

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครอง
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง
อำเภอหนองพิดำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship between Health Literacy and Child Feeding Behaviors
among Parents at Ban U-Thong Child Development Center, Ban Hua Thung
Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District,
Nakhon Si Thammarat Province.

เกษกาญจน์ ไชยยัง

Ketkan Chaiyang

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง

อำเภอหนองพิดำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: May 31, 2026; Accepted: July 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง อำเภอหนองพิดำ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองหลักของเด็กปฐมวัย จำนวน 95 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพ 24 ข้อ และพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก 10 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$, $S.D. = 0.49$) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านการโต้ตอบซักถามและด้านการบอกต่ออยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.71$, $S.D. = 0.46$) ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.342$, $p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.421$, $p < 0.001$) รองลงมาคือด้านการตัดสินใจและด้านความเข้าใจ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการสุขภาพและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรร่วมกันพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจ และความเข้าใจของผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการให้อาหารเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine parents' health literacy levels and the relationship between health literacy and child feeding practices at Ban U-Thong Child Development Center, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The participants were 95 primary caregivers of preschool children selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire comprising general information, 24 items assessing health literacy, and 10 items assessing child feeding practices. The scale-level content validity index was 0.96, and Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings showed that the parents' overall health literacy was at a high level ($M = 3.75$, $SD = 0.49$), with access to health information receiving the highest mean score. In contrast, interactive questioning and information sharing were at moderate levels. Overall child feeding practices were rated at a good level ($M = 3.71$, $SD = 0.46$). Overall health literacy was positively and significantly correlated with child feeding practices at a low level ($r = 0.342$, $p = 0.001$). Among the health literacy dimensions, behavior modification demonstrated the strongest correlation with child feeding practices ($r = 0.421$, $p < 0.001$), followed by decision-making and comprehension. These findings suggest that healthcare services and child development centers should collaborate to strengthen parents' skills in behavior modification, decision-making, and comprehension to promote appropriate child feeding practices.

Keywords: health literacy, child feeding practices, child development center.

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย สมอ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม การได้รับอาหารที่เพียงพอ มีคุณภาพ และเหมาะสมตามวัยจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างสมวัย ในทางตรงกันข้าม การได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือการได้รับพลังงานเกินความต้องการ สามารถนำไปสู่ภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะต่อมา องค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกประมาณ 150.2 ล้านคนมีภาวะเตี้ย 42.8 ล้านคนมีภาวะผอม และ 35.5 ล้านคนมีภาวะน้ำหนักเกิน สะท้อนว่าภาวะทุพโภชนาการทั้งด้านขาดและเกินยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประเทศไทยยังเผชิญปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยในลักษณะภาวะซ่อนทางโภชนาการ กล่าวคือ พบทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยและผอมควบคู่กับเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กรมอนามัยจึงกำหนดให้การแก้ไขปัญหาลูกเตี้ย ผอม อ้วน เป็นประเด็นสำคัญ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัว สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการพัฒนาภาวะโภชนาการของเด็กไม่สามารถดำเนินการเฉพาะในสถานบริการสุขภาพหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูและการจัดอาหารภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญในการกำหนดสภาพแวดล้อมทางอาหารของเด็ก โดยมีบทบาทตั้งแต่

การเลือกซื้อวัตถุดิบ การจัดเตรียมอาหาร การกำหนดเวลาและปริมาณอาหาร การจัดหาอาหารเข้า ผัก ผลไม้ นม และอาหารที่มีโปรตีน ตลอดจนการควบคุมการบริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน อาหารแปรรูป และอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลสูง การศึกษาของพรทิพย์ ทยานันท์ และคณะ (2566) พบว่า การปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และค่านิยม แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการให้อาหารเด็กไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้และบริบท การดำเนินชีวิตของครอบครัวด้วย ในปัจจุบันผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและสุขภาพเด็กได้จากหลายช่องทาง ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สื่อสังคมออนไลน์ และโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับอาจมีความซับซ้อน ขัดแย้ง หรือมีวัตถุประสงค์ทางการตลาด ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องมีความสามารถมากกว่าการรับรู้หรือจดจำข้อมูล กล่าวคือ ต้องสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ซักถามและตรวจสอบข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวได้ ความสามารถดังกล่าวเรียกว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพประกอบการตัดสินใจและการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในความดูแลได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam & Lloyd, 2021) ผลการศึกษาในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยยังมีข้อจำกัด



