รหัสโครงการ SUT 8 – 805 – 59 -12 -04

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

Development for behavior model overweight adolescents

ได้รับทุนอุดหนุนจากการวิจัยจาก

กองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

รหัสโครงการ SUT 8 – 805 – 59 -12 -04

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

Development for behavior model overweight adolescents.

หัวหน้าโครงการ
นางภรณี อนุสนธิ
สาขาวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ปีงบประมาณ 2559
ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว
ธันวาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
3. ขอบเขตของการวิจัย	5
4. กรอบแนวคิดการวิจัย	5
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
6. คำจำกัดความในการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น	6
2. โภชนาการสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้น	10
3. การประเมินภาวะโภชนาการและปัญหาภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่น	12
4. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน	16
5. แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา	20
6. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. เครื่องมือในการวิจัย	27
2. กระบวนการเก็บข้อมูล	28
3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	29
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	29
5. จริยธรรมในการวิจัย	30
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	
1. ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน	31
2. การรับรู้ความสามารถของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน	34
3. การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน	36

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นตอนต้น 37

5. อภิปรายผล 37

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย 43

2. ข้อเสนอแนะ 43

เอกสารอ้างอิง 44

ประวัติผู้วิจัย 49

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	31
ตารางที่ 2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน	34
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน	36
ตารางที่ 4	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นตอนต้น	37

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบ ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน	21
ภาพที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	22
ภาพที่ 3 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	23

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และขอขอบคุณนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการสะท้อนพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงเรียนระดับชั้นมัธยม จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความเอื้ออาทรตลอดจนอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้าย ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จทั้งที่ได้กล่าวถึงและมิได้กล่าวถึงทุกท่าน

ภรณี อนุสนธิ

ธันวาคม 2565

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) วัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้สูตรของ Yamane (1967) จำนวน 205 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภาวะโภชนาการเกินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning), การปฏิบัติการ (Action), การสังเกต (Observation), และ การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflect) คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.01

คำสำคัญ : พฤติกรรม รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การรับรู้

Abstract

This action research aimed develop to health behavior model for adolescents with overweight. The data were collected from 205 students Data collection was two questionnaires including food consumption behaviors, exercise behaviors. The process of developing this system consist of 4 steps including 1) studying the problem and the context, 2) participation workshops, 3) action plan formular, and 4) taking actions based on the action plan. Perception of obesity questionnaires Cronbach’s alpha reliability coefficient was 0.86. Data analysis was descriptive statistics and correlation measure by using Pearson product moment correlation between perception of obesity and behaviors of junior high school student. Perception of obesity correlates with behaviors of junior high school student at a statistically significant level p<0.01.

Keywords: obesity, perception, Bandura’s concept**,** behaviors and exercise

บทที่ 1
บทนำ

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย

ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะน้ำหนักเกิน (overnutrition) ในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศทั่วโลก ตลอดหลายปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกด้วย ภาวะโภชนาการเกินเกิดจากการบริโภคอาหารหรือสารอาหารที่เกินกว่าความต้องการของร่างกาย เช่น บริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายจะใช้ ร่างกายจึงเกิดการสะสมพลังงานเหล่านั้นไว้ในรูปของไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน หรือหมายรวมถึงการได้รับวิตามินบางชนิดมากเกินไป จนอาจสะสมและก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้เช่นกัน ซึ่งในวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทางด้านจิตใจจากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่และผู้ปกครองไปสู่สภาวะที่ต้องรับผิดชอบ และพึ่งพาตนเอง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี มีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากอดีต เช่น การรับประทาอาหารฟาสต์ฟู้ด การเล่นเกมคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ มากกว่าการไปเล่นในที่กลางแจ้ง และการใช้ลิฟท์แทนการขึ้นลงบันได[1] เป็นต้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีใหม่ ๆ และการเลียนแบบวัฒนธรรมของประเทศตะวันตก รวมทั้งความไม่สมดุลระหว่างปริมาณแคลอรี่ที่ได้รับและปริมาณแคลอรี่ที่ใช้ไปสำหรับการเจริญเติบโต กระบวนการเผาผลาญอาหารที่เกิดขึ้นในร่างกายและการเคลื่อนไหวออกแรง จึงส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น

จากองค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจเด็กทั่วโลกล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2559[2] มีการประมาณว่าเด็กในวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปีหรือที่เรียกว่าช่วงปฐมวัยมีปัญหาโรคอ้วนถึง 41 ล้านคน ยิ่งไปกว่านั้นเด็กในวัยเรียนและวัยรุ่นช่วงอายุ 5 - 19 ปี มีปัญหาโรคอ้วนถึง 332 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปี[3] การสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการของเด็กไทยระดับประเทศในช่วง 19 ปีที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีผลให้การดำเนินชีวิตในเรื่องการบริโภคอาหารมากเกินความต้องการ และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง นำไปสู่การเกิดโรคอ้วน (obesity) และโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อต่าง ๆ ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่ามีประชากรกว่า 2800 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตโดยมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนซึ่งเป็นสาเหตุ ที่สามารถป้องกันได้[2] ข้อมูล ประเทศไทยมีแนวโน้มพบเด็กภาวะโภชนาการบกพร่องลดน้อยลง ในขณะที่พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัย 6 - 14 ปีเพิ่มขึ้น 2.8 เท่าเมื่อเทียบกับเมื่อ 19 ปีก่อนที่มีการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินเป็นครั้งแรก[4] จากการรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กวัยเรียนเพียงร้อยละ 23 ที่มีกิจกรรมทางกายครบตามคำแนะนำของ CDC63 สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.) (2560) รายงานว่า เด็กไทยยัง

ขาดการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary) คือการนั่งนิ่งอยู่กับที่ถึงวันละ 13 ชั่วโมง 35 นาที และมีเพียงร้อยละ 23.2 ของเด็กและเยาวชนไทย อายุระหว่าง 6 - 17 ปี มีกิจกรรมทางกายตามมาตรฐานที่แนะนำ คือ มีกิจกรรมที่ออกแรงปานกลางถึงออกแรงอย่างหนัก (MVPA) มากกว่า 60 นาทีต่อวัน โดยทั่วไปเด็กหญิงจะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเด็กชายซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะอ้วนในเด็กที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] จากรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ปี 2562[6] พบว่า ร้อยละ 54.1 สมส่วนร้อยละ 65.7 เริ่มอ้วน อ้วน และพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เด็กนักเรียนกว่าครึ่งดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ และเด็กนักเรียนมากกว่า ร้อยละ 80 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงสูงที่เป็นผู้ใหญ่อ้วนและเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื่อรังต่าง ๆ

ภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งอาจเกิดการกลายพันธุ์ (mutation) หรือฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเด็กมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านชีววิทยาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก และภาวะโภชนาการของแม่ ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ คุณลักษณะของมารดา เช่น การศึกษา ความรู้ อาชีพ รายได้ ทัศนคติ การรับรู้ เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว เช่น การศึกษาของบิดา/ญาติ รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัว จำนวนพี่น้อง ทัศนคติและการรับรู้ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เปรียบเสมือนเบ้าหลอมในการเลี้ยงดูปลูกฝังพฤติกรรมการกินของเด็ก สะสมให้เป็นนิสัยและค่านิยมที่ดีต่อไปในอนาคต[7] ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมพบว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนมักจะมาจากปัญหาการขาดวินัยในครอบครัว เด็กจะตื่นกี่โมงก็ได้ เด็กหาอาหารรับประทานเอง เด็กออกไปเล่นเกมกับเพื่อน เด็กบางคนไม่รู้จะทำอะไร บางทีอยู่กับเพื่อนก็ชวนกันกิน ชวนกันเล่นเกม บางคนอยู่บ้านนอนดูโทรทัศน์ ซื้อขนมถุงกินระหว่างดูโทรทัศน์ เด็กบางคนชอบกินของมัน ๆ ทอด ๆ ชอบดื่มน้ำอัดลม น้ำผลไม้ที่มีรสหวาน[8] ๆ จากงานวิจัยของเนเธอร์แลนด์[9] พบว่ากลุ่มอายุ 12 - 16 ปี ที่ไม่รับประทานอาหารเช้ามีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยกลุ่มอายุ 12 - 14 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน 2.17 เท่า ส่วนกลุ่มอายุ 15 - 16 ปีโอกาสเสี่ยงต่อต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน 1.68 เท่า จากการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทย ปี 2552 พบว่าเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 – 14 ปี ร้อยละ 30 ดื่มน้ำอัดลมเกือบทุกวันหรือบ่อยครั้ง การดื่มน้ำอัดลมที่มีรสหวาน พบว่าเด็กมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.9 กิโลกรัม[10] ซึ่งหากไม่รีบแก้ไข ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนนี้อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาหยุดชะงักได้ โรคอ้วนจึงกลายเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างกรรมพันธุ์กับสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับการใช้พลังงาน ส่วนที่เกินถูกสะสมเป็นไขมันทำให้มีน้ำหนักเกินจนเป็นโรคอ้วน ในขณะที่พันธุกรรมไม่น่าจะเปลี่ยนได้มาก การที่โรคอ้วนในเด็กอุบัติสูงขึ้นมากในเวลาอันสั้น สาเหตุอาจเกิดจากการเลี้ยงดูเด็กในปัจจุบันที่ตามใจเด็กในด้านการรับประทาน การใช้ชีวิตที่ไม่ขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวร่างกาย และจากปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการกินมากกว่าการใช้พลังงาน การระบาดของโรคอ้วนและเบาหวานในเด็กของประเทศตะวันตกพบตามหลังการขยายตัวของอุตสาหกรรม

อาหารและเครื่องดื่มที่แข่งขันกันโฆษณาและทำกิจกรรมการตลาดอย่างดุเดือด กระตุ้นการบริโภคน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ขนมและอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูงอย่างไม่มีขีดจำกัด สถานการณ์เช่นนี้กำลังซ้ำรอยในประเทศไทยเช่นกัน

โรคอ้วนในวัยเด็กจึงเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพหลายระบบ ร้อยละ 30 - 80 ของเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วนและป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การที่พบโรคอ้วนเพิ่มขึ้น จึงเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชาติ และผลกระทบด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดปมด้อย หงุดหงิด เครียด วิตกกังวล และยังส่งผลต่อการเรียนและผลเสียต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย[11] เนื่องจากความอ้วนทำให้แขนขาต้องรับน้ำหนักมากกว่าปกติ การเคลื่อนไหวต่าง ๆ จึงต้องใช้แรงมาก หัวใจทำงานหนักขึ้น จึงเหนื่อยง่าย เด็กจึงไม่ค่อยอยากทำอะไรที่ต้องออกกำลัง ชอบอยู่เฉย ๆ ทำให้ร่างกายไม่ได้ใช้พลังงาน ซึ่งพลังงานส่วนเกินร่างกายจะเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน จึงมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอีก เมื่อน้ำหนักมากขึ้นกระดูกข้อต่อต่าง ๆ ต้องรับน้ำหนักมากขึ้น โดยเฉพาะหัวเข่าและสะโพกที่มีการกดเสียดมากทำให้เกิดการเสื่อมสภาพ และเจ็บปวดเกิดข้ออักเสบ (Osteoarthritis) และอาจดำเนินต่อไปจนเป็นโรคข้อและกระดูก มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในด้านผิวหนังนั้นปัญหาที่พบได้บ่อยๆ คือ การติดเชื้อราตามรอยพับของผิวหนัง เด็กที่มีภาวะอ้วนอาจส่งผลกระทบที่สำคัญที่สุดคือการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน ในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าผู้ใหญ่อ้วนมาก ๆ จะมีอายุสั้นกว่าปกติ 5 - 20 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในเด็กอ้วนคือเด็กที่อ้วนจะมีอาการนอนกรน ต่อมามีหยุดหายใจเป็นพัก ๆ หยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ถ้าเป็นเรื้อรังโดยไม่ได้แก้ไขอาจเกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้[12] จากการสุ่มเก็บข้อมูลเด็กนักเรียน 1,650 คน จากโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษารวม 24 แห่ง เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ พบเด็กอ้วนและเริ่มอ้วนร้อยละ 12.1 และมีพฤติกรรมการบริโภครสหวานและน้ำอัดลมมากถึงร้อยละ 94.6 นอกจากนี้ยังพบเด็กนักเรียนประมาณกึ่งหนึ่งนิยมติดขนมกรุบกรอบ ขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย พบว่าโรงเรียนที่มีการขายเครื่องดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานมีเด็กอ้วนเกินมาตรฐานเป็น 2 เท่าของโรงเรียนที่ไม่มีการจำหน่าย นอกจากนี้จากข้อมูลล่าสุดพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นเด็กอายุเพียง 8 ขวบ มีน้ำหนักมากถึง 60 กิโลกรัม โดยเด็กที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายนี้ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศอย่างมหาศาล ซึ่งขณะนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากถึง 34,444 ล้านบาทต่อปี และยังจะมีโรคต่าง ๆ ตามมาจากพฤติกรรมการติดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบอีกหลายโรค อาทิ ปัญหาฟันผุ รวมทั้งกระดูกฟันเสื่อม เช่น การดื่มน้ำอัดลมแค่วันละครั้งก็อาจทำให้เด็กมีโอกาสฟันกร่อนได้มากถึงร้อยละ 59 อีกทั้งยังได้รับปริมาณน้ำตาลที่สูงมาก คือ 8 – 12 ช้อนชาต่อครั้ง[13] ในขณะที่ค่ามาตรฐานกำหนดไว้ที่ 6 ช้อนชาต่อวันเท่านั้น ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอ้วนและทำให้ติดรสหวานจนก่อให้เกิดโรคเรื้อรังตามมาในอนาคต

