชั่วโมง ต่อคืน	30	15.30	10	21.30	30	14.00

ส่วนที่ 5 ปัจจัยส่วนด้านการเลี้ยงดูเด็กที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า การตึมนมของเด็กระหว่างวัน (เทียบกับช่วงอายุ) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ไม่ได้ตึมนมระหว่างวัน และได้ตึมนมระหว่างวัน 1 ถึง 2 ครั้ง/กล่อง/แก้ว มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย มากกว่าเด็กที่ได้ตึมนมระหว่างวัน 5 ถึง 6 ครั้ง/กล่อง/แก้ว เป็น 4.875 เท่า และ 2.785 เท่า (p-value = 0.05 และ 0.03) ตามลำดับ

ประเภทของอาหารมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย มากกว่าเด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อสัตว์ เป็น 2.159 เท่า (p-value = 0.02) และการนอนหลับ (เทียบกับช่วงอายุ) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่นอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อคืน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย มากกว่าเด็กที่นอนหลับมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อคืน เป็น 2.967 เท่า (p-value = 0.03) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก	สมส่วน (n=47)		เตี้ย (n=214)		Exp (B)	Odd ratio (95% CI)	P – Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การตึมนมของเด็กระหว่างวัน (เทียบกับช่วงอายุ)							
ไม่ได้ตึมนมระหว่างวัน	2	4.30	26	12.10	4.875	1.000 – 23.760	0.05*
ตึมนม 1 ถึง 2 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	9	19.10	69	32.20	2.785	1.100 – 7.513	0.03*
ตึมนม 3 ถึง 4 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	24	51.10	87	40.70	1.359	0.609 – 3.034	0.45
ตึมนม 5 ถึง 6 ครั้ง/กล่อง/แก้ว	12	25.50	32	15.00	1	Reference	
ประเภทของอาหาร							
อาหารประเภทข้าวและผัก	21	44.70	134	62.60	2.159	1.140 – 4.089	0.02*
อาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อ	26	55.30	78	36.40	1	Reference	
การนอนหลับ (เทียบกับช่วงอายุ)							
นอนหลับ 3 ถึง 5 ชั่วโมงต่อคืน	2	4.30	8	3.70	1.333	0.242 – 7.348	0.74
นอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อคืน	10	21.30	89	41.60	2.967	1.125 – 7.820	0.03*
นอนหลับ 9 ถึง 10 ชั่วโมงต่อคืน	25	53.20	87	40.70	1.160	0.499 – 2.694	0.73
นอนหลับมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อคืน	10	21.30	30	14.00	1	Reference	

3.2 ระยะที่ 2 การสังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 0-5 ปี ตามกรอบแนวคิดของ Six Building Blocks

ผลการสังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอสอด

จังหวัดเชียงใหม่ ได้มาซึ่งบทบาทหน้าที่ของระบบสุขภาพอำเภอ ตามกรอบแนวคิดของ Six Building Blocks เพื่อการจัดการภาวะเตี้ย จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ระบบบริการ ได้คำสำคัญคือ “การคัดกรองภาวะโภชนาการ” “การสนับสนุนแบบฟอร์ม” “ประชาสัมพันธ์เสียง

ตามสาย” และ “การติดตามผลการคัดกรอง” โดยครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภาคเรียนละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดกรองภาวะโภชนาการเด็กที่ไม่ได้อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในหมู่บ้าน โดยมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายของผู้นำชุมชนให้ ผู้ปกครองพาเด็กมารับการคัดกรอง และคัดกรองเด็กที่พบภาวะเตี้ยจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามแนวทางการส่งต่อเด็กที่มีความผิดปกติ โดยมีการสนับสนุนแบบฟอร์มการคัดกรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองติดตามผลการตรวจการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็ก เพื่อดำเนินการจัดการภาวะเตี้ยต่อไป