ด้านความรู้ด้านสุขภาพบางองค์ประกอบ กันยา โพธิ์ (2566) พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบ และตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดู ขณะที่คำสงค์ ชินมาตร (2567) พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับค่อนข้างสูง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการตัดสินใจ และพบว่าปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ปกครองจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น แต่การทำความเข้าใจ ตรวจสอบ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลเด็กยังมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานและบริบทของแต่ละครอบครัวหลักฐานจากต่างประเทศสนับสนุนว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก Costarelli และคณะ (2022) ศึกษาผู้ปกครองจำนวน 402 คน พบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และติดตามการบริโภคอาหารของเด็ก มากขึ้น ขณะเดียวกันมีแนวโน้มใช้อาหารเพื่อควบคุมอารมณ์ หรือใช้เป็นรางวัลลดลง ขณะที่ Tartaglia และคณะ (2021) พบว่า ผู้ปกครองเด็กเล็กเผชิญข้อจำกัดหลายประการในการจัดอาหาร ได้แก่ เวลาที่จำกัด ความสะดวกในการหาอาหาร ความขัดแย้งระหว่างความต้องการของเด็กกับผู้ปกครอง อิทธิพลจากบุคคลใน

ครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีความขัดแย้งกัน จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านความรู้ทางอาหารและการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การศึกษาของชัยญานุช ปานนิล และคณะ (2568) พบว่า ภายหลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย คะแนนด้านความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมๆกับมีคะแนนการปฏิบัติด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยสูงขึ้น ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ และการส่งเสริมองค์ประกอบความรู้อย่างเป็นระบบอาจนำไปสู่พฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น

สำหรับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุทอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากข้อมูลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 110 คน พบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 พบเด็กที่มีภาวะค่อนข้างผอมและผอมจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และพบเด็กที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่ที่มีปัญหาทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน โดยพบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในสัดส่วนสูงกว่าภาวะผอมประมาณ 4 เท่า สถานการณ์ดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้อาหารภายในครอบครัว เช่น การจัดอาหารสำเร็จรูป การให้ขนมและเครื่องดื่มรสหวาน ความถี่ในการจัดผักและผลไม้ ตลอดจนความสามารถ

ของผู้ปกครองในการเลือกและควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากโครงร่างที่มีอยู่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในพื้นที่มากนักน้อยเพียงใด จึงจำเป็นต้องศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดู ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ภาวะโภชนาการของเด็ก หรือผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ขณะที่ข้อมูลเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทชุมชนกึ่งชนบทของอำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับ

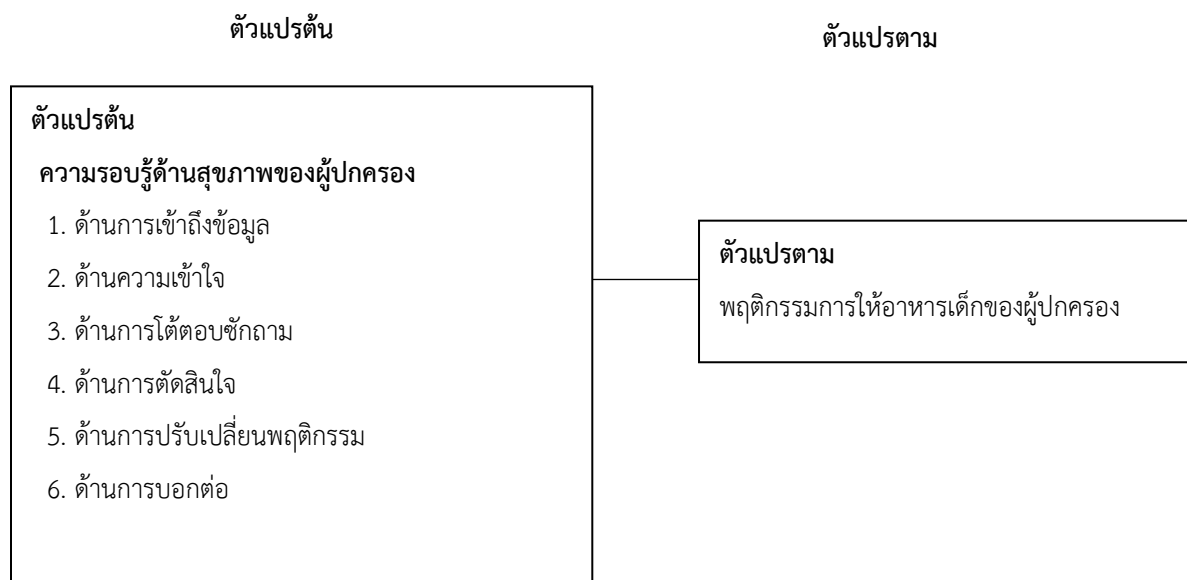
พฤติกรรมการให้อาหารเด็ก ผลการศึกษาจะเป็นฐานข้อมูลสำหรับออกแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะของผู้ปกครอง ผลลัพธ์ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย และสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การส่งเสริมการเจริญเติบโตและสุขภาพที่ดีของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยอาศัยพื้นฐานจากพัฒนาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (Functional, Communicative, Critical) ผสมผสานกับแนวคิดของ กองสุกศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้พัฒนาเป็นโมเดลพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนไทย (V-Shape Health Literacy) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ เพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การรับรู้ไปจนถึงการบอกต่อ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย (ระดับชั้นเตรียมอนุบาล - อนุบาล 3) ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งสิ้น 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 86 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำรองอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงจำนวนทั้งสิ้น 95 คน

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน (รวมกลุ่มตัวอย่างสำรอง) จากประชากรเป้าหมายทั้งหมด 110 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ประชากรทุกหน่วยมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การจัดทำรอบการสุ่ม ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง เพื่อจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ปกครองของเด็กนักเรียนทั้งหมดที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษาปัจจุบัน จำนวน 110 คน
2. การกำหนดรหัส นำรายชื่อผู้ปกครองทั้งหมดมาจัดเรียงตามลำดับตัวอักษร หรือตามสมุด

ทะเบียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นกำหนดหมายเลขกำกับรายชื่อตั้งแต่หมายเลข 001 ถึง 110

3. การเตรียมสลาก จัดทำสลากหมายเลข 001 ถึง 110 เขียนลงบนกระดาษที่มีขนาดและลักษณะเหมือนกันทุกประการ ม้วนพับให้มิดชิดและนำไปใส่ในกล่องทึบเพื่อป้องกันความลำเอียง

4. การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเขย่ากล่องเพื่อให้สลากคลเคล้ากันอย่างทั่วถึง จากนั้นหยิบสลากขึ้นมาทีละ 1 ใบ บันทึกหมายเลขที่จับได้ และไม่ใส่สลากใบนั้นกลับคืนลงไปในกลุ่ม ดำเนินการหยิบสลากอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 96 คน นำหมายเลขที่จับได้ไปเทียบกับบัญชีรายชื่อเพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองหลักซึ่งเป็นบิดา มารดา หรือญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา หรือยาย ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง ปีการศึกษา 2568 มีบทบาทหลักในการจัดหาอาหารหรือดูแลการรับประทานอาหารของเด็ก อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับเด็กเป็นประจำ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยยินดียินดีตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจนเสร็จสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตหรือภาวะโภชนาการ เช่น โรคไทรอยด์ โรคหัวใจแต่กำเนิด หรือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในส่วนสำคัญหรือไม่สามารถให้ข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กได้ รวมถึงกรณีที่เด็กหนึ่งคนมีผู้ปกครองตอบแบบสอบถามมากกว่าหนึ่งคน ซึ่งจะคัดเลือกข้อมูลจาก