นอกจากนี้เด็กและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน พบว่ามีผลต่อประจำเดือนเร็วขึ้นกว่าปกติซึ่งบ่งบอกถึงการเป็นสาวเร็วขึ้น ทำให้มีผลต่อการหลั่ง Gonadotropic hormones เพิ่มขึ้นซึ่งกระตุ้นการหลั่ง LH และ FSH สอดคล้องกับการวิจัยของสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 – 19 ปี จำนวน 6,507 คน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินมีโอกาสเป็นสาวเร็วขึ้นจากการมีประจำเดือน 1.98 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ ส่วนในเด็กผู้ชายที่อ้วนจะมีขนาดอัณฑะที่เล็กกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ[14] ซึ่งในส่วนของภาพลักษณ์วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งปรากฏออกมาทางรูปร่าง การรับรู้ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของวัยรุ่นมาก โดยส่วนใหญ่วัยรุ่นจะไม่พอใจกับรูปร่างของตนเอง จากการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของวัยรุ่นไทย กลุ่มอายุ 16 – 19 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 500 คน พบว่าภาพลักษณ์ของวัยรุ่นไทยคือ การไร้ไขมันส่วนเกินของร่างกาย การมีรูปร่างเพรียวบางในเพศหญิง ความสูง และความชัดเจนของกล้ามเนื้อเป็นมัดในชาย นอกจากนี้ยังรู้สึกเศร้า วิตกกังวล ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และมีภาวะซึมเศร้า[15]

ด้วยเหตุผลของความสำคัญดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นของปัญหาโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งกำลังประสบปัญหาภาวะโภชนาการเกินหรือการมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์[16] และเป็นปัญหาที่ยิ่งรุนแรงขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพแบบบูรณาการให้เด็กดูดี มีพลานามัย และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยผู้วิจัยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ต้นแบบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่สามารถลดน้ำหนักได้ และนักกิจกรรมบำบัด ให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ การใช้คำพูดจากผู้วิจัย จากวิทยากรดังกล่าว เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ให้มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าเขาสามารถทำได้ และใช้ตัวอย่างอาหารจริง รูปภาพอาหาร เพื่อช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถเลือกอาหารสำหรับบริโภคได้ถูกต้อง และผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เด็กเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยการให้คำชมเชย คำแนะนำ กำลังใจ ของรางวัล และคอยกระตุ้นเตือนให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมขณะอยู่ที่โรงเรียน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

3. สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โดยการจัดรูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

4. ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการดูแลพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการกลุ่มจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในเด็กวัยรุ่นตอนต้น

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997)[17,18] เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย ซึ่งแบนดูรากล่าว ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การตัดสินความสามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงจากการวิเคราะห์และเข้าใจปัญหาร่วมกันในแนวคิดทฤษฎีการเกิดโรคอ้วนในวัยรุ่น ผลกระทบที่อาจเกิดกับเด็กวัยรุ่น รวมถึงแนวทางการแก้ไข การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่ กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) คือการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่โดยผันแปรไปตามมิติต่าง ๆ ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ที่ต้องกระทำ (magnitude or level) รวมถึงการวางแผน และจัดสรรบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลร่วมดำเนินการโดยเน้นประเด็นหลักคือ การปรับโภชนาการ 2) ความเข้มแข็ง หรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (strength) และ 3) ความสามารถ ในการนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำสำเร็จมาใช้กับกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ (generality) การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการ เรียนรู้จากแหล่งข้อมูล การได้รับคำชมเชยเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ภายหลังการเรียนรู้ดังกล่าวบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อเลือกข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจและชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือ รวมทั้งผสมผสานข้อมูลเหล่านั้นเพื่อใช้ตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (efficacy judgment) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้ด้วยความพยายามการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักที่ประกอบกันเป็นวงรอบดังนี้ 1. ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยมีการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการตรวจสอบ กำหนดเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดว่าจะใช้สถิติแบบใด วางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม สำหรับในขั้นตอนการวางแผนต้องมีความชัดเจน รัดกุม และสามารถดำเนินการได้ อย่างเป็นรูปธรรมและมีการตกลงการทำงานร่วมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2. ขั้นการกระทำหรือจัดกิจกรรม (Act) ผู้วิจัยดำเนินตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นระบบโดยมีการ กำหนดบทบาทหน้าที่ให้แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานไปพร้อมกัน ในขั้นตอนนี้หากเป็นการ ดำเนินการวงรอบที่สองต้องนำผลการวิจัยรอบที่

หนึ่งมาร่วมพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขด้วย 3. ขั้นการสังเกต (Observe) ผู้วิจัยบันทึกผลลัพธ์ที่สนใจจากการดำเนินงานหรือสังเกตปฏิกิริยา ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม อาจใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึก การบันทึกเสียง ภาพถ่าย หรือบันทึกวิดีทัศน์ เป็นต้น การบันทึกผลลัพธ์ต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและ ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการบันทึกหรือจากการสังเกตมา อภิปรายร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อหาข้อสรุป วิเคราะห์ข้อดีหรือข้อบกพร่อง นำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการทำวิจัยให้ดีขึ้นเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ผล ลัพธ์ตามที่ได้ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้หากทุกฝ่ายพอใจในผลที่เกิดขึ้นก็หยุดทำการวิจัย แต่หากยังไม่ พอใจก็สามารถทำวิจัยต่อไปจนกระทั่งได้ผลเป็นที่พอใจ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 เพื่อเป็นรูปแบบการการดูแลภาวะโภชนาการเกินในวัยรุ่นตอนต้น

6.2 โรงเรียน นักเรียน ครู บุคลาการสาธารณสุขได้เรียนรู้แนวคิดในการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกิน

6.3 เด็กวัยรุ่นมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการได้

7. คำจำกัดความในการวิจัย

7.1 รูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินอายุ 13 – 15 ปี โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน กำหนดการแก้ไขปัญหา เพื่อให้นักเรียนในวัยรุ่นสามารถจัดการ หรือเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทโดย

1) วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

2) วางแผนการกำหนดวิธีการแก้ปัญหา

3) ดำเนินงาน โดยการกำหนดงานตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งมีการประเมินในแต่ละกระบวนการ

4) ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยการประชุมร่วมกันอีกครั้งเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่ได้ว่าเป็นอย่างไร บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เพื่อพัฒนาและสอดคล้องกับความต้องการของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

7.2 วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง นักเรียนอายุ 13 – 15 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้น ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ดังนี้น้ำหนักตัวของเด็กสูงกว่าค่ามัธยฐานของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็ก (median of weight-for-height) เกิน 2 เท่า จนถึง 3 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) โดยใช้

เกณฑ์อ้างอิงของกระทรวงสาธารณสุข ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูงกว่าค่ามัธยฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เท่า แต่น้อย กว่า 2 เท่าของ ของ SD โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (information) ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ในส่วนของต่างประเทศ และส่วนของในประเทศพอสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
2. โภชนาการสำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้น
3. การประเมินภาวะโภชนาการและปัญหาภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่น
4. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน
5. แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา
6. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาที่คณะผู้วิจัยกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นและเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา โดยมีรายละเอียดของเนื้อหาดังนี้

1.1 ความหมายของคำว่าวัยรุ่น

วัยรุ่น หรือ “Adolescence” (Steinberg, 1966 อ้างถึงในสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2549) มาจากคำกริยาในภาษาละตินว่า “Adolescere” หมายถึง การเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้น ช่วงวัยรุ่น หมายถึงช่วงเวลาแห่งการเติบโตจากวัยเด็กที่ยังขาดวุฒิภาวะไปสู่การเป็นผู้ใหญ่วัยรุ่นจึงเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจำเป็นต้องมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญาไปพร้อม ๆ กัน ในการเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กชายและเด็กหญิงนั้น ถือเอาการเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศเป็นเกณฑ์ซึ่งทั้งสองเพศจะเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศไม่พร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมหลายประการ เช่น อาหาร สภาพความเป็นอยู่ ประเพณีและวัฒนธรรม รวมถึงสภาพแวดล้อมอื่น ๆ วัยรุ่นถือเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต[19] คืออยู่ระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่ต้องเรียนรู้ถึงความเป็นตัวของตัวเอง และเป็นวัยที่มักเกิดปัญหาในชีวิตมากที่สุด ซึ่งสามารถแบ่งความสำคัญของพัฒนาการ ดังนี้

1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย ร่างกายของวัยรุ่นจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต่อระบบอวัยวะภายใน เช่น ระบบการผลิตฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ และลักษณะโครงสร้างภายนอกร่างกาย เช่น การ

เปลี่ยนแปลงของเสียงการขยายตัวของกล้ามเนื้อและกระดูก การมีขนขึ้นตามร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายของวัยรุ่นเจริญเติบโตได้เต็มที่ ผู้ใหญ่ควรเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กในการก้าวเข้าสู่วัยรุ่น โดยการให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

2) พัฒนาการทางด้านอารมณ์ อารมณ์ของวัยรุ่นจะมีความแปรปรวนและเกิด ความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัด จึงทำให้เกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการท างานของต่อมไร้ท่อ จะทำให้วัยรุ่นมีพลังงานมาก และอาจไม่ได้ใช้พลังงานที่มีให้เกิด ประโยชน์จนทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ นอกจากนี้เมื่อต่อมเพศถูกพัฒนาเต็มที่วัยรุ่นจะเริ่มสนใจในเพศตรงข้าม และมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจจากเพศตรงข้าม ซึ่งบางครั้งก็อาจจะขัดใจผู้ใหญ่ และทำให้ถูกผู้ใหญ่ต่อว่าจนทำให้เกิดความเครียดได้

3) พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติและพฤติกรรม ทางสังคมในทุกด้าน วัยรุ่นต้องการอิสรเสรีภาพในการคิด การปฏิบัติตัว การคบเพื่อน และต้องการ ความเป็นส่วนตัวจึงทำให้บางครั้งอาจเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันกับผู้ใหญ่ และส่งผลให้วัยรุ่น หันไปใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัววัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับการคบเพื่อน และต้องการ เลือกกลุ่มเพื่อนที่มีค่านิยม และมีความสนใจในสิ่งเดียวกันเพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับมีความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ทั้งนี้การคบเพื่อนจะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักการปรับตัวให้เข้ากับสังคม เรียนรู้การรักษามิตรภาพ มีความเข้าใจตัวเองและรู้จักรับฟังความเห็นของผู้อื่น การปรับตัวให้เข้า กับสังคมนับว่าเป็นพัฒนาการที่ยากที่สุดของวัยรุ่น

4) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนา ระดับสติปัญญาเป็นอย่างมาก นักจิตวิทยาด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์หลายท่านมี ความเห็นตรงกันว่า สติปัญญาของมนุษย์จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ระหว่างอายุ 18 ถึง 20 ปีโดยในวัยนี้ มนุษย์จะสามารถให้นิยามวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน สามารถแบ่งแยกคุณลักษณะของ สิ่งของต่าง ๆ ได้ดีมีพัฒนาการทางความคิดรวบยอด และมีความคิดในระดับที่เป็นนามธรรม พัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น รู้จักลองตั้งสมมุติฐานหลาย ๆ แบบเพื่อหาข้อสรุปที่ดีสามารถแก้ปัญหาหลาย ๆ แบบ โดยมีกระบวนการคิดที่มีระบบและมีเหตุผล มีความจำดีสามารถจดจำสิ่งที่ตนสนใจได้อย่างแม่นยำ แต่มักไม่นำไปใช้ในเรื่องการเรียนมีความคิดกว้างไกลมีจินตนาการ คิดฝันถึงสิ่งต่าง ๆ อยากรู้อยากเห็นอยากทดลอง และมีความ เชื่อมั่นในความเชื่อหรือความเห็นของตนอย่างรุนแรง

2. โภชนาการสำหรับเด็กวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) เป็นวัยที่อยู่ระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ เริ่มตั้งแต่แตกเนื้อหนุ่ม เนื้อสาว จนถึงโตเต็มที่[20] องค์การอนามัยโลกได้นิยาม คำว่า วัยรุ่น คือ ประชากรที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10 – 19 ปี[21] ดังนั้น วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่เริ่มเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยวัยรุ่นจะมีอายุระหว่าง 13 – 19 ปี เป็นระยะที่ร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และกำลังเปลี่ยนจากวัยเด็กเป็นผู้ใหญ่ การสร้างเสริมให้เด็กได้รับอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการได้เต็มศักยภาพตามพันธุกรรม จึงควรส่งเสริมวัยรุ่นให้มีการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม อาหารและโภชนาการมีความสำคัญต่อวัยรุ่น