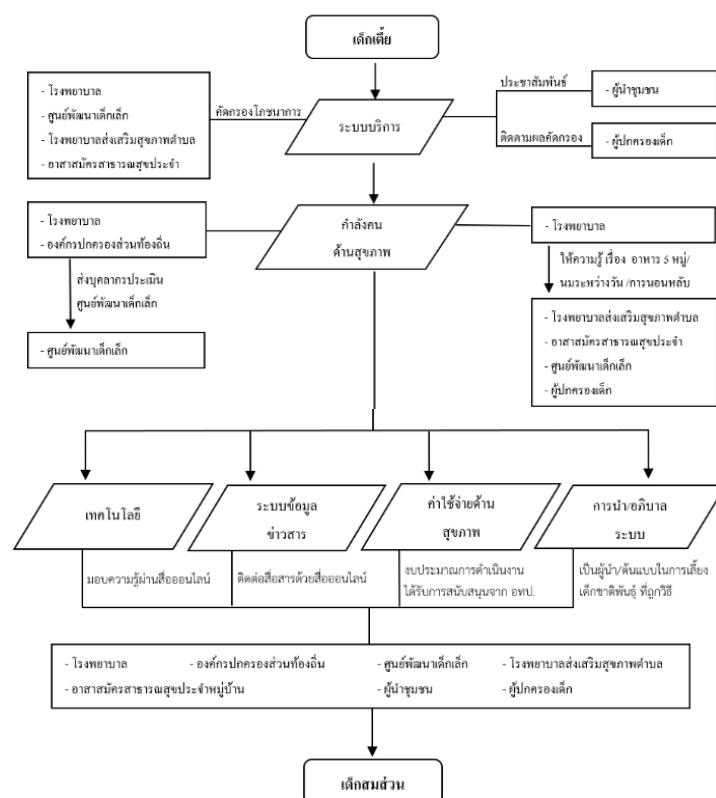
กำลังคนด้านสุขภาพ ได้คำสำคัญคือ “การพัฒนาความรู้บุคลากร” และ “การสนับสนุนบุคลากรประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” โดยโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้ความรู้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเด็ก เรื่อง การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การดื่มเครื่องดื่มระหว่างวัน และการนอนหลับให้เพียงพอสำหรับเด็ก

ชาติพันธุ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาล ยังต้องสนับสนุนบุคลากรเข้าประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ปีละ 1 ครั้ง

ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ได้คำสำคัญคือ “ประสานงานผ่านสื่อออนไลน์” โดยทุกหน่วยงานสื่อสารความรู้ และติดต่อประสานงานระดับหน่วยงานสู่ชุมชนผ่านบุคลากร และสื่อออนไลน์

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้คำสำคัญคือ “สนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” โดยทุกหน่วยงานในระบบสุขภาพอำเภอได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การนำ/อภิบาลระบบ ได้คำสำคัญคือ “การเป็นต้นแบบหรือผู้นำ” โดยทุกหน่วยงานในระบบสุขภาพอำเภอและผู้ปกครองเด็ก ร่วมเป็นต้นแบบหรือผู้นำให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็กชาติพันธุ์ให้ถูกวิธีตามวิธี โดยให้เด็กรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การดื่มเครื่องดื่มระหว่างวันอย่างเพียงพอ และนอนหลับให้เพียงพอสำหรับ เพื่อให้เด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะเตี้ยลดลงต่อไป ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 สังเคราะห์แนวทางระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กอายุ 0-5 ปี ตามกรอบแนวคิดของ Six Building Blocks

4. อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า เพศ อายุ และความยาวแรกคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Leng Xionglvanag และเบญจา มุกตพันธุ์⁽⁷⁾ ที่พบว่า เด็กเพศชายมีภาวะเตี้ยเป็น 1.82 เท่าของเด็กเพศหญิง เนื่องจากเด็กชายส่วนใหญ่ ชอบเล่น ไม่ชอบกินอาหาร ทำให้เด็กชายได้รับสารอาหารน้อย และโตช้ากว่าเด็กหญิง และเด็กโตพบภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กเล็ก เป็น 4.17 เท่า เนื่องจากภาวะเตี้ยเป็นการขาดสารอาหารที่สะสมเรื้อรังทำให้มีโอกาสพบในเด็กโตมากกว่าเด็กเล็ก โดยในการศึกษาค้างนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ใหญบ้านดอยคำ หมู่ 8 อำเภอฮอด พบว่า เด็กชาติพันธุ์ในอำเภอฮอดทั้งเพศชายและหญิง อายุ 0-5 ปี ส่วนใหญ่ถูกจำกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื่องจากความเชื่อทางชาติพันธุ์ด้านการเลี้ยงดูเด็ก อีกทั้งในการศึกษาค้างนี้ทั้งในกลุ่มเด็กสมส่วนและกลุ่มเตี้ยในการศึกษานี้มีความยาวแรกคลอดไม่แตกต่างกัน จึงอาจเป็นสาเหตุให้ปัจจัยดังกล่าวไม่ส่งผลต่อเกิดภาวะเตี้ย

ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา พบว่า อายุครรภ์ขณะคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนสูงของมารดา และส่วนสูงของบิดา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจาก ในการศึกษาค้างนี้ทั้งในกลุ่มเด็กสมส่วนและกลุ่มเตี้ย มารดามีอายุครรภ์ขณะคลอดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงค่าเฉลี่ยความสูงของมารดาและบิดาของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงอาจเป็นสาเหตุให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ในการศึกษาค้างนี้

ปัจจัยทางสังคมของเด็ก พบว่า เขตพื้นที่อยู่อาศัยของเด็ก และกลุ่มชาติพันธุ์ของเด็กไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเด็กชาติพันธุ์ อำเภอฮอด กลุ่มสมส่วนและกลุ่มเตี้ยอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ราบและพื้นที่สูงกระจายตัวในเขตตำบลไม่แตกต่างกัน จึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อเกิดภาวะเตี้ย และเด็กทุกชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ถูกจำกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และได้รับนมระหว่างวันไม่

แตกต่างกัน รวมถึงได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ทำให้เด็กทุกชาติพันธุ์เกิดภาวะเตี้ยไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็ก พบว่า การตึมนมของเด็กระหว่างวัน (เทียบกับช่วงอายุ) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ไม่ได้ตึมนมระหว่างวัน และได้ตึมนมระหว่างวัน 1 ถึง 2 ครั้ง/กล่อง/แก้ว มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย มากกว่าเด็กที่ได้ตึมนมระหว่างวัน 5 ถึง 6 ครั้ง/กล่อง/แก้ว เป็น 4.875 เท่า และ 2.785 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ ดวงคำ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า เด็กที่ตึมนมระหว่างวันน้อย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่ตึมนมระหว่างวัน มากกว่า เป็น 2.11 เท่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วลลีย์ คุณยศยิ่ง และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการการแก้ไขปัญหามะเร็งทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการให้นมกล่องเสริมเป็นเวลา 3 เดือน เด็กมีส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 72.30 เนื่องจากการตึมนมระหว่างวันมีผลหลักต่อร่างกายคือ โนนมมีปริมาณแคลเซียมสูงที่ช่วยในการเจริญเติบโตของกระดูกและมีปริมาณโปรตีนสูงที่ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย⁽¹⁹⁾ ประเภทของอาหารมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผัก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่ได้รับอาหารประเภทข้าวและผักและเนื้อสัตว์ เป็น 2.159 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Almaz Berhe และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่า ความหลากหลายของอาหารมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยของเด็ก โดยเด็กที่ได้อาหารเพียงอย่างเดียวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยมากกว่าเด็กที่รับอาหารหลากหลายประเภท เป็น 3.2 เท่า และยังสอดคล้องกับ การศึกษาของปิยะ ปุริโส และพรพิมล ชูพานิช⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภาวะขาดสารอาหารเรื้อรังจากปัจจัยในด้านความเชื่อในการเลี้ยงดูแลเด็กด้านอาหารที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดภาวะเตี้ยขั้นรุนแรงกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากโปรตีนมีส่วนสำคัญอย่างมากในวัยเด็กช่วยในการสร้างกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ผิวหนัง รวมทั้งอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต การขาดโปรตีนแบบเฉียบพลันจะส่งผลให้

ร่างกายเกิดภาวะผอม หากเกิดการขาดโปรตีนแบบเรื้อรัง จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเตี้ย⁽¹²⁾ (เทียบกับช่วงอายุ) ระยะเวลาการนอนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยใน เด็กชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่นอนหลับ 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อคืน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ย มากกว่าเด็กที่นอนหลับมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อคืน เป็น 2.967 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Marco Zaffanello และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า เด็กที่มีภาวะเตี้ยเกิด จากคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลต่อการหลั่งโกรท ฮอร์โมน โดยที่โกรทฮอร์โมนทำให้เกิดการเจริญเติบโตของ เนื้อเยื่อเกือบทั้งหมดในร่างกาย และทำหน้าที่ส่งเสริมการ เพิ่มขนาดของเซลล์ ส่วนใหญ่โกรทฮอร์โมนจะถูกหลั่งมา มากที่สุดในขณะนอนหลับ ดังนั้นการนอนหลับพักผ่อนให้ เพียงพอของทารก จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ลดโอกาส เสี่ยงของการเกิดภาวะเตี้ยได้⁽²²⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Camila dos Santos El Halal และ Magda Lahorgue Nunes⁽²³⁾ ที่พบว่า การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่ เพียงพอ ส่งผลต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็ก