ผู้ดูแลหลักเพียงหนึ่งชุด ตลอดจนผู้ที่ปฏิเสธหรือขอลอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาหาค่า (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 โดยผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่า I-CVI เท่ากับ 0.67 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเกี่ยวข้องกับเด็ก รวมทั้งข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ด้านละ 4 ข้อ ให้คะแนน



ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติหรือไม่มั่นใจเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำหรือมั่นใจมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50–5.00 ระดับมากที่สุด 3.50–4.49 ระดับมาก 2.50–3.49 ระดับปานกลาง 1.50–2.49 ระดับน้อย และ 1.00–1.49 ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดความถี่ 5 ระดับ แบ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์ 5 ข้อ ได้แก่ อาหารเข้า นมจืด ผัก ผลไม้สด และเนื้อสัตว์หรือไข่ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง 5 ข้อ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน อาหารแปรรูป อาหารทอดหรืออาหารมัน และเบเกอรี่หรือขนมหวาน ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ให้คะแนนจาก 1–5 คะแนน ตามความถี่ที่เพิ่มขึ้น ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงให้คะแนนย้อนกลับ โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสม แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 3.68–5.00 ระดับดี 2.34–3.67 ระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 ระดับควรปรับปรุง

การรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

4 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที

5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้รับการกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามระดับการวัดของตัวแปร ส่วนคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองทั้ง 6 ด้านและคะแนนพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ทั้งรายด้านและภาพรวม กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ภายหลังจากตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงข้อมูลใกล้เคียงปกติ ความสัมพันธ์เชิงเส้น และการไม่มีค่าผิดปกติรุนแรง การแปลระดับ

ความสัมพันธ์พิจารณาจากค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ 0.00–0.20 หมายถึง ระดับต่ำมาก 0.21–0.40 หมายถึง ระดับต่ำ 0.41–0.60 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.61–0.80 หมายถึง ระดับสูง และ 0.81–1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก โดยเครื่องหมายบวกหรือลบแสดงทิศทางของความสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NSTPH 30/2569 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนขอความยินยอม โดยการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กในปกครอง (n = 95)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	24	25.26
หญิง	71	74.74
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี	17	17.89
30–39 ปี	46	48.42
40–49 ปี	23	24.21
50 ปีขึ้นไป	9	9.48
ค่าเฉลี่ย 36.84 ปี, S.D. = 8.92, ต่ำสุด–สูงสุด = 20–63 ปี		

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.74 มีอายุระหว่าง 30–39 ปี ร้อยละ 48.42 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.84 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 28.42 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.32 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 32.63 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 65.26 สำหรับเด็กในปกครอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.58 มีอายุระหว่าง 4 ปีถึงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 36.84 โดยมีอายุเฉลี่ย 4.27 ปี และเด็กส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 93.68 ดังแสดงในตารางที่ 1



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	8	8.42
คู่	76	80.00
หม้าย	5	5.26
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	6.32
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.11
ประถมศึกษา	18	18.95
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	24.21
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	28.42
อนุปริญญา/ปวส.	12	12.63
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	13.68
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	12	12.63
ค้าขาย	16	16.84
รับจ้าง	25	26.32
เกษตรกรรม	22	23.16
ธุรกิจส่วนตัว	10	10.53
อื่น ๆ	10	10.52
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	20	21.05
5,001–10,000 บาท	31	32.63
10,001–15,000 บาท	24	25.26
มากกว่า 15,000 บาท	20	21.06
ค่าเฉลี่ย 10,684.21 บาท, S.D. = 5,432.17		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา	18	18.95
มารดา	62	65.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	12	12.63
อื่น ๆ	3	3.16
ข้อมูลทั่วไปของเด็กในปกครอง		
เพศ		
ชาย	49	51.58
หญิง	46	48.42
อายุ		
2 ปีถึงน้อยกว่า 4 ปี	26	27.37
4 ปีถึงน้อยกว่า 5 ปี	35	36.84
5-6 ปี	34	35.79
ค่าเฉลี่ย 4.27 ปี, S.D. = 0.82		
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	89	93.68
มี	6	6.32