ความต้องการสารอาหารของเด็กวัยรุ่น

อบเชย วงศ์ทอง ได้กล่าวถึงเด็กวัยเรียนว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายนอกและการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายอย่างมาก เป็นช่วงที่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (reproductive age) มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์อย่างมาก ระยะนี้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายอย่างฮอร์โมนต่างๆ ถูกสร้างขึ้นมามาก ทำให้เกิดการเติบโตของเนื้อเยื่อต่างๆ โดยทำให้เกิดมีการคั่งของสารต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการเติบโต มีการสะสมโปรตีนร่วมกันกับคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ดังนั้น วัยรุ่นจึงควรจะได้รู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการและนำไปปฏิบัติ ได้ดังนี้

1) พลังงาน ความต้องการพลังงานของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับอัตราการเจริญเติบโตของร่างกาย การเผาผลาญในร่างกาย และแรงงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการเรียนการเล่นใน 1 วัน ควรได้รับพลังงานประมาณ 1,600 – 1,850 กิโลแคลอรี ในวัยรุ่นหญิงและประมาณ 1,700 – 2,300 กิโลแคลอรี ในวัยรุ่นชาย ซึ่งพลังงานส่วนใหญ่มาจากอาหารจำพวกข้าว แป้ง และไขมัน

2) โปรตีน วัยรุ่นจะต้องการโปรตีนมากกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในระยะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต จึงต้องการโปรตีนเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อต่างๆ เลือดและฮอร์โมน ดังนั้น วัยรุ่นจึงควรได้รับโปรตีนอย่างน้อยวันละ 1 – 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมของร่างกาย โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ และ น้ำนม

3) เกลือแร่ ร่างกายต้องการเกลือแร่ต่างๆ มากขึ้น เพื่อใช้ในการเสริมสร้างร่างกาย เกลือแร่ที่วัยรุ่นต้องการมาก ได้แก่

(1) แคลเซียม จำเป็นในการสร้างความเจริญเติบโตของกระดูกและฟัน และการทำงานของระบบต่างๆ วัยรุ่นจึงควรได้รับแคลเซียมให้เพียงพอ ใน 1 วัน วัยรุ่นทั้งชายและหญิงควรได้รับแคลเซียมประมาณ 1,000 มิลลิกรัม อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ น้ำนม ปลาเล็กปลาน้อย และผักใบเขียว

(2) ธาตุเหล็ก วัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับธาตุ เหล็กให้เพียงพอ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงที่เริ่มมี

ประจำเดือน ทำให้มีการสูญเสียเหล็กมากกว่าปกติ สำหรับวัยรุ่นชายควรได้รับเหล็กวันละ 11.8-16.6 มิลลิกรัม ส่วนวัยรุ่นหญิงควรได้รับวันละ 19.1-28.2 มิลลิกรัม ซึ่งจะได้รับจากตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง และผักใบเขียว

(3) ไอโอดีน ในระยะวัยรุ่นความต้องการไอโอดีนจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต่อมธัยรอยด์ทำงานมากขึ้น ถ้าวัยนี้ขาดไอโอดีนจะทำให้เกิดโรคคอพอกได้ ใน 1 วันควรได้รับไอโอดีน 120-150 ไมโครกรัม ดังนั้นเด็กวัยรุ่นจึงควรได้รับอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง วัยรุ่นที่อยู่ทางภาคเหนือและภาคอีสานควรใช้เกลือที่เติมไอโอดีนในการประกอบอาหารเป็นประจำ

4) วิตามิน วัยรุ่นควรได้รับวิตามินต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อการเจริญเติบโตและป้องกันโรคขาดวิตามิน วิตามินที่สำคัญและจำเป็นได้แก่

(1) วิตามินเอ จำเป็นในการเจริญเติบโตและสุขภาพเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุนัยน์ตาและเยื่อบุผิวหนัง วัยรุ่นชาย อายุ 9-15 ปี ควรได้รับวิตามินเอวันละ 600 ไมโครกรัมวิตามินเอ และอายุ 16-18 ปี ควรได้รับวันละ 700 ไมโครกรัมวิตามินเอ วัยรุ่นหญิง ควรได้รับวันละ 600 ไมโครกรัมวิตามินเอ ซึ่งจะได้จากตับสัตว์ ไข่แดง น้ำนม เนย ผักที่มีสีเขียวจัด เช่น คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง ส่วนผักที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทอง มันเทศเหลือง

(2) วิตามินบีสอง เป็นวิตามินที่ทำหน้าที่เป็นโคเอ็นซัยม์ในการเผาผลาญอาหารในร่างกาย พบว่ามีมีการขาดในเด็กวัยเรียน วัยรุ่น เพื่อป้องกันการขาด วัยรุ่นชายควรได้วันละ 0.9-1.3 มิลลิกรัม และวัยรุ่นหญิงควรได้รับวันละ 0.9-1.0 มิลลิกรัม

(3) วิตามินซี จำเป็นในการสร้างคอลลาเจนซึ่งเป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อต่าง ๆ การขาดวิตามินซี จะทำให้แผลหายยากและเกิดโรคเลือดออกตามไรฟัน วัยรุ่นชายได้รับวิตามินซีประมาณวันละ 45 - 90 มิลลิกรัม วัยรุ่นหญิงควรได้รับวิตามินซีประมาณวันละ 45 - 75 มิลลิกรัม ซึ่งจะได้จากผักสดและผลไม้

5) คาร์โบไฮเดรต อาหารที่เรารับประทานเป็นประจำจะมีคาร์โบไฮเดรตเป็นองค์ประกอบอยู่มากที่สุด เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตเป็นแหล่งพลังงานที่มีราคาถูก ดังนั้นประชากรที่ยากจนมักจะได้รับคาร์โบไฮเดรตค่อนข้างสูง[22]

6) ไขมัน ไขมันเกี่ยวข้องกับหลายปัญหา ตั้งแต่ปัญหาสุขภาพไปจนถึงแฟชั่น ไขมันกลายเป็นผู้ร้ายทำลายความรู้สึกดี ๆ ของผู้คนปัจจุบันมีคำแนะนำว่าไม่ควรรับประทานไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน 2,000 แคลอรี พลังงานจากไขมันไม่ควรเกิน 600 แคลอรี ขณะเดียวกันหากได้รับกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง มากเกินไปอาจทำให้ได้รับสารอนุมูลอิสระมากทำให้เสี่ยงต่อมะเร็งได้อีก[22]

7) น้ำ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว น้ำที่ได้รับอาจเป็นน้ำสะอาดหรือเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำนมหรือน้ำผลไม้ได้เช่นกัน

3. การประเมินภาวะโภชนาการและปัญหาภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่น

3.1 ความหมายของโภชนาการ

สิริพันธุ์ จุลกรังคะ[23] ได้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะหรือสุขภาพของร่างกายที่เป็นผลจากอาหารที่ร่างกายได้รับ ซึ่งเสาวนีย์ จักรพิทักษ์[24] ได้แบ่งภาวะโภชนาการออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ภาวะโภชนาการที่ดี (Good nutritional status) หมายถึง ลักษณะที่ดีของร่างกายอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารถูกสัดส่วน เหมาะสมและครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย คือ ไม่มากและไม่น้อย ร่างกายสามารถที่จะนำเอาไปใช้ได้ดี ทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจมีความสมบูรณ์และเข้มแข็ง

2) ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (Poor nutritional status) หมายถึง ลักษณะที่ไม่ดีของร่างกายอันเนื่องมาจากบริโภคอาหารไม่ถูกสัดส่วน ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย คืออาจจะมากหรือน้อยไป ทำให้เกิดผลไม่ดีต่อร่างกายและจิตใจ ร่างกายและจิตใจไม่มีความสมบูรณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ[22] คือ

(1) ภาวะโภชนาการขาด (Under nutrition) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากภาวะโภชนาการก้ำกึ่ง โดยเกิดขึ้นเมื่อสารอาหารสารองในร่างกายลดลงจนถึงระดับหนึ่ง ขณะเดียวกันร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีสุขภาพไม่ดี อาจเนื่องมาจากความอดอยากหรือบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยหรือมาจากความเชื่อประเพณี ศาสนา ตลอดจนอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการย่อย การดูดซึม การขับถ่ายอาจไม่ปกติ เป็นผลทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดโรค ภัยต่าง ๆ ตามมา ทั้งโรคทางโภชนาการและโรคติดเชื้อ

(2) ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) เนื่องมาจากบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกาย เช่น บริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายจะใช้ ร่างกายจึงเก็บอาหารนั้นไว้ในรูปของไขมันสะสม ทำให้เป็นโรคอ้วนและโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดตีบตัน

3.2 ความหมายของโภชนาการเกิน

โภชนาการเกิน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าปกติ เมื่อเทียบกับส่วนสูงตามมาตรฐานของสัดส่วนที่กำหนดไว้[25,26] ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจจะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โภชนาการเกิน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย และมีการสะสมพลังงานไว้ในร่างกายในสภาพที่เป็นไขมันจึงทำให้เกิดโรคอ้วน

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3.3 การประเมินภาวะโภชนาการในวัยรุ่น

การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นวิธีการประเมินภาวะโภชนาการทางตรงวิธีหนึ่งโดยอาศัยหลักการที่ว่าขนาดและส่วนประกอบของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล การประเมินภาวะโภชนาการด้วยวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกายถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสำรวจภาวะโภชนาการทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชน การเฝ้าระวังทางโภชนาการการดูแลสุขภาพของคนปกติและผู้ป่วยเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย สะดวกรวดเร็วสามารถประเมินภาวะโภชนาการของบุคคลจำนวนมากและในทุกกลุ่มอายุได้[27]

ดัชนีที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินหรือประเมินภาวะโภชนาการมีหลายประเภท เช่น การตัดสินทางสายตา น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การวัดรอบ อกและรอบเอว การวัดรอบเอวและสะโพก[27] ซึ่งแต่ละเกณฑ์มีความไวในการบ่งบอกภาวะโภชนาการและความเหมาะสมกับแต่ละวัยแตกต่างกันไป สำหรับในเด็กวัยแรกเกิดถึง 19 ปี จะใช้กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตซึ่งเป็นเครื่องมือเบื้องต้นที่ใช้ใน การติดตามพัฒนาการและประเมินภาวะ การเจริญเติบโตของเด็กตามเพศ อายุ และเชื้อชาติ โดยแสดงออกมาในรูปกราฟ สำหรับประเทศไทยกราฟนี้พัฒนามาจากข้อมูลประชากรเด็กไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อายุตั้งแต่ 1 วัน จนถึงอายุ 19 ปี กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทย แยกตามเพศและอายุ กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต โดยเส้นกราฟกลุ่มล่างจะแสดงน้ำหนัก (กิโลกรัม) และเส้นกราฟกลุ่มบนจะแสดงความสูง (เซนติเมตร) โดยมีแกนนอนเป็นอายุ อายุ 2-19 ปี (1 ช่องย่อยเท่ากับ 3 เดือน) และมีเส้นกราฟเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) ที่ 3, 10, 25, 50, 75, 90 และ 97 ทั้งส่วนของน้ำหนักและความสูงของเพศและอายุเดียวกันเป็นตัวเปรียบเทียบว่าเด็กมีพัฒนาการเจริญเติบโต เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือสูงกว่า หรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[28]

จากข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละดัชนีที่ใช้ในการบ่งชี้ภาวะโภชนาการ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเพื่อวัดระดับของภาวะโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการในวัยรุ่นที่ทำการศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

3.4 วิธีการประเมินภาวะอ้วน

ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายในทางปฏิบัติ สามารถทำได้ง่าย

1. การดูด้วยตา ความอ้วนผอมที่ใช้ดูด้วยตาเป็นวิธีที่ง่ายที่สุด สามารถบอกได้ว่าผู้ใดอ้วน ผู้ใดผอมแต่ในการติดตามความอ้วนโดยการดูด้วยตาจะบอกได้ไม่แน่นอน

2. การใช้ตารางมาตรฐาน เป็นค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวมาตรฐาน โดยนำความสูงและอายุมาร่วมพิจารณา(tables of average weight by height and age) น้ำหนักตัวที่ได้นี้จะแยกตามเพศหญิงและเพศชายเป็นน้ำหนักตัวที่มีผลเสียต่อร่างกายหรือทำให้เกิดความเจ็บป่วยน้อยที่สุด การตัดสินว่าอ้วนอาศัยว่าน้ำหนักมากกว่าน้ำหนักตัวมาตรฐานร้อยละ 20 หรือมากกว่า 85 percentile ขึ้นไปของกลุ่ม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ประชาชนคนไทย มีการศึกษาแสดงน้ำหนักมาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูง ข้อดีของวิธีนี้คือง่ายในทางปฏิบัติ

3. ดรรชนีน้ำหนักความสูง เป็นการเปรียบเทียบน้ำหนักร่างกาย ซึ่งเป็นตัวแทนของกล้ามเนื้อ ไขมัน กระดูก และอื่น ๆ กับความสูงของร่างกาย ซึ่งเป็นตัวแทนของความยาวของโครงกระดูก ดรรชนีน้ำหนักความสูงจึงมักถูกใช้เพื่อแสดงถึงลักษณะรูปร่างอ้วนผอม เช่น ข้อดีของวิธีนี้ คือ ทำง่าย เครื่องมือที่ต้องใช้ประกอบหาง่ายทำได้รวดเร็ว มาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530 แบ่งภาวะโภชนาการเป็น 3 ระดับคือ

ภาวะโภชนาการปกติ คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูงระหว่างเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 10 และเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 90

ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูงระหว่างเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 3 และเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 10

ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูงระหว่างเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 90 และเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 97

4. การวัดความหนาของผิวหนังโดยใช้คีม (Skinfold Thickness by Calipers) เป็นการประเมินความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเป็นการชี้บ่งปริมาณไขมันของร่างกายและสามารถประเมินปริมาณไขมันที่สะสมในแต่ละแห่งได้การวัดความหนาของผิวหนังสามารถนำมาคำนวณถึงปริมาณร้อยละของไขมันในร่างกายเทียบกับน้ำหนักร่างกายในแต่ละช่วงอายุ วิธีทำใช้ผลรวมของความหนาของผิวหนังต้นแขนด้านหน้า (biceps) ผิวหนังต้นแขนด้านหลัง (triceps) ผิวหนังบริเวณใต้สะบัก (subscapular) และผิวหนังบริเวณเหนือเชิงกราน(suprailiac)

3.5 ปัญหาภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่น

ปัญหาโภชนาการของวัยรุ่นมีสาเหตุ มาจากนิสัยการบริโภคที่ไม่ดีมาตั้งแต่เด็ก หรือปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้เด็กเกิดความกดดันด้านอารมณ์และการปรับตัวในสังคม มีอารมณ์เครียดและหาทางออกโดยใช้อาหารเป็นเครื่องชดเชย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล ได้รวบรวมกลุ่มวัยรุ่นในช่วงปี พ.ศ. 2531 - 2536 ที่มารับการปรึกษาทางด้านอาหารและโภชนาการ พบปัญหาโภชนาการเกินสูงกว่าร้อยละ 20 ในวัยรุ่นชายอายุ 16 - 19 ปี และวัยรุ่นหญิงอายุ 12 – 15 ปี มีปัญหาโภชนาการเกินสูงร้อยละ 19 และพบปัญหาโภชนาการด้านขาดในวัยรุ่นทั้งชายและหญิงร้อยละ 3 ถ้าหากวัยรุ่นประสบปัญหาภาวะโภชนาการเกินอาจจะนำไปสู่ภาวะโรคอ้วนได้[21] ซึ่งอุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ และพิภพ จิรภิญโญ (2547) ได้ให้คำอธิบายไว้ว่าโรคอ้วน จัดว่าเป็นโรคซึ่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และโรคอ้วนในวัยเด็กมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้าไม่มีการป้องกันและรักษาแต่เนิ่น ๆ เด็กอ้วนจะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจ อีกทั้งอาจมีผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจในอนาคตด้วย โดยผลเสียจากโรคอ้วนมีหลายประการ คือ

1) ผลเสียต่อสุขภาพทางกาย ผลเสียต่อสุขภาพร่างกายนั้นส่งผลต่อระบบในร่างกายเกือบทุกระบบ ดังต่อไปนี้

(1) กระดูกและข้อ น้ำหนักตัวที่มากเกินวัยจะกดบนกระดูกอ่อนและ growth plates ของเด็กทำให้เกิดความผิดปกติของข้อที่รับน้ำหนัก ที่พบบ่อยที่สุด คือ ความผิดปกติของข้อเข่าและน้ำหนักที่กดลงบน growth plate ที่ยังไม่เชื่อมสนิทกับกระดูก ทำให้เกิดอันตรายต่อหัวของกระดูก femur เกิดภาวะ slipped capital femoral epiphysis ได้

(2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด Atheroma ที่หลอดเลือดหัวใจพบได้ในวัยเด็กตั้งแต่อายุ 2 ขวบ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีมวลกาย นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอ้วนมีความดันโลหิตสูงกว่าเด็กที่ไม่อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ทั้งโรคอ้วนและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

(3) ระดับไขมันในเลือด จากการศึกษาเด็กนักเรียนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่าเด็กอ้วนมีระดับไตรกรีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความผิดปกติของไขมันในเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

(4) ระบบทางเดินหายใจ ไขมันที่สะสมอยู่ในผนังช่องอก ในช่องท้องและกระบังลม ทำให้ผนังช่องอกขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้ไขมันที่สะสมในเนื้อเยื่อรอบทางเดินหายใจ ทำให้คนอ้วนมีปัญหาด้านการหายใจแบบ obstructive เด็กร้อยละ 30 - 90 มีความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ เด็กที่อ้วนมากมีระดับอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 ตลอดเวลาครึ่งหนึ่งของการนอนหลับ

(5) ตับและน้ำดี น้ำดีของคนอ้วนมีระดับ cholesterol สูงขึ้น โดยกรดน้ำดีและ phospholipids ไม่ได้เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกัน และถุงน้ำดีมีการบีบตัวน้อย ทำให้คนอ้วนมีนิ่วในถุงน้ำดีง่าย วัยรุ่นและเยาวชนหญิงที่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเป็น 4.2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้พบว่า ประมาณร้อยละ 40 - 50 ของเด็กที่อ้วนมากมีระดับ liver enzymes สูงขึ้นด้วย

(6) ต่อมไร้ท่อ เด็กอ้วนมีภาวะ insulin resistance ทำให้มีระดับอินซูลินสูงกว่าเด็กปกติถึงเท่าตัว ภาวะผิดปกติของอินซูลินนี้นำไปสู่โรคเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งพบความชุกเพิ่มขึ้นมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้การที่เด็กมีการเจริญเติบโตเร็วกว่าอายุจะทำให้ growth plate ปิดเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้เด็กเหล่านี้เป็นผู้ใหญ่ที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเด็กทั่วไป

2) ผลเสียทางจิตใจและสังคม เนื่องจากเด็กอ้วนมักถูกเพื่อน แกล้งหรือล้อเลียน ทำให้เกิดความอายเกี่ยวกับรูปร่าง ขาดความมั่นใจในตนเอง มักไม่ได้รับเลือกให้เล่นเกมหรือเป็นตัวแทนของกลุ่ม เพราะมักจะอุ้ยอ้าย เคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เข้ากับเพื่อนไม่ได้จนส่งผลกระทบทำให้เด็กไม่อยากไปโรงเรียน เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจึงมีความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนมากขึ้น เกิดปมด้อย ขาดความมั่นใจและเสียความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีผลเสียต่อการสร้างบุคลิกภาพและเอกลักษณ์ มักกลัวว่าจะไม่

เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ ทำให้แยกตัวและในบางคนอาจวิตกกังวลมาก จนส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและกินมากขึ้น[29]

3) ผลเสียต่อการเรียนและสถานะทางสังคม จากการศึกษาผลการเรียนของเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาในเขตเทศบาลอำเภอหาดใหญ่ พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินจะมีผลการเรียน ต่ำกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ ในวิชาภาษาไทยและคณิตศาสตร์ และเมื่อติดตามไปอีก 2 ปี พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีเกรดเฉลี่ยรวมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่อ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากประเทศตะวันตกที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อ้วนมีผลการเรียนต่ำ เมื่อเป็นผู้ใหญ่ได้ทำงานที่มีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มไม่อ้วน

4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการตายก่อนกำหนดซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ค่าใช้จ่ายในการให้บริการของแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านได้ ทำให้ขาดรายได้ต้องเสียเงินค่าจ้างให้คนอื่นมาทำแทน ในสถานที่ทำงานบางแห่งคนงานที่มีน้ำหนักเกินถูกจ้างงานในอัตราการเงินเดือนที่ต่ำภายใต้เงื่อนไขกฎเกณฑ์ต่างๆ

4. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน

อุรุวรรณ แย้มบริสุทธิ์[30] กล่าวไว้ว่า ความอ้วนจัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ที่นำไปสู่ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไป ทำให้ มีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายมากเกินไป ซึ่งศัลยา คงสมบูรณ์เวช[31] ได้ให้สาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคอ้วน ดังนี้

4.1 ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่

(1) กรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์ มีอิทธิพลต่อน้ำหนักตัวสูงถึงร้อยละ 50 เด็กที่พ่อแม่ไม่อ้วนมีโอกาสอ้วนเพียงร้อยละ 10 ส่วนเด็กที่พ่อหรือแม่ (คนใดคนหนึ่ง) อ้วน โอกาสอ้วนจะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่อ้วน ลูกมีโอกาสอ้วนสูงถึงร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม เน้นอาหารไขมันต่ำ รับประทานอาหารในเวลาและปริมาณที่เหมาะสม มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ก็จะสามารถลดอิทธิพลจากกรรมพันธุ์ลงได้

(2) เพศ ผู้หญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้ชายมีกล้ามเนื้อมากกว่าจึงมีการใช้พลังงานมากกว่า นอกจากนี้ผู้หญิงมักมีนิสัยการกินจุบจิบมากกว่าผู้ชาย

(3) อายุ เมื่อคนเรามีอายุที่มากขึ้น ปริมาณกล้ามเนื้อและการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะน้อยลง ร่างกายจึงใช้พลังงานลดลง ผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน มวลกล้ามเนื้อจะลดลงร้อยละ 1 ทุกปี ทำให้ระบบการเผาผลาญลดลง พลังงานจากอาหารที่กินเข้าไปจึงสะสมในรูปไขมันได้ง่ายขึ้น

(4) อัตราการเผาผลาญพลังงาน (Metabolic Rate) การที่ร่างกายมีระบบเผาผลาญ

ต่ำจะให้อ้วนง่าย ข้อมูลการวิจัยต่างๆ บ่งชี้ว่ายีนมีอิทธิพลต่อการควบคุมอัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐาน (Rating Metabolic Rate or RMR) และพลังงานที่ใช้ในการเผาผลาญอาหาร (Thermic Effect of Food = TEF)

(7) สรีรวิทยาของร่างกาย การสะสมไขมันจะมีมากในวัยเด็ก ซึ่งเป็นวัยที่เจริญเติบโต หลังวัยหนุ่มสาวเซลล์ไขมันจะเพิ่มขนาดมากกว่าปริมาณกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ส่วนประกอบของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน และฮอร์โมนจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุกล้ามเนื้อจะลดลง และเมื่อเราเฉื่อยชาลง ขณะที่ไขมันจะเพิ่มขึ้นแทนที่ ดังนั้นเมื่อเราเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แต่ยังรับประทานมากเหมือนเด็กวัยรุ่น ขณะที่ร่างกายใช้พลังงานน้อยลง พลังงานจากอาหารที่เหลือใช้จะสะสมไว้และทำให้อ้วนขึ้น

4.2 ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่

(1) กิจวัตรประจำวัน การขาดการออกกำลังกายและมีสิ่งอำนวยความสะดวกสะดวกสบายมากขึ้น ทำให้แต่ละวันเราไม่ค่อยได้ใช้พลังงานสำหรับการทำงานต่างๆ เช่น การไปทำงาน คนส่วนใหญ่ก็จะนั่งรถโดยสาร รถไฟฟ้า หรือรถส่วนตัวไปทำงาน แล้วทำงานจนเกือบค่ำเมื่อกลับบ้านก็นั่งรถกลับ ไม่มีเวลาที่จะออกกำลังกาย เมื่อถึงวันหยุดก็มักจะอยู่บ้าน อ่านหนังสือ ดูทีวี หรือเล่นคอมพิวเตอร์ การออกกำลังกายซึ่งควรทำเป็นประจำจึงถูกตัดออกจากชีวิตประจำวันของคนส่วนใหญ่ กีฬาที่เคยเล่นก็เปลี่ยนเป็นเพียงผู้ดูกีฬาที่ถ่ายทอดทางโทรทัศน์แทน ดังนั้น การเคลื่อนไหวตัวเองเสมอและออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดพลังงานส่วนเกินได้

(2) กินอาหารที่ไขมันสูงและกินเกินความต้องการของร่างกาย การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบเคยชินกับอาหารสำเร็จรูปและฟาสต์ฟู้ด ซึ่งมีไขมันและแป้งสูงทำให้ความเสี่ยงต่อโรคอ้วนสูงขึ้น นอกจากนี้อาหารไขมันสูงยังทำให้ร่างกายเก็บไขมันส่วนเกินได้มากกว่าคาร์โบไฮเดรต ทั้งนี้ยังเอาไปใช้ในร่างกายได้น้อยกว่าด้วย กล่าวคือ ถ้าเรากินคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น 100 กิโลแคลอรี 77 เปอร์เซ็นต์จะถูกเก็บเป็นไขมันส่วนเกินในร่างกาย และถ้าเรากินโปรตีนเพิ่มขึ้น 100 กิโลแคลอรี ร่างกายจะเก็บเป็นไขมันส่วนเกิน 75 เปอร์เซ็นต์ แต่ถ้าเรากินไขมันเพิ่มขึ้น 100 กิโลแคลอรี ร่างกายจะเก็บเป็นไขมันส่วนเกินมากถึง 97 เปอร์เซ็นต์ทีเดียว

(3) การเลี้ยงดู นิสัยการบริโภคของคนในครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กและน้ำหนักตัว ซึ่งปัจจุบันเราจะพบว่าร้านอาหารจานด่วนต่าง ๆ มีระบบส่งถึงบ้าน ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้เด็ก ๆ และผู้ใหญ่รับประทานอาหารที่ชื่นชอบมากกว่าปกติ ซึ่งอาหารเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ทาให้เกิดโรคอ้วนได้[32]

(4) จิตใจและอารมณ์ โดยทั่วไปหลายคนใช้การกินตอบสนองต่ออารมณ์ เช่น เสียใจก็กิน ดีใจก็กิน บางคนใช้การกินแก้อาการซึมเศร้า กรณีเช่นนี้อาจต้องใช้วิธีทางการจิตเวชในการช่วยบาบัดด้วย