การสังเคราะห์แนวทางของระบบสุขภาพอำเภอตาม แนวคิด Six building blocks ได้แก่ ระบบบริการ ทุก หน่วยงานในระบบสุขภาพอำเภอมีหน้าที่ส่งเสริมให้เด็ก อายุ 0-5 ปี เข้าถึงการคัดกรองภาวะโภชนาการอย่าง ครบคลุมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในหมู่บ้าน จากการคัด กรองโดยครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงพยาบาลส่งเสริม ตำบล ประเมินภาวะโภชนาการผ่านกราฟแสดงความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี⁽²⁴⁾ ตามฐานการ อ้างอิงของกรมอนามัยโลก ปี 2558 มีข้อจำกัดการ ดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการผิดพลาด จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากเด็กสมส่วนเป็นเด็กเตี้ย จาก การสังเคราะห์แนวทางจึงเห็นว่า ควรมีการตรวจคัดกรอง ข้ำจากบุคลากรในโรงพยาบาล โดยประเมินผ่านโปรแกรม Nutritional Status Calculator for Thai Children and Adolescents⁽²⁵⁾ ที่มีอ้างอิงจากฐานการประเมินเดียวกัน ของกรมอนามัยโลก ปี 2558 ซึ่งมีความสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำมากขึ้นทำให้ตรวจพบเด็กที่มีภาวะเตี้ยได้อย่าง แท้จริง เนื่องจากจุดเริ่มต้นของการจัดการภาวะเตี้ย คือ การคัดกรองภาวะโภชนาการให้พบปัญหาเพื่อวางแผน

จัดการกับปัญหาภาวะเตี้ยได้อย่างตรงจุดต่อไป สอดคล้อง กับการศึกษาของ อนาวิน ภัทรภาควินวรสกุล⁽²⁶⁾ ที่พบว่า การ ส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก ควรเริ่มต้นจากการสำรวจ ปัญหา โดยการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอย่าง ครบคลุม เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การวางแผนการ ดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กต่อไป

กำลังคนด้านสุขภาพ จากการสังเคราะห์แนวทาง พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพในระบบสุขภาพอำเภอควรมี ความรู้เพิ่มเติม เรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การดื่มนมระหว่างวัน และการนอนหลับให้เพียงพอสำหรับ เด็กชาติพันธุ์ เพื่อถ่ายทอดความรู้จากระดับหน่วยงานสู่ ระดับชุมชนอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ระยะที่ 1 ที่พบว่า ประเภทของอาหารที่ได้รับต่อวัน การ ดื่มนมระหว่างวัน และการนอนหลับความสัมพันธ์ต่อการ เกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์อายุ 0-5 ปี และสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)⁽²⁷⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การนำความรู้ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ ทำให้ทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงความรู้อย่างเป็นระบบ และ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสอดคล้อง กับการศึกษาของ ดวงนภา ปงกา และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่า การ ส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้ดูแลเด็กโดยบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้ภาวะโภชนาการเด็กดีขึ้น

ระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยี สื่อสารความรู้ ระดับหน่วยงานสู่ชุมชนผ่านบุคลากร และสื่อออนไลน์ ซึ่ง เดิมในระบบสุขภาพอำเภอไม่มีการติดต่อประสานงานอย่าง ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาระงานและระยะทางของ แต่ละหน่วยงาน จากการสังเคราะห์แนวทางจึงเป็นที่เห็น พ้องกันในระบบสุขภาพอำเภอในการศึกษาครั้งนี้ว่า การใช้ สื่อออนไลน์ จะส่งผลให้การดำเนินงาน การกำกับ ติดตาม และการติดต่อสื่อสารสะดวกรวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชรินทร์ทิพย์ อะถาพัฒน์⁽²⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจุบัน สื่อสังคมออนไลน์ มีบทบาทและได้รับความนิยมใน ประชาชนทุกกลุ่มวัย เป็นช่องทางการสื่อสารที่คนส่วนใหญ่ นิยมใช้งาน เพราะความสะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมต่อกับผู้อื่นได้ถึงแม้จะอยู่ห่างไกลกัน เพื่อแบ่งปันข้อมูล ความรู้ หรือสิ่งที่สนใจร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณ

พิลาศ กุลติล⁽³⁰⁾ ที่พบว่า การติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอผ่านการประชุม อบรม และสื่อออนไลน์ ของตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียนประจำหมู่บ้านและผู้ปกครอง สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารได้