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

4.08 รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ตามลำดับ ด้านที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบอกต่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 และด้านการโต้ตอบซักถาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกรายด้าน (n = 95)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	4.08	0.55	มาก
2. ด้านความเข้าใจ	3.72	0.61	มาก
3. ด้านการโต้ตอบซักถาม	3.44	0.68	ปานกลาง
4. ด้านการตัดสินใจ	3.95	0.57	มาก

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.84	0.60	มาก
6. ด้านการบอกต่อ	3.46	0.66	ปานกลาง
ภาพรวม	3.75	0.49	มาก

ระดับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่ม พบว่า พฤติกรรมการจัดอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่เด็กอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ขณะที่พฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การจัดให้เด็กรับประทานเนื้อสัตว์หรือไข่ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 รองลงมาคือ การจัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และการจัดให้เด็กรับประทานนมจืด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การควบคุมการรับประทานน้ำหวานและน้ำอัดลมของเด็ก ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกรายข้อ (n = 95)

พฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
กลุ่มอาหารที่มีประโยชน์			
1. จัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้า	4.18	0.62	ดี
2. จัดให้เด็กรับประทานนมจืด	4.06	0.65	ดี
3. จัดให้เด็กรับประทานผักใบเขียวหรือผักหลากสี	3.54	0.72	ปานกลาง
4. จัดให้เด็กรับประทานผลไม้สด	3.61	0.69	ปานกลาง
5. จัดให้เด็กรับประทานเนื้อสัตว์หรือไข่	4.22	0.58	ดี
กลุ่มอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง			
6. ควบคุมการรับประทานขนมกรุบกรอบของเด็ก	3.42	0.74	ปานกลาง
7. ควบคุมการรับประทานน้ำหวานและน้ำอัดลมของเด็ก	3.37	0.77	ปานกลาง
8. ควบคุมการรับประทานอาหารแปรรูปของเด็ก	3.58	0.70	ปานกลาง
9. ควบคุมการรับประทานอาหารทอดหรืออาหารมันของเด็ก	3.45	0.73	ปานกลาง
10. ควบคุมการรับประทานเบเกอรี่และขนมหวานของเด็ก	3.66	0.68	ปานกลาง
พฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวม	3.71	0.46	ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.342, p = 0.001$) แสดงว่า เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.421, p < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.318, p = 0.002$) และด้านความเข้าใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.234, p = 0.022$) ตามลำดับ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการโต้ตอบซักถาม และด้านการบอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ($n = 95$)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.154	0.136	ต่ำมาก
2. ด้านความเข้าใจ	0.234	0.022*	ต่ำ
3. ด้านการโต้ตอบซักถาม	0.189	0.067	ต่ำมาก
4. ด้านการตัดสินใจ	0.318	0.002**	ต่ำ
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.421	<0.001**	ปานกลาง
6. ด้านการบอกต่อ	0.121	0.243	ต่ำมาก
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.342	0.001**	ต่ำ

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เป็นบวก หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและพฤติกรรมการให้อาหารเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัด

นครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

0.49 แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพและโภชนาการมาใช้ในการประกอบการดูแลเด็กได้ค่อนข้างดี ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของพื้นที่ที่ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็ก และช่องทางการสื่อสารของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดาและเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการเลือกซื้อ จัดเตรียม และควบคุมอาหารของเด็ก จึงมีโอกาสนะสนับสนองประสบการณ์และเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กจากหลายแหล่ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam และ Lloyd (2021) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการอ่านหรือจดจำข้อมูล แต่ครอบคลุมทักษะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ Ahmadi และ Karamitanha (2023) พบว่า มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับเพียงพอ โดยระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูล มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ของมารดา ซึ่งสนับสนุนว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและการมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอาจเอื้อต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.08 อยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้ปกครองสามารถเข้าถึงบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตลอดจนข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือและสื่อสังคมออนไลน์ได้ค่อนข้างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร (2567) ซึ่ง

พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูงมากกว่าองค์ประกอบบางด้าน ทั้งนี้ การเข้าถึงข้อมูลที่ดีอาจเป็นผลจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชุมชน รวมถึงการใช้ช่องทางดิจิทัลและเครือข่ายของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพและแจ้งกิจกรรมแก่ผู้ปกครอง รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งสองด้าน ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองสามารถนำความรู้เกี่ยวกับอาหารและสุขภาพมาใช้ในการเลือกวัตถุดิบ วางแผนอาหารเข้า ควบคุมการซื้อขนมและน้ำหวาน ตลอดจนจัดผัก ผลไม้ และอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่เด็กได้ในระดับหนึ่ง ความสามารถดังกล่าวเป็นทักษะที่อยู่ใกล้กับการปฏิบัติจริง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้กำหนดสภาพแวดล้อมทางอาหารภายในครอบครัวและเป็นผู้ตัดสินใจว่าอาหารชนิดใดจะถูกนำเข้ามาเก็บหรือจัดเตรียมภายในบ้าน อย่างไรก็ตาม ด้านการโต้ตอบซักถามมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 และด้านการบอกต่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ปกครองจะสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการตั้งคำถาม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง รวมถึงการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวสมาชิกในครอบครัวหรือถ่ายทอดข้อมูลแก่ผู้ปกครองคนอื่น ผลดังกล่าวมีแนวโน้มสอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิ์ปิติ (2566) ซึ่งพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีข้อจำกัดด้านการค้นหาและตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคล นอกจากนี้ Tartaglia และคณะ (2021) พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปีเผชิญข้อมูลด้านอาหารที่ขัดแย้งกัน ความกดดันจากบุคคลในครอบครัว ข้อจำกัดด้านเวลา และความไม่แน่ใจว่าจะเลือกแนวทางการให้



อาหารเด็กอย่างไร ความสามารถในการได้รับข้อมูลจึงอาจไม่เพียงพอ หากผู้ปกครองยังขาดทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือและการสื่อสารกับบุคคลรอบตัว ผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของกันยา โพธิ์ปิติ (2566) ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร (2567) ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากลักษณะประชากร พื้นที่ศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ช่องทางการสื่อสาร และเกณฑ์การประเมินที่แตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งเดียว ซึ่งผู้ปกครองอาจได้รับข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างใกล้ชิดมากกว่าการศึกษาที่ครอบคลุมหลายพื้นที่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.342 และค่า p เท่ากับ 0.001 หมายความว่า เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำ จึงสะท้อนว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก และไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวได้ทั้งหมด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Costarelli และคณะ (2022) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการให้อาหารเด็ก โดยผู้ปกครองที่มีความรอบรู้สูงมีแนวโน้มแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพและติดตามการรับประทานอาหารของเด็กมากขึ้น ขณะเดียวกันมีแนวโน้มใช้อาหารเป็นรางวัลหรือใช้การควบคุมการกินอย่างไม่เหมาะสมน้อยลง นอกจากนี้ การศึกษาของพรทิพย์ ทยานันท์ และคณะ (2566) พบว่า ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเกี่ยวข้องกับเด็ก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการให้อาหารเกิดจากทั้งความสามารถภายในบุคคลและปัจจัยเื้อจากครอบครัว เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในระดับปานกลาง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.421, p < 0.001$) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงมากที่สุด เช่น การจัดเตรียมผักและผลไม้ การไม่นำขนมกรุบกรอบหรือน้ำอัดลมมาเก็บไว้ในบ้าน การเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหาร และการสร้างกิจวัตรด้านสุขภาพให้แก่เด็ก เมื่อผู้ปกครองสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมทางอาหารและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เด็กจึงมีโอกาสได้รับอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ผลดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของสันติสุข ฮะวังจุ และคณะ (2567) แม้ว่าจะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แต่พบว่าทักษะการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงที่สุด รองลงมาคือการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจ สะท้อนว่าความรู้ที่สามารถเปลี่ยนเป็นการจัดการกิจวัตรและสภาพแวดล้อมในครอบครัวได้ย่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กมากกว่า



การรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.318, p = 0.002$) เนื่องจากการให้อาหารเด็กในชีวิตประจำวันต้องอาศัยการตัดสินใจหลายประการ เช่น การเลือกวัตถุดิบ แทนอาหารสำเร็จรูป การจำกัดการซื้อขนมและน้ำหวาน การวางแผนอาหารเช้า และการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับวัย ผู้ปกครองที่สามารถพิจารณาประโยชน์ ความเสี่ยง และผลกระทบของอาหารแต่ละชนิดจึงมีแนวโน้มจัดอาหารให้เด็กได้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการตัดสินใจของผู้ปกครองอาจถูกจำกัดด้วยรายได้ เวลาในการเตรียมอาหาร ความสะดวกในการซื้ออาหาร ความชอบของเด็ก และอิทธิพลของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.234, p = 0.022$) แสดงว่า การเข้าใจอาหารหลัก 5 หมู่ ฉลากโภชนาการ กราฟการเจริญเติบโต และผลกระทบจากขนม น้ำหวาน หรืออาหารโซเดียมสูง มีส่วนช่วยให้ผู้ปกครองจัดอาหารได้เหมาะสมขึ้น แต่ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการสร้างพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องอาศัยทักษะการวางแผน การควบคุมตนเอง ทรัพยากรของครอบครัว และแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างร่วมด้วย ผลการศึกษาของชัยญานุช ปานนิล และคณะ (2568) สนับสนุนประเด็นนี้ โดยพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาทั้งความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สามารถเพิ่มคะแนนการปฏิบัติด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมจำเป็นต้องดำเนินการหลายองค์ประกอบร่วมกัน สำหรับการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตอบข้อซักถาม และด้าน

การบอกต่อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการเข้าถึงข้อมูลเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ สมุดบันทึกสุขภาพ หรือสื่อออนไลน์ไม่ได้หมายความว่าผู้ปกครองจะสามารถประเมินและนำข้อมูลไปใช้ได้เหมาะสมทุกครั้ง อีกทั้งคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและอาจมีความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่มาก จึงทำให้ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรากฏไม่ชัดเจน ในทำนองเดียวกัน การโต้ตอบซักถามและการบอกต่อเป็นทักษะด้านการสื่อสารซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมทางอ้อมมากกว่าผลโดยตรง ผู้ปกครองบางรายอาจไม่ค่อยซักถามหรือถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้อื่น แต่ยังสามารถจัดอาหารให้เด็กได้เหมาะสมจากประสบการณ์ส่วนตัว ในขณะที่ผู้ปกครองบางรายสามารถสื่อสารหรือแนะนำผู้อื่นได้ดี แต่ยังไม่เชื่อข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ หรือการยอมรับของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการให้อาหารในการศึกษาครั้งนี้เน้นความถี่ของการจัดหรือให้เด็กรับประทานอาหารแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความชอบและพฤติกรรมการกินของเด็กด้วย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว ผลที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Kocagozoglu และคณะ (2024) ซึ่งพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดการให้อาหารบางประการเท่านั้น ขณะที่พฤติกรรมการให้อาหารด้านอื่นได้รับอิทธิพลจากอายุของมารดา อายุของเด็ก และจำนวนบุตรในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการให้อาหารเด็กเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและเกิดจาก

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ เศรษฐกิจ สังคม
ลักษณะของเด็ก และสภาพแวดล้อมด้านอาหาร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง
ร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุทองควรจัดกิจกรรม
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง โดยเน้น
องค์ประกอบที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง
ได้แก่ ด้านการโต้ตอบซักถามและด้านการบอกต่อ ผ่าน
กิจกรรมฝึกอ่านฉลากโภชนาการ การตรวจสอบความ
น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ การตั้งคำถามกับบุคลากร
สาธารณสุข และการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว
เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลและ
จัดอาหารให้เด็กได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษามา
ใช้วางแผนพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการให้
อาหารเด็ก โดยให้ความสำคัญกับการเสริมทักษะด้าน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจ และความเข้าใจ
ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การจัดทำเมนูอาหารที่

เหมาะสมตามวัย การฝึกเลือกซื้ออาหารภายใต้
งบประมาณของครอบครัว การลดขนม น้ำหวาน และ
อาหารแปรรูป รวมถึงการติดตามพฤติกรรมการให้
อาหารของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก
และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อ
พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน
สุขภาพของผู้ปกครอง โดยเน้นด้านการโต้ตอบซักถาม
การบอกต่อ การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
พร้อมติดตามผลต่อพฤติกรรมการให้อาหารและภาวะ
โภชนาการของเด็กในระยะยาว เพื่อให้สามารถอธิบาย
ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายพื้นที่ศึกษาและเพิ่มขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างให้ครอบคลุมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่ง
รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ
ให้อาหารเด็ก เช่น รายได้ ระดับการศึกษา ความมั่นคง
ทางอาหาร เวลาในการเตรียมอาหาร อิทธิพลของ
สมาชิกในครอบครัว และความชอบด้านอาหารของเด็ก
เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการให้อาหารเด็กได้
ครอบคลุมมากขึ้น

อ้างอิง

- กรมอนามัย. (2567). *กรมอนามัยเปิดตัว Model พลัง 3 สร้าง แก้ปัญหาเด็กปฐมวัยไทยด้วย ผอม อ้วน. กระทรวง
สาธารณสุข.*
- กันยา โพธิ์ปิติ. (2566). ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่
5. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 15(1), 28–50.
- คำสงค์ ชินมาตร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(2),
140–153.



ชัยญาณุช ปานนิล, ธัญลักษณ์ ทองหล่อ, นิตยา ศรีมานนท์, และผดุงศักดิ์ ศรีवास. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 17(1), 216–229.

พรทิพย์ ไลยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ, และจิราพัชร ชิษสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 74–87.

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอุ้มทอง. (2568). *สรุปผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน ปีการศึกษา 2568*. องค์การบริหารส่วนตำบลกะหรอ.

สันติสุข ฮะวังจู, นิภา มหารัชพงศ์, และปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม. (2567). ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(2), 226–239.

Ahmadi, F., & Karamitanha, F. (2023). Health literacy and nutrition literacy among mothers with preschool children: What factors are effective? *Preventive Medicine Reports*, 35, 102323.

Costarelli, V., Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Lionis, C. (2022). Parental health literacy and nutrition literacy affect child feeding practices: A cross-sectional study. *Nutrition and Health*, 28(1), 59–68. <https://doi.org/10.1177/02601060211001489>

Kocagozoglu, S. G., Sengelen, M., & Yalcin, S. S. (2024). Evaluation of complementary feeding indicators among children aged 6–23 months according to the health literacy status of their mothers. *Nutrients*, 16(20), 3537.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Tartaglia, J., McIntosh, M., Jancey, J., Scott, J., & Begley, A. (2021). Exploring feeding practices and food literacy in parents with young children from disadvantaged areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1496. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041496>

United Nations Children’s Fund, World Health Organization, & World Bank Group. (2025). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: Key findings of the 2025 edition*. World Health Organization.