(5) ความเครียด ทาให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ยิ่งร่างกายมีการหลั่งมาก

ไขมันก็จะถูกเก็บสะสมมากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะในส่วนพุง เวลาที่เกิดความเครียด ผู้หญิงมักจะมีความอยากอาหารมากขึ้น ฉะนั้นแล้วความเครียดจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กินเกินจนทาให้เกิดการสะสมของไขมันเพิ่มขึ้นได้

(6) นอนน้อยหรือนอนไม่พอ งานวิจัยของ Nurses' Health Study พบว่า ผู้หญิงที่นอนวันละ 5-6 ชั่วโมงอ้วนง่ายกว่าผู้หญิงที่นอนวันละ 7 ชั่วโมง เหตุผลที่เป็นไปได้คือ การนอนน้อยทำให้ระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทางานแปรปรวน ทำให้หิวมากขึ้นและกินเพิ่มขึ้น และการนอนน้อยมีผลกระทบต่ออัตราการเผาผลาญพื้นฐานทำให้ลดระดับการใช้พลังงานในร่างกาย

ดังนั้น จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะโรคอ้วนที่กล่าวมาแล้วนี้ ส่งผลให้เด็กมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเด็กกินอาหารมากแต่ขาดการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว เด็กจึงมีโอกาสอ้วนง่าย และเมื่อเด็กอ้วนแล้วก็ยิ่งเป็นการยากที่จะคะยั้นคะยอให้เด็กออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ใช้แรงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการออกกาลังกายหรือเล่นกับลูก เด็กก็มักจะไม่ค่อยได้ออกไปวิ่งเล่น ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬานอกบ้าน ทั้งหมดนี้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดเกิดภาวะน้ำหนักเกินในอนาคตได้[29]

พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดทีท่าค่านิยม และการกระทาหรือไม่กระทาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือของชุมชนแล้วแต่กรณี[33]

ภาวะโภชนาการและสุขภาพของบุคคลนอกจากจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้แล้ว วิถีชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจาวันก็มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอันยืนยาว[34] การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไรล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล และการมีสุขภาพดีนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทาได้ในการดาเนินชีวิตของบุคคล[33] ซึ่งการดาเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีดังนี้

1) การทำกิจกรรมและการออกกาลังกายรวมทั้งการเล่นต่าง ๆ ของนักเรียนในระหว่างวัน หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อและอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าการเคลื่อนไหวหรืออิริยาบถต่าง ๆ ตามปกติในชีวิตประจำวันการออกกำลังกายที่ดีและถูกต้องควรปฏิบัติอย่างเสมอตามความเหมาะสมของอายุ เพศ และสภาวะของร่างกาย[35] ความสำเร็จในการดูแลน้ำหนักตัวของเด็กอ้วน นอกจากจะเน้นที่การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องแล้ว การสนับสนุนให้เด็กได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ก็จะเป็นวิธีช่วยควบคุมน้ำหนักตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อดีของการออกกำลังกาย คือ ช่วยลดปริมาณเนื้อเยื่อไขมันและสร้างกล้ามเนื้อ ช่วยให้ข้อกระดูกต่าง ๆ และกล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ร่างกายมีความทนทานต่อความเมื่อยล้า ระบบหลอดเลือดและหัวใจทำงานดีขึ้น และที่สำคัญคือจะสามารถช่วยลดความเครียดและการนอนหลับได้ดีขึ้น และในปัจจุบันส่วนใหญ่พบว่าเวลาที่สมาชิกในครอบครัวกินอาหารด้วยกันมักจะเปิดทีวีไปด้วย ทำให้เด็กมีโอกาสรับอาหารและขนมต่าง ๆ มากขึ้น มีข้อมูลการศึกษาพบว่า

ระยะเวลาที่ดูทีวีมากกว่า 4 – 5 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เด็กมีโอกาสเกิดโรคอ้วนได้ง่าย และอิทธิพลของการโฆษณาอาหารและขนมทางทีวี ก็ทำให้เด็กรบเร้าผู้ปกครองไปซื้อขนมมาบริโภค นอกจากนี้เวลาเด็กเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือเกมกดก็มักพบว่ามีขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่มรสหวาน ต่าง ๆ วางอยู่ตรงหน้าด้วย

ปัจจุบันสังคมบ้านเรามีสิ่งอานวยความสะดวกมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางขนส่ง หรือแม้กระทั่งเครื่องมือสื่อสารและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ในบ้านทำให้เด็กมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมเคลื่อนไหวและการออกแรงลดลงอย่างมาก จะเห็นได้ว่าวันหนึ่ง ๆ โดยเฉพาะวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ เด็กมักจะนั่งอยู่หน้าจอทีวีหรืออาจใช้เวลากับคอมพิวเตอร์นานถึง 5 - 6 ชั่วโมงต่อวัน บางครอบครัวที่มีฐานะดี เด็กก็ไม่ต้องช่วยงานบ้านเพราะมีคนรับใช้ ในวันที่เรียนหนังสือ เด็กก็ใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งในห้องเรียน 6 - 7 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่วิชาพละศึกษาซึ่งเด็กจะได้เล่นหรือออกกำลังกายกลางแจ้งก็เป็นวิชาที่ได้รับความสำคัญค่อนข้างน้อยเพียงสัปดาห์ละ 50 - 60 นาที เท่านั้น และในวันหยุดพ่อแม่ผู้ปกครองก็มักพาไปศูนย์การค้ามากกว่าไปสนามเด็กเล่น จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นสาเหตุทำให้เด็กมีการเคลื่อนไหวลดลงและเกิดภาวะน้ำหนักเกิน[30]

2. การนอนหลับพักผ่อน

งานวิจัยของ Nurses' Health Study พบว่า ผู้หญิงที่นอนวันละ 5 - 6 ชั่วโมง อ้วนง่ายกว่าผู้หญิงที่นอนวันละ 7 ชั่วโมง เหตุผลที่เป็นไปได้คือ การนอนน้อยทำให้ระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทำงานแปรปรวน ทำให้หิวมากขึ้นและกินเพิ่มขึ้น และการนอนน้อยมีผลกระทบต่ออัตราการเผาผลาญพื้นฐานทำให้ลดระดับการใช้พลังงานในร่างกาย[34]

3. ความเครียด

เป็นผลสะท้อนจากปฏิกิริยาที่เรามีต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้วส่งทอดไป สู่จิตใจและระบบทางานของร่างกาย ความเครียดคือความรู้สึกเลวร้ายที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของเราไม่ได้ทำอะไรกับมันเลย ดังนั้น ความเครียดจึงเป็นสิ่งที่แตกต่างกันตามที่แต่ละคนจะให้ความหมาย เช่น ความเครียด คือการทำงานมากเกินไป แต่เวลาที่ทำมีน้อยเกินไป หรือความรู้สึกเป็นทุกข์วิตกกังกล ห่วงใย กลุ้มใจ (A feeling of anxiety) หรือเป็นการถูกกดดันบีบคั้นมากเกินไป (Too much pressure) หรือความรู้สึกเหนื่อยหงุดหงิด ฉุนเฉียว (Feeling tired and irritable) และความกดดันบีบคั้นทางอารมณ์[36] (Emotional pressure) เป็นต้น

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุทางร่างกาย ได้แก่ โรคภัยไข้เจ็บ ทุกข์ทางกาย การที่กายมีภาวะไม่ปกติ มีโรคเบียดเบียนและการไม่มีทรัพย์เครื่องอุปโภคใช้สอยอย่างพร้อมมูล ตลอดถึงความเหน็ดเหนื่อยจากการประกอบกิจการงาน

สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความไม่สมหวัง ความคับข้องใจ เป็นทุกข์ทางใจ พรากจากคนรักอกหัก ความปรารถนาที่ไม่สมหวัง เป็นต้น

สาเหตุทางสังคม ได้แก่ ปัญหาปัญหาในครอบครัว การงาน สภาพแวดล้อมรอบข้างและอื่น ๆ ที่กดดันต่อจิตใจ

ดังนั้น จากที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นที่กล่าวมาแล้วนี้ ส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินได้ เมื่อเด็กกินอาหารมากแต่ขาดการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว เด็กจึงมีโอกาสอ้วนง่าย และเมื่อเด็กอ้วนแล้วก็ยิ่งเป็นการยากที่จะคะยั้นคะยอให้เด็กออกกาลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ใช้แรงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการออกกาลังกายหรือเล่นกับลูก เด็กก็มักจะไม่ค่อยได้ออกไปวิ่งเล่น ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬานอกบ้าน ทั้งหมดนี้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมาในอนาคตได้[30]

สรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึงภาวะที่ได้รับสารอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย เป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติเมื่อเทียบจากการประเมินหาปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกายที่เป็นวิธีมาตรฐาน คือมีไขมันสะสมมากกว่าร้อยละ 10 และมากกว่าร้อยละ 30 ของน้ำหนักตัว และไขมันส่วนเกินนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนในอนาคตต่อไป ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

5. แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา

การรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายจากการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่ การมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 และส่งกระแสประสาท ไปยังสมองเพื่อการแปลความ

กระบวนการของการรับรู้ (Process) เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างเรื่องความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (sensing) ความจำ (memory) การเรียนรู้ (learning) การตัดสินใจ (decision making)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1989) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญคือเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เฉพาะโดยเฉพาะในภาวะเครียดหรือในสถานการณ์วิกฤตรวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ

Bandura (1977 : 1989) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน อาจแสดงออกในคุณภาพที่ต่างกันในบุคคลเดียวกันก็อาจเกิดผลดังกล่าวได้เช่นกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาวการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลมี 2 ประการ คือ

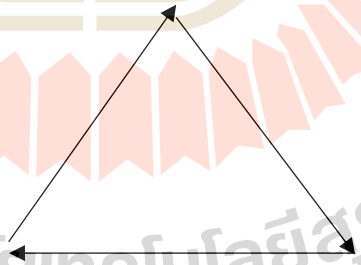
1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) คือ การที่บุคคลตัดสิน

ความสามารถของตนในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ

2) ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม (Outcome efficacy) คือ การประเมินตนเองของบุคคลว่าถ้าตนกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างไร

การรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กันมาก และมีผลกระทบต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคล กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วย ให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการ รับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมา เสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ความสามารถ เฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้อง ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัยทางด้าน พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Reciprocal Determinism ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน

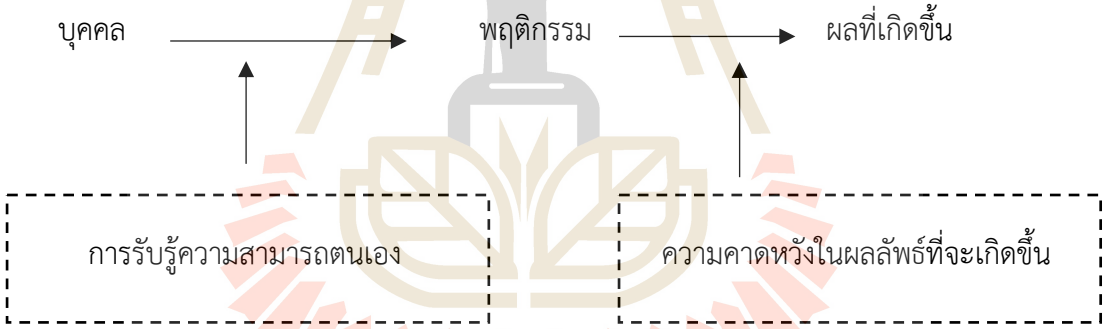
ที่มา: Bandura, 1997

ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคลและ E คือ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยและ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) 2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation) 3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ในผลของการกระทำ ในระยะแรกปี ค.ศ.1977 Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาปี ค.ศ. 1986 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ จากแนวคิดดังกล่าว Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) โดยมี สมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อใน ความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura, 1977

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบ ที่สำคัญ ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึงการตัดสินความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจาก ความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม 2) ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากกพฤติกรรมที่ได้กระทำ โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่การรับรู้ความสามารถ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่าแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ดังภาพที่ 3

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภาพที่ 3 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง
และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura, 1977

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura ได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความ สามารถแห่งตนเอง รวม 4 วิธีดังนี้[37,38]

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็น ประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความ สามารถตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้เช่นนั้นซึ่งจะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งนี้สามารถจำแนกตัวแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) ได้แก่ บุคคล ในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สังเกตสามารถติดต่อ สัมพันธ์ได้การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้องระมัดระวังผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตัวแบบที่อาจจะทำให้มีการเรียนรู้จากตัวแบบที่ ไม่ถูกต้อง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) เป็นภาพตัวแบบในสื่อสารมวลชนทั้งหลาย เช่น

ภาพยนตร์โทรทัศน์ วิดิทัศน์หนังสือคอมพิวเตอร์เทปบันทึกเสียง หุ่นกระบอก หรือ การ์ตูน เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ทำให้มีผลดีในการเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และสิ่งที่สำคัญคือสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้ทั้งกิจกรรมรายบุคคลหรือ กลุ่มบุคคล และใช้ได้หลายครั้งเท่าที่ต้องการ

2.3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบนดูรา กล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่ค่อยได้ผลมากนักในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ได้ผล ควรใช้ร่วม กับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