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่าการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม จากการสังเคราะห์แนวทางจึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการเขียนแผนงานโครงการจากโรงพยาบาล ตามนโยบายการจัดการปัญหาภาวะเด็กเตี้ยล้าตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตามข้อสั่งการและข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1/2563 ข้อ 5 สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่นในการใช้งบประมาณของท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะเตี้ย จัดทำโครงการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เด็ก 6 เดือนถึง 2 ปี กินนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัย และเสริมไข่ 1 ฟองต่อวัน เด็กอายุ 2-5 ปี กินอาหารตามวัยและเสริมนม 2 กล่องหรือแก้ว ร่วมกับไข่ 1 ฟองต่อวัน ให้ได้ต่อเนื่อง 6 เดือน⁽³¹⁾

การนำ/อภิบาลระบบ พบว่า ประชาชนชาติพันธุ์ไม่มีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กชาติพันธุ์ที่ถูกวิธี จากการสังเคราะห์แนวทางพบว่า ทุกหน่วยงานควรเป็นผู้นำให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การดื่มนมระหว่างวัน และการนอนหลับให้เพียงพอสำหรับเด็กชาติพันธุ์ และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงดูเด็กชาติพันธุ์ในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หนึ่งหทัย ขอผลกลาง⁽³²⁾ ที่พบว่า การใช้ผู้นำที่นำเชื่อถือมาแนวทางเป็นต้นแบบด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการสื่อสารสุขภาพและเกิดการปฏิบัติตามมากที่สุด

5. สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ การดื่มนมระหว่างวัน ประเภทของอาหารหลักที่ได้รับต่อวัน และการนอนหลับ

ระบบสุขภาพอำเภอฮอด มีแนวทางระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี ตามกรอบแนวคิด Six building blocks ได้แก่ ระบบบริการ เน้นคัดกรองภาวะโภชนาการให้ครอบคลุมกำลังคนด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ใช้การสื่อสารความรู้และติดต่อสื่อสารระดับหน่วยงานสู่ชุมชนผ่านบุคลากรและสื่อออนไลน์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้รับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการนำ/อภิบาลระบบ ทุกหน่วยงานเป็นต้นแบบหรือผู้นำด้านการเลี้ยงดูเด็กชาติพันธุ์ที่ถูกวิธี โดยทุกหน่วยงานมีการประชุมวิเคราะห์ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเรื่อง ความสำเร็จของแนวทางระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาค้นคว้าโปรแกรมหรือแนวทางอื่น ๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับชาติพันธุ์ ในการจัดการภาวะเตี้ยในเด็กชาติพันธุ์ อายุ 0-5 ปี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือข้อจำกัดด้านภาษา เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ใช้ภาษาชาติพันธุ์ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีการคลาดเคลื่อน และมีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ให้ข้อมูลในระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย 7 หน่วยงานเท่านั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการให้ข้อมูล อีกทั้งในระยะที่ 1 ไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและวิถีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ จึงอาจทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

6. กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลา และอนุเคราะห์ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Bank Group, UNICEF and World Health Organization. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / The World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. Geneva: World Health Organization; 2021
2. UNICEF. The state of food security and nutrition in the world 2022. [Internet]. [cited 2022 December 18] Available from: <https://data.unicef.org/resources/sofi-2022/>
3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eecca9.pdf
4. DOH Dashboard กรมอนามัย. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/low05/tambon?year=2022&ap=5016>
5. โรงพยาบาลเด็กสินแพทย์. ภาวะตัวเตี้ยในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2564] Available from: <https://www.synphaet.co.th/children-ramintra/ภาวะตัวเตี้ยในเด็ก>
6. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere [Internet]. [cited 2022 December 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/15-01-2011-exclusive-breastfeeding-for-six-months-best-for-babies-everywhere>
7. XiongIvanag L, เบญจา มุกตพันธุ์. ภาวะเตี้ยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเตี้ยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเมืองเวียงทอง แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13(4):59-69.
8. ปิยะ ปุริโส, พรพิมล ชูพานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13(2):65-76.
9. Gebre A, Kahssay M, Mulugeta A, Reddy P, Sedik Y. Prevalence of malnutrition and associated factors among under-five children in pastoral communities of Afar RegionalState, Northeast Ethiopia: A community-based cross-sectional study. Journal of Nutrition and Metabolism 2019;1-13.
10. วราภรณ์ จิตอารี. การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด-6 เดือน กรณีศึกษา เด็กอายุแรกเกิด-6 เดือน จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดเลย และจังหวัดสตูล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/download-06/download?id=90535&mid=32009&mkey=m_document&lang=th&did=22643
11. อาชูรา รีเต็ง, จีราพัซซ์ พลอยนิลเพชร, กัลยา ต้นสกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กแรกเกิด- 5 ปี ในอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10. 2560; 1558-73.
12. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562;25(2):8-24.
13. ปวีตรา ไพทอง. ภาวะโภชนาการกับการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันในเด็กก่อนวัยเรียน ชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2562;15(1):14-25.

14. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: <https://ethnicity.sac.or.th/database-ethnic>
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เสริมคุณค่า ประถมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/05esrimkhunkhaapthmphuamidwyrabbsukhph aaphrada.pdf>
16. เตชะ แซ่หลี่, บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ของ อำเภอเกาะพ้อ จังหวัดปัตตานี ประเทศไทย. วารสารวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;8(1):39-48.
17. กิ่งกาญจน์ ดวงแคว. การพัฒนาแนวทางการดูแลการเจริญเติบโตของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพร้าวกะเทียม จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2563.
18. วลัยชัย คุณยศยิ่ง, พูลศักดิ์ ฉัตรชัยเจนกุล, วรวิทย์ ต้นติวัฒน์ทรัพย์, ปริญญา ศรีใส, นิ ผุดผ่อง, นิธิวัชร แสงเรือง และคณะ. ผลการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำเหลืองในเด็กก่อนวัยเรียนโดยการให้หมกลองเสริม:กรณีศึกษาพื้นที่อำเภออุ้มผางจังหวัดตาก. วารสารความเป็นธรรมทางสังคมและความเหลื่อมล้ำ 2564;2(1):17-29.
19. ชลธิดา เนรมารุ่ง. การศึกษาคุณสมบัติของนมวัว และความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มที่มีผลต่อสุขภาพกาย จากฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีมาตรฐานรับรองระหว่างปี 2000 ถึงมกราคม 2019 . [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2562.
20. Berhe A, Berhel K, Etsay N, Gebremariam Y, Seid O. Risk factors of stunting (chronic undernutrition) of children aged 6 to 24 months in Mekelle City, Tigray Region, North Ethiopia: An unmatched case-control study. Research Article, 2019;14(6):1-11.
21. Zaffanello M, Pietrobelli A, Cavarzere P, Guzzo A, Antoniazzi F. Complex relationship between growth hormone and sleep in children: insights, discrepancies, and implications. Front Endocrinol (Lausanne) 2024;14(1332114):1-9.
22. Chinenye S. Growth hormone: Its physiology, plethora of uses and misuse. West African Journal of Medicine, 2022;39(8):775-6.
23. El Halal CDS, Nunes ML. Sleep and weight-height development. Jornal de pediatria, 2019; 95(S1): S2-S9.
24. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รู้เท่าทันน้ำหนัก-ส่วนสูง แนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จาก โครงการพัฒนาแหล่งน้ำ : ด้านโภชนาการ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202011/m_news/9419/194026/file_download/6708832584afd4624c82e96532a5094d.pdf
25. พงษ์ศักดิ์ ดิยานันท์, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, สุปิยา เจริญศิริวัฒน์. Nutritional Status Calculator for Thai Children and Adolescents (NutStatCal). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: <https://nutstatcal.kiddiary.in.th/>
26. อนาวิน ภักธภาคินวรกุล. บทบาทนักสาธารณสุขในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียน ในพื้นที่ทางไกลและทุรกันดาร. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;2(2):1-13.
27. มหาวิทยาลัยมหิดล. การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25

ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล:

https://quality.sc.mahidol.ac.th/plan_and_policy/km/

28. ดวงนภา ปงกา, ปวีณภัสสร คล้ายศิริ, สุปรียา พลศักดิ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย ในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
29. ชรินทร์ทิพย์ อะถาพัฒน์. พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในชีวิตประจำวันของประชากรในกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง/กรุงเทพฯ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาการบัญชี]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
30. พรณพิลาศ กุลดิลก. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนกรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
31. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1/2563 (จังหวัดเชียงใหม่) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565] แหล่งข้อมูล: https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_article2.php?info_id=5813
32. หนึ่งทัย ขอผลกลาง. แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(2):198-214.