2.4 การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินถึงความวิตกกังวล และความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระการกระตุ้นที่รุนแรงทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

6. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้วิจัย ผู้ที่เข้า ร่วมวิจัยรวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดได้มีส่วนร่วมในการระบุปัญหา การวางแผนกำหนดกรอบแนวคิด ร่วมแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่กำหนดไว้ร่วมกันจนกระทั่งสรุปผลนำเสนอและอธิปรายผล รวมไปถึงร่วมกับปรับปรุง พัฒนากระบวนการให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย คนในชุมชนหรือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ใช่ผู้ถูกกระทำแต่เป็นผู้ร่วมกระทำ มีอำนาจการตัดสินใจร่วมกันในงานวิจัย อันเป็นการส่งเสริมให้ ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองและพัฒนาชุมชน สำหรับบทบาทของผู้วิจัยคือเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชาวชุมชน ให้ความรู้ และทักษะที่สำคัญในเรื่องต่าง ๆ ตามที่ชุมชนต้องการ หรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความ ร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรม ทรัพยากร เงินทุน ฯลฯ และการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ถือเป็น กระบวนการประชาธิปไตยที่ก่อให้เกิด ความยั่งยืนของชุมชน ข้อดีของการนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ในการแก้ไขปัญหาก็คือเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์และ มุมของของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถระบุปัญหาจริงของชุมชน รับทราบความความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ ของทุกฝ่าย แต่การที่จะดำเนินการให้บรรลุความประสงค์ข้างต้นได้นั้น ผู้วิจัยและผู้ที่เข้าร่วมวิจัยต้องให้ความ ร่วมมือและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดีเท่านั้นจึงจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกขั้นตอน ได้จริง ในส่วนของผู้วิจัยก็ต้องสามารถแสดงบทบาทในการระบุปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ชาวชุมชนได้รับทราบเกิด

ความตระหนักร่วมกัน ไปสู่ขั้นตอนดำเนินการวิจัยร่วมกันจนได้งานวิจัยที่สำเร็จลุล่วงทุก ขั้นตอนหลักพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีสิ่งที่ต้องคำนึง 3 ประการคือ 1. การค้นหาหรือการเฝ้ามอง (Look) ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกิดในสถานการณ์ต่างๆที่มีอยู่จริง 2. การคิด (Think) คือสำรวจและวิเคราะห์ว่ามีอะไรเกิดขึ้น แสวงหาเหตุผลว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น 3. การปฏิบัติ (Act) ที่เกิดจากการวางแผนการปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัตินั้น ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักที่ประกอบกันเป็นวงรอบดังนี้ 1. ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยมีการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการตรวจสอบ กำหนดเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดว่าจะใช้สถิติแบบใด วางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง เหมาะสม สำหรับในขั้นตอนการวางแผนต้องมีความชัดเจน รัดกุม และสามารถดำเนินการได้ อย่างเป็นรูปธรรมและมีการตกลงการทำงานร่วมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2. ขั้นการกระทำหรือจัดกิจกรรม (Act) ผู้วิจัยดำเนินตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นระบบโดยมีการ กำหนดบทบาทหน้าที่ให้แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานไปพร้อมกัน ในขั้นตอนนี้หากเป็นการ ดำเนินการวงรอบที่สองต้องนำผลการวิจัยรอบที่หนึ่งมาร่วมพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขด้วย 3. ขั้นการสังเกต (Observe) ผู้วิจัยบันทึกผลลัพธ์ที่สนใจจากการดำเนินงานหรือสังเกตปฏิกิริยา ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม อาจใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึก การบันทึกเสียง ภาพถ่าย หรือบันทึกวิดีทัศน์ เป็นต้น การบันทึกผลลัพธ์ต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและ ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการบันทึกหรือจากการสังเกตมา อภิปรายร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อหาข้อสรุป วิเคราะห์ข้อดีหรือข้อบกพร่อง นำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการทำวิจัยให้ดีขึ้นเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ผล ลัพธ์ตามที่ได้ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้หากทุกฝ่ายพอใจในผลที่เกิดขึ้นก็หยุดทำการวิจัย แต่หากยังไม่พอใจก็สามารถทำวิจัยต่อไปจนกระทั่งได้ผลเป็นที่พอใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญญทิพย์ พรรณศิลป์ และคณะ[50] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนในชุมชน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแพน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ธนันญดา บัวเผื่อน[49] ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน การศึกษามี 3 ระยะคือ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำ เนินงานควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน 2) สร้างรูปแบบกิจกรรม และ 3) ทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรม พบว่า นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการท้วมเปลี่ยนแปลงเป็นสมส่วน นักเรียนที่เริ่มอ้วนเปลี่ยนแปลงเป็นท้วมแต่นักเรียนที่ภาวะโภชนาการอ้วนไม่มีการเปลี่ยนแปลง การทดสอบได้ผลว่ารูปแบบกิจกรรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำ ไปใช้เพื่อควบคุมภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กิตติพร และคณะ[51] ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติการ (action) การสังเกต (observation) และ การสะท้อนกลับ (reflection)ผลการศึกษาพบว่า 1. นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้ ทัศนคติ และด้านการปฏิบัติตน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังเสร็จสิ้นโครงการ 2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 4 อ.เมือง จ.สงขลา อยู่ในระดับมาก โดยแต่ละส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวางแผนประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรเพื่อง่ายต่อการเข้าถึง

Huang X, et al. ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูงขึ้น และเมื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ[48]

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) เพื่อพัฒนารูปแบบภาวะโภชนาการเกินในวัยรุ่น อายุ 13 - 15 ปี โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (1997) ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ทำให้เกิดกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำของนักเรียน ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงสิงหาคม 2560 โดยการมีส่วนร่วมของครู และบุคลากรทางสาธารณสุข โดยใช้พื้นที่ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบค่า ประชากรและกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95%[47] ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \times P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} \times P(1-P)} = \frac{444(1.96)2 \times 0.478(1-0.478)}{(0.05)2 \times (444-1) + (1.96)2 \times 0.478(1-0.478)}$$

= 205 คน

1. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การศึกษา ศาสนา รายรับ อาชีพของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รูปร่างของนักเรียน แหล่งให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาหาร โรคประจำตัว เป็นต้น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก 14 ข้อ คำถามเชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคร์ท (Likert's Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยค่าเฉลี่ย 3.12 – 3.87 การรับรู้สูงมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 – 3.11 การรับรู้มาก ค่าเฉลี่ย 1.6 – 2.35 การรับรู้น้อย ค่าเฉลี่ย 0.75 – 1.50 หมายถึง การรับรู้น้อยมาก

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีลักษณะมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ บ่อย 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน ไม่เคย 1 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[39] คือ

ค่าเฉลี่ย 2.03 – 2.70 มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนดี

ค่าเฉลี่ย 1.35 - 2.02 มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.67- 1.34 มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนพอใช้

1.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน และทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้ 0.82 ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านดังนี้

อาจารย์กุมารแพทย์	1 ท่าน
อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก	1 ท่าน
นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ	1 ท่าน

1.2.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 20 รายคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

2. กระบวนการเก็บข้อมูล (Data collection process) มีขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยยื่นแบบเสนอถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2559 เลขที่วิจัย EC5927

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามให้เป็นที่เข้าใจ ทดลองใช้กับวัยรุ่น 2 คนและทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยหลังการทดลองเก็บข้อมูล

3. ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีถึงผู้อำนวยการโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยการขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยเลือกนักเรียนที่ ผ่านการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโต อายุ 1-19 ปี แล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ท้วมขึ้นไปถือว่ามีภาวะโภชนาการเกิน (ภาวะที่น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่เหนือเส้น +2 S.D ทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์อ้างอิง น้ำหนักและส่วนสูงโดยเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ1วัน ถึง 19 ปี[40] จำนวน 205 คน

5. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบภาวะโภชนาการเกิน และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 1

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในปัญหาโรคอ้วน เพื่อนำความรู้และแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการสร้างรูปแบบในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกิน โดยมีนักเรียนเป็นศูนย์กลาง และมีการทำงานร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาล

1.2 Focus group รอบแรก จากตัวแทนครู และนักเรียน

ขั้นตอนที่ 2

2.1 การนำรูปแบบการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในวัยรุ่น อายุ 13-15 ปี โดยได้รับความร่วมมือจากโรงเรียน ครู นักโภชนาการ พยาบาล นำไปใช้ในพื้นที่จริง (Do)

2.2 ระหว่างการทำกิจกรรมผู้วิจัยได้เข้าไปติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้วางแผนไว้

2.3 สิ้นสุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้วางแผน ผู้วิจัยเข้าไป Focus group เพื่อถอดบทเรียนตามประเด็นคำถามในภาคผนวก

2.4 มีการติดตามผล (Observe) ระหว่างทดลองผู้วิจัยได้เข้าไปติดตามกิจกรรมต่าง ๆ

2.5 สิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้เข้าไป focus group (reflect) เพื่อถอดบทเรียนตามประเด็นคำถาม

2.6 หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ดำเนินการส่งแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

3. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ผลในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลต่อการเรียนการสอน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ดังนี้

1.จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

3.การทดสอบความสัมพันธ์โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการ รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (เลขที่วิจัย EC5927) และได้รับอนุญาตจากองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในการเข้าศึกษาในชุมชนพื้นที่ที่ศึกษาผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินซึ่งอาจก่อให้เกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดีแก่ตัวเด็กนักเรียนเอง ดังนั้น ก่อนตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ใน การศึกษา และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยได้เก็บเป็นความลับ กรณีนำไปเปิดเผยจะนำเสนอสรุปเป็นภาพรวมของงานวิจัยเท่านั้น จะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 205 ราย เพศชายและหญิงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 49.76 และ 50.24 ตามลำดับ อายุ 13, 14 และ 15 ปี ร้อยละ 48.29, 45.85 และ 5.85 ตามลำดับ น้ำหนัก 60 – 70 กก. ร้อยละ 42.44 ส่วนสูง 156-165 ซม. ร้อยละ 80.49 ได้รับเงินค่าอาหารจากผู้ปกครอง 51-100 บาทต่อวัน ร้อยละ 80.49 อาชีพบิดา และ มารดาส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 29.27 และ 28.78 ส่วนใหญ่คิดว่าตัวเองอ้วน ร้อยละ 60.39 มีความไม่พอใจในรูปร่างตนเอง ร้อยละ 81.46 การรับรู้ข่าวสาร พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวร้อยละ 81.46 ได้รับจากครู 56.59 อื่น ๆ ร้อยละ 2.44 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก น้ำหนัก ส่วนสูง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	49.76
หญิง	103	50.24
อายุ (ปี)		
13	99	48.29
14	94	45.85
15	12	5.85
น้ำหนัก (กก.)		
60 – 70	87	42.44
71 – 80	57	27.80
81 – 90	47	22.93
91 – 100	8	3.90
101 ขึ้นไป	6	2.93

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (ซม.)		
145 – 155	12	5.85
156 – 165	165	80.49
166 – 175	25	12.20
176 ขึ้นไป	3	1.46
โรคประจำตัว		
ไม่มี	173	84.39
มี	32	15.61
เงินที่ได้จากผู้ปกครอง (บาทต่อวัน)		
30 – 50	12	5.85
51 – 100	165	80.49
101- 150	25	12.20
151 ขึ้นไป	3	1.46
อาชีพของบิดา		
ว่างงาน	1	0.49
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	47	22.93
รับจ้างทั่วไป	60	29.27
ธุรกิจส่วนตัว	16	7.80
พนักงานบริษัท	34	16.59
ค้าขาย	35	17.07
เกษตรกร	12	5.85
อาชีพมารดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	16.10
รับจ้างทั่วไป	59	28.78
ธุรกิจส่วนตัว	17	8.29
พนักงานบริษัท	34	16.59
ค้าขาย	52	25.37
เกษตรกร	10	4.88

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ท่านคิดว่ารูปร่างของท่านเป็นอย่างไร		
อ้วน	132	64.39
ท้วม	67	32.68
สมส่วน	6	2.93
ความพึงพอใจในรูปร่าง		
พอใจ	38	18.54
ไม่พอใจ	167	81.46
การรับรู้ข่าวสาร		
เพื่อน		
ไม่ได้รับ	158	77.07
ได้รับ	47	22.93
ครู/อาจารย์		
ไม่ได้รับ	89	43.41
ได้รับ	116	56.59
ครอบครัว		
ไม่ได้รับ	38	18.54
ได้รับ	167	81.46
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ไม่ได้รับ	121	59.02
ได้รับ	84	40.98
โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เนต		
ไม่ได้รับ	118	57.56
ได้รับ	87	42.44
แผ่นพับ/โปสเตอร์		
ไม่ได้รับ	191	93.17
ได้รับ	14	6.83
อื่น ๆ		
ไม่ได้รับ	200	97.56
ได้รับ	5	2.44

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. การรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน

จากการศึกษาการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ข้อ 1 - 6 ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ มีการรับรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและควบคุมอาหาร ($\bar{x}$=3.52, SD = 0.668) ด้านการรับประทานอาหาร ข้อ 7 - 10 ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ คนที่รับประทานไขมันหรือของจุกจิกบ่อย ๆ มีโอกาสเกิดโรคอ้วน ($\bar{x}$=3.47, SD = 0.713) ด้านผลเสียของการมีภาวะโภชนาการเกิน ข้อ 11 - 20 ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ การควบคุมน้ำหนักต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ($\bar{x}$=3.62, SD = 0.615) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน (n = 205)

การรับรู้	Mean	SD	แปลผลการรับรู้
ด้านการออกกำลังกาย		.	
1.คนที่ออกกำลังกายไม่ถูกวิธีเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนมาก	2.41	949	มาก
2.การควบคุมน้ำหนักสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและควบคุมอาหาร	3.52	.668	สูงมาก
3.การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30-45นาทีไม่เป็นการรบกวนกิจกรรมอื่น	2.94	.777	สูงมาก
4.การออกกำลังกายวันละ 30-45นาทีป้องกันภาวะอ้วน	3.17	.771	สูงมาก
5.ภาวะอ้วนทำให้ไม่สามารถเดินหรือออกกำลังได้เหมือนปกติเนื่องจากเหนื่อยมาก	2.70	1.009	มาก
6.การออกกำลังกายและหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภททำให้รู้สึกหิวบ่อย	2.37	.825	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร			
7.คนที่ร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่าพลังงานที่ใช้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอ้วนมาก	2.99	.812	มาก

การรับรู้	Mean	SD	แปลผลการรับรู้
8.คนที่รับประทานไขมันหรือของจุกจิกบ่อยๆ มีโอกาสเกิดโรคอ้วน	3.47	.713	สูงมาก
9.การกินอาหารประเภทผักมากกว่าเนื้อสัตว์ทุกมื้อช่วยลดภาวะอ้วนได้	3.00	.852	มาก
10.การควบคุมน้ำหนักไม่สามารถรับประทานน้ำตาลได้เลย	1.96	.851	น้อย
ด้านผลเสียของการมีภาวะโภชนาการเกิน			
11.พันธุกรรมมีผลต่อโรคอ้วนมาก	2.39	.896	มาก
12.คนทีมีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน	3.20	.637	สูงมาก
13.คนทีมีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดโรคหัวใจความดันโลหิต	3.21	.689	สูงมาก
14.การควบคุมน้ำหนักเป็นการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ	3.30	.829	สูงมาก
15.การควบคุมน้ำหนักรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ	3.62	.615	สูงมาก
16.การลดน้ำหนักได้ต้องใช้ความอดทนและใช้เวลาอย่างมาก	3.34	.761	สูงมาก
17.คนทีมีภาวะอ้วนคนอื่นมองว่าภาพลักษณ์ดูไม่ดี	2.96	.904	มาก
18.คนทีมีภาวะอ้วนมักจะเรียนไม่ทันเพื่อนเนื่องจากง่วงในเวลาเรียน	1.84	.901	น้อย
19.การควบคุมภาวะอ้วนทำให้เพิ่มภาระการใช้จ่าย	2.03	.849	น้อย
20.การใช้ยาควบคุมน้ำหนักไม่ได้ช่วยให้น้ำหนักลดลงอย่างถาวร	2.96	1.013	มาก

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3. **การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน**

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับดี ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าทุกวัน ($\bar{x}$ = 2.61, SD = 0542) รองลงมา คือ เมื่อมีเวลาว่างไม่เคยนั่งหรือนอนเล่น ($\bar{x}$ = 2.50, SD = .560) และระดับปานกลางคือ ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม ($\bar{x}$ = 1.91, SD = .577) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

พฤติกรรม	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
-การกินอาหารเช้าทุกวัน	2.61	.542	บ่อย
-ทานจุบจิบการรับประทานอาหารระหว่างมื้อเช้ากลางวัน เย็น และก่อนนอน	2.09	.481	บ่อย
-ท่านกินอาหารรสเค็ม	1.91	.577	บางครั้ง
-ท่านนอนต่อเนื่องอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	2.47	.573	บ่อย
-ท่านดื่มน้ำอัดลม	2.16	.508	บ่อย
-ท่านกินอาหารที่มีเนื้อติดมัน	2.07	.480	บ่อย
-เมื่อท่านรู้สึกอิ่มท่านหยุดรับประทานอาหารทันที ไม่รับประทานจนรู้สึกอิ่มมาก	2.36	.596	บ่อย
-ท่านนอนพักผ่อนหลังรับประทานอิ่ม ๆ	1.82	.648	บางครั้ง
-ท่านกินอาหารทุกอย่างตามที่ใจนึกอยากกิน	2.09	.566	บ่อย
-รับประทานอาหารที่มีรสหวาน	1.98	.535	บางครั้ง
-ท่านกินอาหารผัด ทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด	2.24	.495	บ่อย
-ท่านกินขนมหวาน เช่น ทองหยิบ กล้วยบวชชี	1.90	.585	บางครั้ง
-ท่านกินอาหารประเภทไขมัน เช่น พะโล้ ขาหมู แกงเขียวหวาน	2.00	.528	บางครั้ง
-ท่านกินผัก เช่น ผักสด ผักต้ม	2.20	.612	บ่อย
-ท่านกินผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน	2.18	.625	บ่อย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

พฤติกรรม	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
-ท่านกินผลไม้รสไม่หวาน เช่น แอปเปิ้ล ชมพู่	2.34	.557	บ่อย
-ท่านออกกำลังกายวันละ 15-30 นาที	2.11	.586	บางครั้ง
-ท่านมีกิจกรรมในแต่ละวัน เช่น การเดิน ทำงานบ้าน จัดสวน	2.32	.631	บ่อย
-เมื่อท่านต้องออกเดินทางใกล้บ้านท่านจะเดินหรือปั่นจักรยาน	2.34	.656	ไม่เคย
-เมื่อมีเวลาว่างท่านจะนั่ง หรือนอนเล่น	2.50	.560	บางครั้ง

4.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.01 (*r* = 0.221, P=.000) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่นตอนต้นกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r	P-value
การรับรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับมัธยมต้น	.221	.000

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นได้เข้ามามีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ จนไปถึงการลงมือปฏิบัติ ก่อให้เกิดการพัฒนาตาเอง ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอกให้โรงเรียน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องภายในศูนย์ศึกษาตัดสินใจร่วมกัน เป็นศูนย์กลางก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับคือ นักเรียนและผู้ปกครอง รวมถึงบุคลากรในโรงเรียนตื่นตัวถึงปัญหาใกล้ตัว เกิดความร่วมมือร่วมใจปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จหรือไม่โดยการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการให้บุคคลได้รับข้อมูลจาก 4 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักที่ประกอบกันเป็นวงรอบดังนี้ 1. ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยมีการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการตรวจสอบ กำหนดเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดว่าจะใช้สถิติแบบใด วางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง เหมาะสม สำหรับในขั้นตอนการวางแผนต้องมีความชัดเจน รัดกุม และสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีการตกลงการทำงานร่วมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดแนวทางอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัย มีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อผลักดันให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนเกิดความตระหนักในความสำคัญของภาวะโภชนาการที่ดีให้เป็นไปในทางเดียวกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการกำหนดเมนูอาหารรวมไปถึงการคำนวณงบประมาณในการซื้อวัตถุดิบมาประกอบอาหาร ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการที่จะส่งเสริมโภชนาการที่ดีเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินนั้น จะต้องมีการสนับสนุนทางนโยบายของผู้บริหารระดับสูง ทั้งนี้การกำหนดนโยบายจะต้องให้ความสำคัญเรื่องงบประมาณ เนื่องจากการเตรียมอาหารที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยวัตถุดิบที่มีคุณภาพ เพื่อนำมาประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ[42] รวมถึงมีการสร้างแหล่งอาหารปลอดสารพิษไว้รับประทานเอง เป็นการฝึกฝนให้เด็กรู้จักรับประทานผักสร้างสุขนิสัยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้นำไปสู่ค่านิยมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย[43] 2. ขั้นการกระทำหรือจัดกิจกรรม (Act) ผู้วิจัยดำเนินตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นระบบโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานไปพร้อมกัน ในขั้นตอนนี้หากเป็นการดำเนินการวงรอบที่สองต้องนำผลการวิจัยรอบที่หนึ่งมาร่วมพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enacting mastery experiences) ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ซึ่งการให้ความรู้แบบบรรยายถือว่าเป็นวิธีการพื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้ไปยังผู้เรียน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นที่มีอิสระในการใช้พลังเพื่อการเรียนรู้อะไรก็ได้ด้วยตัวเอง และมีความพร้อมที่จะพัฒนาด้านต่าง ๆ ซึ่งหากพัฒนาด้านความคิดริเริ่มได้ตั้งแต่วัยเรียนแล้วก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experiences) ประกอบด้วย การถ่ายทอดประสบการณ์การจัดโครงการ ไม่อ้วนเอาเท่าไหร่ โดยนักโภชนาการ และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา และการถ่ายทอดประสบการณ์ของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการตามทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังในผลการปฏิบัติของตนเอง และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยทาบว่าจะต้องทำอย่างไรและเมื่อปฏิบัติแล้วได้รับผลดีตามที่ตนเองคาดหวังไว้นั้นก็จะปฏิบัติตาม ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองที่จำเป็นที่จะต้องฝึกทักษะเพียงพอที่จะประความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขาได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้การเรียนรู้ของบุคคลเกิดขึ้นโดยการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งเป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์อ้วนมาก่อน

และควบคุมน้ำหนักโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง จนประสบความสำเร็จและเป็นผู้ที่มีรูปร่างดีในที่สุด 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การให้ตัวแบบพูดถึงผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งผลเสียของการเกิดโรคอ้วนถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มความสามารถของตนเองเช่นกัน ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งด้านเพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตนเองแสดงออกมานั้นเหมาะสมสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน การเสนอแบบจริงนั้นมีข้อดีตรงที่มีความน่าสนใจกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ ทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลมีการรับรู้ความสามารถสูงและมีความคาดหวังในผลการปฏิบัติสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมแน่นอน คนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และประสบความสำเร็จได้ในที่สุด นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ สอดคล้องกับผลของการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า การรับรู้โดยการจัดรูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลมากจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของแบนดูรา คือ การใช้ตัวแบบ (modeling) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) อีกทั้งยังให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเชื่อว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นกับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามต้องการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแบบสัญลักษณ์โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ต้นแบบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่สามารถลดน้ำหนักได้และนักกิจกรรมบำบัด ให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ การใช้คำพูดจากผู้วิจัย จากวิทยากรดังกล่าว เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ให้มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าเขาสามารถทำได้ รวมทั้งมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากคะแนนการรับรู้และคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายซึ่งได้คะแนนระดับดีมาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยความรู้การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และวิธีการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย ทั้งนี้ยังมีการสาธิตวิธีการเลือกซื้ออาหารอย่างปลอดภัย การปรุงอาหาร การคำนวณพลังงานอย่างง่าย การออกกำลังกายที่ถูกวิธี ตัวแบบเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ อีกทั้งการศึกษาของพลอยณญารินทร์ ราวินิจ[44] พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ

อ้วนลงพุง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง โดยก่อนหน้านี้มีการศึกษาโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขภาพ พบว่าผลของโปรแกรมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริงโดยมีเส้นรอบเอวที่ลดลง และมีความรู้ความเข้าใจด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเช่นกัน จากงานวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของศศิธร อุตสาหกิจ[45] พบว่า กลวิธีทางสุขศึกษาที่ใช้เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองประกอบด้วยการสร้างความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบที่มีชีวิตและแบบสัญลักษณ์ การชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้ค่าคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนอยู่ในระดับคะแนนสูงมาก อีกทั้งผลงานวิจัยของ อัจฉรา คำเขื่อนแก้ว ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยใช้วิธีทางสุขศึกษา คือ การบรรยาย ชมวิดีทัศน์ การจัดเมนูอาหาร การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม ซึ่งค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี การใช้สอนสาธิตและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถทำพฤติกรรมได้อย่างพึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งเมื่อได้มีการทบทวนทักษะที่ได้รับจากผู้วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาสุขภาพและดำเนินการจำเพาะต่อโรค เช่น การศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงาที่ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาปรับใช้[46] ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อต่าง ๆ เข้ามาช่วย ทั้งสื่อวีดีทัศน์ หรือโมเดลอาหารที่ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นภาพและเข้าใจในกระบวนการต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบ โดยการใช้โมเดลจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองขั้นที่ 3 ชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการชักจูงหรือสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุที่จะกล้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จากทังเจ้าหน้าที่ หรือตัวแบบผู้สูงอายุ และขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการให้รางวัล หรือกล่าวชมเชยผู้อายุที่สามารถทำได้ประสบความสำเร็จ หรือ

อาจเชิญผู้สูงอายุเหล่านั้นมาเป็นตัวแบบในการจัดโปรแกรมครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง อีกทั้งยังใช้ทฤษฎีการรัยรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาสุขภาพ และดำเนินการจำเพาะต่อโรค เช่น การศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงาที่ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุโดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาปรับใช้ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อต่างๆ เข้ามาช่วย ทั้งสื่อวีดีทัศน์ หรือโมเดลอาหารที่ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นภาพและเข้าใจในกระบวนการต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบโดยการใช้โมเดลจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองขั้นที่ 3 ชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการชักจูงหรือสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุที่จะกล้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจากทั้งเจ้าหน้าที่ หรือตัวแบบผู้สูงอายุ และขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการให้รางวัล หรือกล่าวชมเชยผู้อายุที่สามารถทำได้ประสบความสำเร็จ หรืออาจเชิญผู้สูงอายุเหล่านั้นมาเป็นตัวแบบในการจัดโปรแกรมครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนทดลองและยังพบว่าหลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.02) 3. ขั้นการสังเกต (Observe) ผู้วิจัยบันทึกผลลัพธ์ที่สนใจจากการดำเนินงานหรือสังเกตปฏิกิริยา ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม อาจใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึก การบันทึกเสียง ภาพถ่าย หรือบันทึกวิดีทัศน์ เป็นต้น การบันทึกผลลัพธ์ต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและ ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการบันทึกหรือจากการสังเกตมา อภิปรายร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อหาข้อสรุป วิเคราะห์ข้อดีหรือข้อบกพร่อง นำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการทำวิจัยให้ดีขึ้นเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ผลลัพธ์ตามที่ได้ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้หากทุกฝ่ายพอใจในผลที่เกิดขึ้นก็หยุดทำการวิจัย แต่หากยังไม่พอใจก็สามารถทำวิจัยต่อไปจนกระทั่งได้ผลเป็นที่พอใจ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินเป็นการเสริมสร้างความรู้ส่งผลให้วัยรุ่นเข้าใจ และใส่ใจต่อการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้น นำไปสู่การเสาะแสวงหาในสิ่งที่สนใจใคร่รู้ นำไปสู่การรับรู้การเอาใจใส่ต่อการ

พัฒนาตนเอง การปฏิบัติที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของตนเองที่พึงประสงค์ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวถ้าได้รับความร่วมมือด้วยดีจากบุคคลต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยด้วยดี ยิ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี ซึ่งการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนี้สามารถประยุกต์ใช้สำหรับกระบวนการจัดการโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคอื่น ๆ ต่อไปได้

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) เพื่อพัฒนารูปแบบภาวะโภชนาการเกินในวัยรุ่น อายุ 13 - 15 ปี โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (1997) จำนวน 205 ราย จากการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura (1997) เป็นกรอบในการศึกษา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป พบว่า

1. การรับรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินมีการควบคุมน้ำหนักรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ และออกกำลังกายสม่ำเสมอมากที่สุด

2. พฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า มีพฤติกรรมในระดับดี ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าทุกวัน

ทั้งนี้ การพัฒนารูปแบบเพื่อลดภาวะโภชนาการเกินเป็นการมีส่วนร่วมของการดำเนินการทำให้การพัฒนารูปแบบประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การออกกำลังกาย ซึ่งจากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่าถึงแม้พฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่น้ำหนักและส่วนสูงยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากผู้ประกอบการร้านค้าอาหารบริเวณหน้าโรงเรียนทำให้ไม่สามารถควบคุมการซื้อขายอาหารหน้าโรงเรียนได้ ประกอบกับวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องจึงมีความต้องการในการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากขึ้นประกอบกับพฤติกรรมในแต่ละบุคคล เช่น บางคนไม่ชอบทานผลไม้ บางคนไม่ชอบรับประทานผัก แต่การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้นด้วยกิจกรรมที่เสริมแรง การสร้างพลังอำนาจด้วยวิธีการสั่งจิตใต้สำนึกและการสนับสนุนของครู ผู้ปกครอง มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมและการบริโภคที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดกิจกรรมต้องศึกษาตารางกิจกรรมของโรงเรียน และนัดหมายนักเรียน รวมถึงต้องทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองล่วงหน้าเนื่องจากเด็กมีอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม

2. เข้มงวดในการขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์แก่แม่ค้าทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียน

3. ทีมสหวิชาชีพ ควรมีการวางแผนอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ นอกจากนี้ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมควรถอดบทเรียนเพื่อวางแผนไปสู่กิจกรรมต่อไปให้ดำเนินได้ลุล่วง

4. ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทุก ๆ ด้าน การพัฒนาระบบสุขภาพก็เช่นกันจึงต้องทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. (2013). Jan;35(1) : A18-32. doi: 10.1016/j.clinthera.2012.12.014. PMID: 23328273; PMCID: PMC3645868.
2. World health organization. (2017). 10 facts on obesity. Retrieved October 2019, from https://www.who.int/features/factfiles/obesity/e
3. Commission on Ending Childhood Obesity. (2016). Report of a WHO consultation. World Health Organzation; 1-68.
4. วิชัย เอกพลากร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพ เด็ก พ.ศ. 2557.
5. Pulgaron ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. Clin Ther. 2013;35(1):A18-32.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียน ปี 2562. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
7. Yamborisut U, Kosulwat V, Chittchang U, Wimonpeerapattana W, Suthutvoravut U. (2006). Factors associated with dual form of malnutrition in school children in Nakhon Pathom and Bangkok. J Med Assoc Thai; 89(7):1012-23.
8. อวยพร ปะนะมณฑา. (2554). Case study in pediatric endocrinology (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ:ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย.
9. LoSWS, Chair SY, LeeFK. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. Applied Nursing Research; 28(2): 197 - 201.
10. Galvez MP, Hong L, Choi E, Liao L, Godbold J, Brenner B. (2009). Childhood obesity and neighborhood food-store availability in an inner-city community. Acad Pediatric; 9: 339 - 43.
11. วัชรี หิรัญพฤษ์. (2548). ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

12. อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ. (2548). โภชนาการและการออกกำลังกาย ใน สุวรรณา เรืองกาษจน เศรษฐ์, ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล, และ กาญจนา ตั้งนรารัชชกิจ (บรรณาธิการ). กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า 3 : จากการรักษาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
13. สุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ในชุมชน: Nursing Care for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2 (3). 59–73.
14. Wadden, T.A. and S. Phelan. (2002). Assessment of Quality of Life in Obese Individuals. Obesity Research; 10:50S-57S.
15. มนทรัตม์ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2554). การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนใน ประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: นนทบุรี
16. Tremblay MS, Willms JD.(2003). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? Int J Obes Relat Metab Disord; 27:1100-5.
17. Bandura, A. (1977). “Self Efficacy : Toward a Unifying of Behavioral Change Psychological Review. 84: 191-215.
18. Bandura, A. (1989). “Regulation of Cognitive Process Through Perceived Self Efficacy”.
Developmental Psychology. 25(5):729 – 735.
19. นุชรีย์ แสงสว่าง และบุศรา แสงสว่าง. (2565). พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **49(**2);182-96.
20. เบญจา มุกตพันธุ์. (2542). โภชนาการสำหรับคนวัยต่าง ๆ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
21. อบเชย วงศ์ทอง. (2551). โภชนศาสตร์ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
22. วินัย ดะห์ลัน. (2544). โภชนาการทันสมัย ฉบับผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
23. สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2547). โภชนศาสตร์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
24. เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2544). หลักโภชนาการปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

25. มนตรี ตู้จินดา, สิรินทร์ พิบูลย์นิยม, สมโชค คุรสนอง, ประภา คงปัญญา, สุวรินทร์ อยู่ในธรรม, คุณสาคร ธนมิตร และคณะ. (บรรณาธิการ). (2547). สร้างเด็กไทยให้เต็มศักยภาพด้วย อาหารและโภชนาการ. กรุงเทพฯ: เพชรรุ่งการพิมพ์.
26. รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (บรรณาธิการ). (2550). โรคอ้วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
27. ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2552). สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
28. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
29. วีระศักดิ์ ชลไชยะ และจันท์ฑิตา พฤกษานนท์. (2551). โรคอ้วนในเด็ก. ใน นิชรา เรืองดารกานนท์, ชาคริยา ธีรเนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, และนิตยา คลภักดี (บรรณาธิการ), ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
30. อุรุวรรณ แย้มบริสุทธ. (2552). โภชนาการกับเด็ก (พิชิตอ้วน). กรุงเทพฯ: สารคดี.
31. ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2550). **กินอย่างไร ไม่อ้วน ไม่มีโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
32. พิภพ จิรภิญโญ. (2551). **Good Food for Health สุขภาพดีเริ่มที่อาหาร.** กรุงเทพฯ: ฐานบุ๊คส์.
33. จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิตร และกานดา จันทร์แย้ม. (2559). พฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร. *วารสารศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่, 8*(1), 245 - 264.
34. ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2550). **กินอย่างไร ไม่อ้วน ไม่มีโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
35. เฉก ธนะสิริ, ชัยนาท จิตะวัฒน์, & บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. (2544). **ทางเลือกสาหรับผู้บริโภคทางสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุขโขทัยธรรมมาธิราช.
36. มณิภัทร์ ไทรเมฆ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเข้ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. *วารสารการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, 4*(2), 22-33
37. Tansakul S. Behavioral Science Theory:Operational guidelines in health education and health promotion. Health educationjournal 2007; 30:1-15. (in Thai)

38. Pantaewan P. Self-Efficacy theory and smoking cassation. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2017; 18(3):35-43. (in Thai)
39. อุเทน ปัญโญ (2555). ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 11. เชียงใหม่ :บัณฑิตวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่.
40. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19ปี. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 2563.
41. ธันยพร เมฆรุ่งจรัส และอดิศร์สุดา เฟื่องฟู. (2561). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ, บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด.
42. Story, M., Kaphingst, K.M. and French, S. (2006). The Role of Schools in Obesity Prevention. Future of Children, 16, 109-142.
43. Story, M., Kaphingst, K. M., & French, S. (2006). The Role of Schools in Obesity Prevention. The Future of Children, 16(1), 109–142. http://www.jstor.org/stable/3556553
44. พลอยณญารินทร์ ราวินิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
45. ศศิธร อุตสาหกิจ. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
46. Buasom P. Promsiripaiboon Y and Sonkasetrin A. (2019). Effects of Self-Efficacy program on health behavior modification in elderly of high blood pressure risk group in Rommanee sub-district, Kapong district, Phangnga province. Journal of the Community health development quarterly KhonKaen University. 5(4): 549-567. (in Thai)
47. ชญานิศ เมฆอากาศและคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 12(ฉบับพิเศษ) (ม.ค.-มี.ค), 47-57.

48. Huang X, Cheng X. (2017). Application of Selfefficacy Theory to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: an Intervention Study. Journer of the american of cardiology; 70:86.
49. ธนันญดา บัวเผื่อน (2562) รูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตเมือง. วารสารอินทนิลทักษิณสาร (INTHANINTHAKSIN JOURNAL) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 13(1): มกราคม 2561 - มิถุนายน 2561
50. เบญญทิพย์ พรรณศิลป์ และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 19(2); พฤษภาคม ถึงสิงหาคม.
51. เนาว์สุวรรณ ก., กิจรุ่งโรจน์ ท., โชติบัณ ป., รอดเนียม จ., บัวงาม จ., & นัครามนตรี ส. (2013). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *23*(2), 44–54. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11894

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ประวัติ

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นางภรณี อนุสนธิ

(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Paranee Anusonthi

ตำแหน่ง อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ที่อยู่หน่วยงาน 111 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อำเภอเมือง นครราชสีมา

email address: paranee@sut.ac.th

โทรศัพท์ที่ทำงาน 044 - 223515

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) 095 8236978

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2553	วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหา-บัณฑิต (พย.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2548	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ประวัติการอบรม ศึกษาดูงาน

พ.ศ. 2555 อบรมหลักสูตรระยะสั้น สาขาศาสตร์และศิลปการสอนทางการพยาบาล รุ่นที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2555 การเป็นวิทยากรสำหรับหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2553	อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ศ. 2555 – 2562	กรรมการบริหารหลักสูตร

ประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ. 2548 – 2550 ปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ

การสอน ระดับปริญญาตรี: การพยาบาลสุขภาพเด็กดี การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ การพยาบาลสำหรับเด็กทารกแรกเกิด

ประสบการณ์การทำวิจัย

พ.ศ. 2553 ภรณี พราหมณ์กระโทก. (2553). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0 – 1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.33**(3) หน้า 12-21.

พ.ศ. 2555 ภรณี อนุสนธิ. (2559). การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจวัย 1 - 5 ปี. **วารสารพยาบาลทหารบก. 17**(1) หน้า 132-140.

พ.ศ. 2561 ภรณี อนุสนธิ (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 41**(3) หน้า 98 – 107.

การจดสิทธิบัตร

1. การ์ตูนแอนนิเมชัน เรื่องการดูแลเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

ผลงานเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับชาติ

2013 The 2013 Paris International Academic Conference (June 9-11, 2013): Caregiver perceptions of social support from familes of children with acute respiratory tract infection.

2017 Anusonthi, P. (2017) **Factors associated with development of pre-school children in day care**. Symposium on Social Sciences and Management January 19-21, 2017 Sapporo, Hokkaido, Japan (Oral presentation).

2019 Anusonthi, P. (2019). **The factors associated to prevalence of obesity in adolescents, Thailand.** "3rd Japan International Conference on Business, Management Studies and Social Science" (Oral presentation).

ผลงานด้านการบริการวิชาการ

พ.ศ. 2554	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลสุรนารี จ.นครราชสีมา
พ.ศ. 2557	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลไชยมงคล จ.นครราชสีมา
พ.ศ. 2558	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลสุรนารี จ.นครราชสีมา
พ.ศ. 2559	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลไชยมงคล จ.นครราชสีมา
พ.ศ. 2560	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลสุรนารี จ.นครราชสีมา
พ.ศ. 2561	ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก ตำบลสุรนารี และไชยมงคล จ.นครราชสีมา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี