บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยนำแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังมีสาระสำคัญดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคอ้วนในเด็ก
- นิยาม
- การวินิจฉัย
- พยาธิสภาพ
- ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน
- ผลกระทบจากโรคอ้วน

ส่วนที่ 2 แนวคิดการควบคุมน้ำหนักในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
- การบริโภคอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- กระบวนการกลุ่ม
- แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 โรคอ้วนในเด็ก

ในปัจจุบันโรคอ้วนกำลังมีการระบาดอยู่ทั่วโลก อย่างเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา กำลังประสบกับปัญหาการระบาดของโรคอ้วนในเด็ก พบเด็กหนึ่งในห้ามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Torgan, 2002) และจากการสำรวจของบุส (Buss, 1997) ถึงอุบัติการณ์เกิดโรคอ้วน

ของเด็ก ในสก๊อตแลนด์ พบมีอัตราการเพิ่มของเด็กอ้วนอย่างรวดเร็วร้อยละ 20 สำหรับในประเทศไทยกำลังพบว่าการระบาดของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญได้ในอนาคต จากการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาเขตเมืองทุกภาคของกรมอนามัย พบว่า เด็กมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 15.4 ในปี 2541 และร้อยละ 13.6 ในปี 2543 จากนักเรียนทั้งสิ้น 9,252 คน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่อ้วนตั้งแต่เล็กจะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนถึงร้อยละ 75 (กรมอนามัย, 2546)

นิยามของโรคอ้วน

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2532, หน้า 6) ได้ให้ความหมายของโรคอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ดำรง กิจกุศล (2530, หน้า 11) กล่าวว่า โรคอ้วนหรือภาวะอ้วน หมายถึง ผู้ที่มีปริมาณของไขมันอยู่ในร่างกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งตามหลักสากลกำหนดไว้ว่า ผู้ชายไม่ควรที่จะมีปริมาณของไขมันอยู่ในร่างกายเกินกว่าร้อยละ 12-15 ของน้ำหนักตัว สำหรับผู้หญิงนั้นมีไม่เกินร้อยละ 18-20 ของน้ำหนักตัว แต่ผู้ที่มีน้ำหนักเกินนั้นอาจไม่อ้วนก็ได้ แม้ว่าน้ำหนักตัวจะเกินเกณฑ์เฉลี่ยแต่ปริมาณไขมันในตัวมีน้อย เช่น นักกีฬา จึงไม่ถือว่าเป็นโรคอ้วน แต่เป็นคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยถือที่น้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักปกติ

พิภพ จิรภิญโญ (2538, หน้า 257) กล่าวว่า การมองดูภายนอกว่าคนใดอ้วนหรือคนใดผอมนั้นไม่มีความผิดพลาด แต่ไม่ไวเท่ากับการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาที่รวดเร็ว เกณฑ์การวัดที่นิยมใช้เพื่อกำหนดว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่ จัดแบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ การเทียบเกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูง (Weight for Height) การวัดความหนาของไขมันที่ส่วนหลังของต้นแขน (Triceps Skinfold) และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ซึ่งการวัดแต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในทางวิจัยแล้วการใช้หลายวิธีเป็นตัวประกอบซึ่งกันและกันจะดีกว่าการใช้วิธีเดียว

วิชัย ตันไพจิตร (2530, หน้า 25) กล่าวว่า โรคอ้วน หมายถึง โรคที่ร่างกายมีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ โดยการวินิจฉัยและตัดสินด้วยสายตา การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และการวัดเส้นรอบวงรอบอกและสะโพก

สุรัตน์ โคมินทร์ (2530, หน้า 10) กล่าวว่า การพิจารณาว่าอ้วนนั้นมักใช้น้ำหนักเทียบส่วนสูง โดยนำน้ำหนักที่ชั่งได้นั้นมาเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ซึ่งอยู่ในส่วนสูงระดับเดียวกัน ถ้าน้ำหนักที่ชั่งได้นั้นมากกว่าน้ำหนักมาตรฐานก็ถือว่าอ้วน

อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ (2537, หน้า 275) กล่าวว่า โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายสะสมไขมันไว้มากกว่าปกติ เราสามารถวินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคอ้วนได้ง่าย วิธีที่ดีที่สุด คือ ใช้การวัด ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง และการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

จากความหมายที่มีผู้กล่าวไว้ข้างต้น สรุปได้ว่า โรคอ้วน หมายถึง สภาวะร่างกายที่มีการสะสมของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ จนทำให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน สามารถวินิจฉัยด้วยสายตาและการวัด โดยนำน้ำหนักที่ชั่งได้นั้นมาเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ซึ่งอยู่ในส่วนสูงระดับเดียวกัน

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคอ้วน วิธีที่ดีที่สุด คือ ใช้การวัด (Antropometry) ซึ่งเกณฑ์การวัดที่นิยมใช้เพื่อกำหนดว่าเป็นโรคอ้วนหรือไม่ จัดแบ่งเป็น 3 วิธี (อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, 2537; พิภพ จิรภิญโญ, 2538)

1. น้ำหนักต่อส่วนสูง (Weight for Height) เป็นการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวผู้ป่วยกับน้ำหนักตัวเด็กปกติเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ของน้ำหนักเด็กเพศเดียวกันซึ่งมีส่วนสูงเท่ากัน คำนวณเป็นร้อยละ ดังสูตร

$$\frac{\text{น้ำหนักตัวผู้ป่วย}}{\text{น้ำหนักตัวเด็กปกติเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ที่มีความสูงเท่ากับผู้ป่วย}} \times 100$$

ถ้าค่าที่ได้มากกว่าร้อยละ 120 จัดว่าเป็นโรคอ้วน สามารถแบ่งความรุนแรงของโรคอ้วนได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคอ้วน

ร้อยละของเปอร์เซ็นต์ไทล์	ความรุนแรง
120-140	อ้วนเล็กน้อย
140-160	อ้วนปานกลาง
>160	อ้วนมาก

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำค่ามาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของเด็กไทยอายุ 5-18 ปี พ.ศ. 2542 เพื่อใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการเกิน 2 ลักษณะ คือ เป็นกราฟ และตารางตัวเลข (ภาคผนวก ก) สำหรับใช้แปลผลภาวะการเจริญเติบโตเด็กวัยเรียน โดยแบ่งภาวะโภชนาการเป็น 4 ระดับ คือ

1. น้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ระหว่าง Median -1.5 S.D. ถึง +1.5 S.D. แสดงภาวะโภชนาการสมส่วน

2. น้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ระหว่าง Median +1.5 S.D. ถึง +2 S.D. แสดงภาวะโภชนาการท้วม

3. น้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ระหว่าง Median +2 S.D. ถึง +3 S.D. แสดงภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน

4. น้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่เหนือ Median +3 S.D. แสดงภาวะโภชนาการอ้วน

2. วัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Thickness) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังสามารถใช้เป็นดัชนีชี้ปริมาณไขมันในร่างกายได้ ซึ่งในเด็กพบว่าความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณ Triceps และ Subscapular เป็นดัชนีที่ดีมาก อย่างไรก็ตามการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังจำเป็นต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ ที่เรียกว่า Skinfold Caliper ในเวชปฏิบัติทั่วไปจึงใช้ไม่บ่อยเท่าน้ำหนักและส่วนสูง แต่ถ้าสามารถวัดได้ก็จะช่วยให้วินิจฉัยโรคอ้วนได้แน่นอนขึ้น ในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าน้ำหนักเกินจากไขมันเกินจริงหรือไม่ ตำแหน่งที่นิยมวัดกันมาก คือ กึ่งกลางด้านหลังของต้นแขน (Triceps Skinfold) เพศชายถ้ามีไขมันที่ตำแหน่งนี้เกิน 18 มิลลิเมตร และในเพศหญิงถ้าเกิน 25 มิลลิเมตร ให้ถือว่าอ้วนได้ (Bray, 1987 อ้างถึงใน กันยารัตน์ กุยสุวรรณ, 2543, หน้า 26) ความหนาของชั้นไขมันจะขึ้นอยู่กับอายุ เพศ และเชื้อชาติด้วย โดยทั่วไปแล้วในเพศหญิงและคนสูงอายุจะมีค่าสูงขึ้น

3. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI, Quetelet Index) มากกว่าค่าปกติ ซึ่งค่าปกติของ BMI แตกต่างกันในแต่ละอายุ และเพศ ในเด็กไม่ค่อยนิยมใช้มากเท่า 2 วิธีแรก BMI คำนวณได้ดังนี้

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2} \quad \text{มีหน่วยเป็นกิโลกรัม/เมตร}^2$$

ถ้าคนใดมีค่า BMI มากกว่าค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 95 ของคนทั่วไป จะถูกว่าเป็นโรคอ้วน (Garrow, 1981 อ้างถึงใน พิภพ จิรภิญโญ, 2538) ได้แบ่งความรุนแรงของโรค โดยอาศัย BMI ดังนี้

Grade III (โรคอ้วนระดับ 3) : BMI > 40

II (โรคอ้วนระดับ 2) : BMI 30 ถึง 39.9

I (โรคอ้วนระดับ 1) : BMI 25 ถึง 29.9

0 (น้ำหนักปกติ) : BMI 20 ถึง 24.9

นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคอ้วนในเด็กด้วยวิธีการวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดังกล่าวแล้ว ยังมีวิธีอื่น ๆ อีก ได้แก่ การมองดูสำหรับเด็กที่อ้วนมาก ๆ ซึ่งเพียงแต่มองดูก็สามารถบอกได้แล้วว่าอ้วน นอกจากนี้ยังมีวิธีการหาปริมาณไขมันในร่างกายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น Densitometry, K Counting, Total-Body Electrical Conductivity. Computed Tomography และ Megnetic Resonance เป็นต้น วิธีเหล่านี้มักจะยุ่งยาก และสิ้นเปลืองจึงไม่นิยมใช้ในเวชปฏิบัติ แต่ใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้วินิจฉัยโดยการชั่งน้ำหนักต่อส่วนสูง เทียบเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย อายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 ร่วมกับการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้ายด้านหลัง

พยาธิสรีรวิทยา

วิชัย ตันไพจิตร (2537, หน้า 17-27) กล่าวถึง ประเด็นที่จะนำมาพิจารณา คือ เซลล์ไขมัน (Fat Cell Adipocyte) การกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมัน และไลโปโปรตีนของเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose Tissue Lipoprotein Lipase)

เซลล์ไขมัน

เซลล์ไขมันมีอยู่ทั่วร่างกาย ทำหน้าที่เป็นแหล่งสะสมไตรกลีเซอไรด์ เซลล์ไขมันจึงเป็นแหล่งสะสมของพลังงาน โดยมีคุณสมบัติยืดหยุ่น คือ ขยายได้และลดได้ เซลล์ไขมันมีต้นกำเนิดจากเซลล์ก่อนไขมัน (Preadipocyte) ยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้นให้เซลล์ก่อนไขมันเปลี่ยนเป็นเซลล์ไขมันแล้วเริ่มสะสมกลีเซอไรด์

การขยายเนื้อเยื่อไขมัน เมื่อร่างกายมีดุลพลังงานเป็นบวกอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการสะสมไขมันเพิ่มขึ้นโดยเนื้อเยื่อไขมัน มี 2 วิธี คือ

1. การเพิ่มขนาดของเซลล์ไขมัน โดยทั่วไปเซลล์ไขมันมีขนาดเฉลี่ย 0.4 ไมโครกรัม ซึ่งสามารถขยายตัวเพิ่มขึ้นได้ คือ เพียง 1 ไมโครกรัมเท่านั้น ดังนั้นการขยายเนื้อเยื่อไขมันโดยวิธีนี้จึงมีขีดจำกัด

2. การเพิ่มจำนวนของเซลล์ไขมัน ร่างกายมีศักยภาพในการเพิ่มเซลล์ไขมัน เช่น เพิ่มจำนวนจาก 2×10^{10} เป็น 16×10^{10} เซลล์ในช่วงระยะแรกของชีวิตมนุษย์เซลล์ไขมันจะเพิ่มขนาดก่อนและตามด้วยการเพิ่มจำนวน จากอายุ 1 ถึง 22 ปี จำนวนเซลล์ไขมันอาจเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า ถ้าหากร่างกายมีดุลพลังงานเป็นบวกอย่างต่อเนื่อง จำนวนเซลล์ไขมันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จำนวนเซลล์ไขมันที่เพิ่มขึ้นนี้จะไม่ลดลงเท่าปกติหรือต่ำกว่าปกติ

ถ้าหากเซลล์ไขมันขยายใหญ่ (Hypertrophy) สุดเมื่ออายุ 1 ปี เมื่อเด็กได้รับการเลี้ยงดูโดยการรับประทานอาหารปริมาณมาก เซลล์ไขมันจะเพิ่มจำนวน (Hyperplasia) แต่มิได้หมายความว่าเด็กอายุ 2 - 3 ปีที่มีจำนวนเซลล์ไขมันมากนี้จะต้องกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน เพราะแม้ว่าเด็กอ้วนจะมีจำนวนเซลล์ไขมันมากกว่าเด็กผอมที่มีอายุเท่ากันก็ตาม เซลล์ไขมันของเด็กอ้วนก็ยังน้อยกว่าผู้ใหญ่ผอม ดังนั้นถ้าเด็กมีการปรับตัวเรื่องดุลพลังงาน จำนวนเซลล์ไขมันก็จะไม่เพิ่มต่อไปอีก เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จำนวนเซลล์ไขมันก็จะสมวัย

ได้มีผู้แบ่งโรคอ้วนเป็น 2 ประเภทตามวิธีการขยายเนื้อเยื่อไขมัน คือ โรคอ้วนจากการเพิ่มขนาดของเซลล์ไขมัน (Hypertrophic Obesity) และโรคอ้วนจากการเพิ่มขนาดและจำนวนของ

เซลล์ไขมัน (Hypertrophic and Hyperplastic Obesity) เพราะโรคอ้วนในกลุ่มที่สองนี้จะต้องผ่านกระบวนการเพิ่มขนาดของเซลล์ไขมันก่อนจึงมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ไขมัน ยกเว้นในกรณีที่บุคคลนั้นน้ำหนักตัวลดลงจากการอดอาหารหรือการเจ็บป่วย ได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ที่เป็นโรคอ้วนจากการเพิ่มขนาดเซลล์ไขมันเมื่อลดน้ำหนักตัว จะคงน้ำหนักตัวที่ลดแล้วได้ดีกว่า โรคอ้วนที่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์ไขมัน

การกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมัน

หญิงชายมีการกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมันที่ต่างกัน ผู้ชายมักมีการกระจายของเนื้อเยื่อไขมันที่ส่วนบนของลำตัวเหนือเอว ในขณะที่ผู้หญิงมักมีการกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมันที่ส่วนล่างของลำตัว ได้แก่ ท้องส่วนล่าง ก้น สะโพก และต้นขา ได้มีข้อมูลยืนยันว่าหญิงและชายที่มีการกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมันแบบชาย จะมีอัตราพิการและอัตราตายสูงกว่าผู้ที่มีการกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมันแบบหญิง ในทางปฏิบัติสามารถประเมินการกระจายตัวของเนื้อเยื่อไขมัน 2 แบบนี้ได้โดยการวัดเส้นรอบวงเอว และเส้นรอบวงสะโพก และคำนวณหาอัตราของเส้นรอบวงเอวต่อเส้น รอบวงสะโพก ผู้ชายและผู้หญิงที่อัตราส่วนของเส้นรอบวงดังกล่าวมากกว่า 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ อนึ่งการเพิ่มของเนื้อเยื่อไขมันที่ส่วนบนของลำตัวมักเป็นลักษณะการขยายเซลล์ไขมัน ส่วนการเพิ่มของเนื้อเยื่อไขมันที่ส่วนล่างของลำตัวมักเป็นลักษณะการเพิ่มจำนวนของเซลล์ไขมัน

ไลโปโปรตีนไลเปสของเนื้อเยื่อไขมัน

เป็นเอนไซม์ที่สร้างโดยเซลล์ไขมัน แล้วถูกขับออกจากเซลล์ไขมันมาอยู่ในช่องว่างนอกเซลล์ และมายึดเกาะเข้าที่ผิวของเซลล์เยื่อบุของหลอดเลือดฝอย เอนไซม์นี้ทำหน้าที่ย่อยไตรกลีเซอไรด์ซึ่งถูกขนถ่ายมากับไลโปโปรตีนที่มีไตรกลีเซอไรด์มาก ในกระแสเลือดทำให้เกิดการสลายของไตรกลีเซอไรด์เป็นกลีเซอรอล และกรดไขมันอิสระ กรดไขมันอิสระนี้จะผ่านเข้าสู่เซลล์ไขมัน แล้วถูกนำไปสร้างเป็นไตรกลีเซอร์ไรด์ใหม่ ซึ่งถูกสะสมไว้ในเซลล์ไขมัน เป็นไปได้ว่าคนอ้วนบางคนมีประสิทธิภาพของเอนไซม์สูง ทำให้เอื้ออำนวยต่อการสะสมไตรกลีเซอไรด์ในเนื้อเยื่อไขมัน

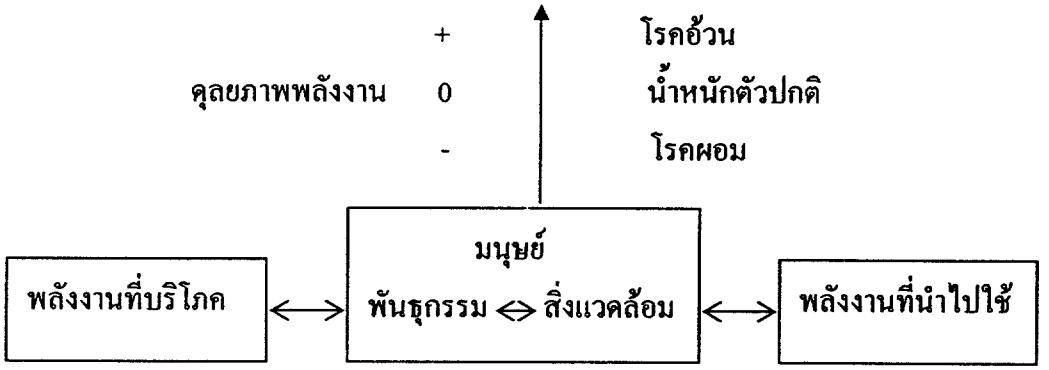
กลไกการเกิดโรคอ้วน

วิชัย ตันไพจิตร (2543, หน้า 387-388) กล่าวไว้ว่า การที่มนุษย์จะมีน้ำหนักมากน้อยเพียงใดขึ้นกับดุลยภาพพลังงาน โดยที่คนผอมมีดุลยภาพพลังงานเป็นลบ คนอ้วนมีดุลยภาพพลังงานเป็นบวก และคนที่มีน้ำหนักปกติมีดุลยภาพพลังงานเป็นศูนย์ ดังภาพที่ 2

ดุลยภาพพลังงานประกอบด้วย

พลังงานที่บริโภค (Energy Intake) ซึ่งครอบคลุมทั้งปริมาณพลังงานทั้งหมดที่รับประทาน (Total Energy Intake) และสัดส่วนของพลังงาน (Energy Distribution) ที่ได้รับนั้นมาจาก คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันอย่างละเท่าใด

พลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ (Energy Expenditure) ซึ่งประกอบด้วยอัตราของฐานเมตาบอลิซึม ผลความร้อนของอาหาร และพลังงานที่ใช้ไปกับการทำงานและการออกกำลังกาย สำหรับปัจจัยที่ควบคุมดุลยพลังงานมี 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 2 ดุลยภาพพลังงาน

สาเหตุของโรคอ้วน

อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ (2537) กล่าวว่า สาเหตุของโรคอ้วนแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. โรคอ้วนที่ไม่มีโรคอื่นเป็นสาเหตุ (Primary Obesity) มักเกิดจากพฤติกรรม คือ การกินมากและออกกำลังกายน้อย ถึงแม้ว่ากรรมพันธุ์อาจมีส่วนทำให้อ้วน ดังเช่นการศึกษาในฝาแฝดพบว่าฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกัน มีน้ำหนักใกล้เคียงมากกว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ แต่สาเหตุที่สำคัญกว่ากรรมพันธุ์คือ การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม

2. โรคอ้วนที่มีโรคอื่นเป็นสาเหตุ (Secondary Obesity) โรคอ้วนอาจเป็นอาการแสดงของโรคบางอย่างได้ แม้ว่าเป็นสาเหตุที่พบน้อยแต่ก็มีความสำคัญ จึงจำเป็นซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดเพื่อวินิจฉัยให้ถูกต้อง โรคที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ได้แก่ โรคของระบบประสาทส่วนกลาง โรคของต่อมไร้ท่อ และกลุ่มอาการบางอย่าง เช่น Prader-Willi Syndrome, Laurence-Moon-Biedl Syndrome เป็นต้น นอกจากนี้ การใช้ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ก็ทำให้อ้วนได้

ผลกระทบจากโรคอ้วน

ข้อมูลในปัจจุบันพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่อ้วนจะทำให้เป็นผู้ใหญ่อ้วนแล้ว ยังทำให้เกิดผลกระทบและโรคแทรกซ้อนที่มากมายและร้ายแรงกว่าผู้ที่อ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ โรคอ้วนถ้าเป็นอยู่นานและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดโรคเรื้อรังและความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ส่งผลให้คนอ้วนมีอัตราตายสูงกว่าคนที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คนที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสได้รับผลกระทบและเป็นโรคอื่น ๆ ได้มากกว่าคนปกติ ดังนี้ (สุภาวดี ลิขิตมาศกุล และจันทราภรณ์ เดียมเส็ง, 2545; อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, 2537)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม เด็กอ้วนมักถูกล้อ และอาจไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ทำให้ขาดความมั่นใจ สุดท้ายอาจแยกตัวออกจากกลุ่มสังคมทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เด็กอ้วนมีรูปร่างโตกว่าอายุ ผู้ใหญ่ที่พบเห็นมักจะคาดหวังเด็กมากเกินไปทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มักแก้ปัญหาด้วยการกินยิ่งทำให้เด็กอ้วนมากขึ้น

2. ผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกาย

2.1 การเจริญเติบโตและภาวะเป็นหนุ่มสาวเร็ว เด็กที่มีน้ำหนักมากเกินกว่าปกติมักจะสูงกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน และเป็นหนุ่มสาวเร็วกว่าในเด็กที่มีน้ำหนักปกติ ภาวะหนุ่มสาวเร็วกว่าปกติและการมีประจำเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราเพิ่มขึ้นของปริมาณไขมันในร่างกาย ปริมาณไขมันในร่างกายมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกและความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ผลที่เกิดในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วน มีประจำเดือนเร็วขึ้นกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ ซึ่งเด็กอาจจะยังไม่พร้อมที่จะดูแลตนเองได้ ที่ผ่านมาพบเด็กหญิงไทยที่อ้วนหลายรายมีประจำเดือนเมื่ออายุระหว่าง 9-10 ปี ซึ่งค่อนข้างเร็วกว่าเกณฑ์เฉลี่ยที่มีประจำเดือนอายุเฉลี่ย 11-12 ปี

2.2 โรคเบาหวาน โรคอ้วนทำให้เมตาบอลิสมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เกิดภาวะ Hyperinsulinemia, Insulin Resistance และโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน จะยิ่งมีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น มีข้อมูลพบว่า เด็กอ้วนที่มีพ่อหรือแม่เป็นเบาหวานมีโอกาสร้อยละ 14 ถ้าพ่อและแม่เป็นมีโอกาสเป็นร้อยละ 40

2.3 ไขมันในเลือดสูง ความผิดปกติของไขมันในเลือดที่พบในคนอ้วน ได้แก่ ระดับไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอล และ LDL-C (Low Density Lipoprotein-Cholesterol) มักสูงกว่าปกติ แต่ HDL-C (High Density Lipoprotein-Cholesterol) มักต่ำลง สาเหตุที่ไตรกลีเซอไรด์สูง อาจเกิดจากภาวะอินสุลินในเลือดสูง เนื่องจากโรคไขมันในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง ดังนั้นโรคอ้วนจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

2.4 โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ การศึกษาในเด็กนักเรียน 4,829 คน (Muscatine Study) พบว่าเด็กอ้วนมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าเด็กปกติ (Lauer, 1975 อ้างถึงใน อุมาพร สุทัศน์วรวุฒิ, 2537) จากการติดตามศึกษาเด็กซึ่งมีความดันโลหิตสูง พบว่าโรคนี้มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว

2.5 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ เด็กอ้วนมาก มักจะมีปัญหาของกระดูกและข้อ ได้แก่ ปวดหัวเข่า ปวดข้อเท้า กระดูกงอ เป็นต้น เพราะร่างกายต้องแบกรับน้ำหนักมากอยู่ตลอดเวลา ซึ่งถ้าเป็นมาก ๆ อาจทำให้ข้อหลุดหรือข้อเสื่อมได้ เด็กเล็กที่อ้วนมาก ๆ จะมีปัญหาทางด้านพัฒนาการที่ต้องใช้กล้ามเนื้อ คือ จะเดินไม่คล่องตัว การเดินหรือการวิ่งจะเหนื่อยง่าย

2.6 ความผิดปกติของระบบการหายใจ เด็กอ้วนมาก มักหายใจเร็วตื้น เพราะผนังทรวงอกมีไขมันมาก จึงทำให้ช่องอกขยายได้น้อย ร่วมกับไขมันบริเวณท้องมากจึงทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ การหายใจแบบเบาตื้นทำให้ปอดขยายได้น้อย เกิด Hypoventilation และเนื้อเยื่อปอดบางส่วนอาจแฟบได้ ทางเดินหายใจส่วนบนยังอาจอุดกั้นได้ง่ายเวลานอนหลับทำให้เกิด Sleep Apnea ได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามคนอ้วนส่วนมากไม่มีภาวะ Hypoxia อย่างรุนแรง หรือ Hypercapnia รุนแรง ยกเว้นในคนอ้วนมาก ๆ บางคนที่เป็น Pickwickian Syndrome ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความผิดปกติของ Ventilatory drive ร่วมด้วยจึงไม่ตอบสนองต่อ Hypoxia และ Hypercapnia ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว และเกิดโรคหัวใจชนิด Corpulmonale ตามมาได้ ซึ่งอันตรายต่อชีวิต ในเด็กมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวดีขึ้นภายหลังการลดน้ำหนัก

2.7 ความผิดปกติของผิวหนัง เด็กที่อ้วนมากจะมีผิวหนังแตกและเป็นลาย มีลักษณะดำบริเวณคอ รักแร้ ข้อพับต่าง ๆ มีสีคล้ำโดยเฉพาะในกรณีที่อ้วนมาก ๆ อาจมีแผลที่เกิดจากการเสียดสี แผลแตกเกิดจากการอักเสบตามมา

2.8 สมรรถภาพในการทำงานลดลง มีผู้ศึกษาสมรรถภาพในการทำงานของเด็กอ้วนโดยทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การถีบจักรยานอยู่กับที่ การเดินในอัตราเร็วต่าง ๆ พบว่าเด็กอ้วนมีสมรรถภาพในการทำงานน้อยกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 แนวคิดการควบคุมน้ำหนักในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การควบคุมดูแลเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นมีเป้าหมายที่สำคัญ 3 ประการ คือ เพื่อลดน้ำหนักลงให้น้อยกว่าที่เกินปกติ หรือให้คงน้ำหนักที่ลดแล้วอยู่ได้ โดยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามปกติของวัย เพื่อให้ความช่วยเหลือในรายที่มีความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของระบบประสาท หรือระบบกล้ามเนื้อ หรือเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มีความประสงค์จะลดน้ำหนัก และเพื่อเป็นแนวทางการรักษา ในปัจจุบันการควบคุมน้ำหนักในเด็กยังไม่มียาชนิดใดที่พิสูจน์ว่าดี และนำมาใช้ในเด็ก และการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคอ้วนเป็นวิธีที่มีผลแทรกซ้อนมาก ดังนั้นวิธีที่เป็นที่ยอมรับและปลอดภัยที่สุดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ คือ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยมีหลักการควบคุมน้ำหนักที่ตรงไปตรงมาที่สุดคือ การทำให้พลังงานที่ร่างกายได้รับน้อยกว่าพลังงานที่ร่างกายต้องใช้ไปในแต่ละวันดังนี้

การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ต้องคำนึงถึงความเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายของเด็กได้รับสารอาหารต่าง ๆ เข้าไปมีหน้าที่ช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตให้เต็มศักยภาพ พร้อมทั้งบำรุงร่างกาย สร้างภูมิต้านทานโรค ช่วยให้อวัยวะของร่างกาย

ทุกส่วนดำรงสภาพตามปกติ และสิ่งสำคัญช่วยบำรุงสมองเพื่อให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ทุก ๆ ด้าน เสริมสร้างพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์อย่างเต็มที่

ดังนั้นเพื่อช่วยให้การจัดอาหารสำหรับเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นไปโดยง่าย ได้จำแนกอาหารเป็น 6 หมวด โดยอาหารหนึ่งส่วนในแต่ละหมวดจะให้พลังงานใกล้เคียงกันจึงสามารถสับเปลี่ยนการรับประทานกันได้ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2544)

หมวดที่ 1 น้ำนม เป็นอาหารที่ให้สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น คาร์โบไฮเดรท โปรตีน ไขมัน และพลังงาน รวมทั้งเป็นแหล่งให้วิตามินและแร่ธาตุ แคลเซียม ฟอสฟอรัส นมจึงเหมาะสมสำหรับเด็กเพื่อการเจริญเติบโต ควรให้เด็กได้ดื่มนมสดพร้อมดื่มทุกวัน ควรเป็นชนิดจืด เด็กนักเรียนที่ต้องลดน้ำหนักควรดื่มนมสดพร่องมันเนย ซึ่งนมธรรมดา 1 แก้ว จะให้พลังงานประมาณ 150 กิโลแคลอรี่ นมพร่องมันเนย ให้พลังงานแก้วละ 120 กิโลแคลอรี่ นมขาดมันเนย ให้พลังงานเพียงแก้วละ 80 กิโลแคลอรี่

หมวดที่ 2 ผักเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ ผักใบเขียวและสีเหลืองจะเป็นแหล่งของวิตามินเอ ผักแบ่งเป็น 2 ชนิด

ผักชนิด ก. คือ ผักประเภทใบต่าง ๆ เช่น ผักใบเขียว-ขาว ทุกชนิด ซึ่งอุดมด้วยวิตามินเอ วิตามินซี ผักประเภทนี้ให้ใยอาหารมากและให้พลังงานน้อย

ผักชนิด ข. คือ ผักประเภทที่เป็นหัวและถั่วต่าง ๆ เช่น แครอท ฟักทอง หอมใหญ่ เป็นต้น ผักชนิด ข. 1 ส่วน เท่ากับ ครึ่งถ้วยตวง หรือ 2 ทัพพี ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี่

หมวดที่ 3 ผลไม้ เป็นแหล่งที่ให้วิตามินแร่ธาตุและใยอาหารเช่นเดียวกับผัก แต่ผลไม้จะมีน้ำตาลผลไม้อยู่ในตัวเองโดยธรรมชาติ แนะนำให้กินผลไม้แทนขนมหวานเป็นประจำทุกวันและทุกมื้อ แต่ควรเป็นผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ส้ม มะละกอ สับปะรด พุทรา มังคุด เป็นต้น พยายามงด หรือลดผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด น้อยหน่า ขนุน ลำไย ผลไม้กระป๋อง ผลไม้เชื่อมหรือแช่อิ่ม ผลไม้กวน เป็นต้น ผลไม้ 1 ส่วนให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี่

หมวดที่ 4 ข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้ง จะให้สารคาร์โบไฮเดรท จำนวนมาก รวมทั้งให้พลังงานความร้อนแก่ร่างกาย ข้าวที่ผ่านการขัดสีแต่น้อยยังให้ใยอาหารแก่ร่างกายอีกด้วย ซึ่งข้าว แป้ง ธัญพืช 1 ส่วน เท่ากับ ครึ่งถ้วยตวง 1 ทัพพี ขนมปัง 1 แผ่น ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี่

หมวดที่ 5 เนื้อสัตว์ และไข่ เนื้อสัตว์เป็นแหล่งของสารอาหาร โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ เช่น เหล็ก ฟอสฟอรัส แคลเซียม สังกะสี วิตามินเอ วิตามินซี เนื้อสัตว์และไข่ เป็นแหล่งที่ให้โปรตีนชั้นดี ช่วยในการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียน เนื้อสัตว์และไข่มีสารอาหารไขมันจำนวนมาก และมีโคเลสเตอรอลสูง หมูติดมัน ไข่แดง เครื่องในสัตว์ หนังไก่ หนังเป็ด ควรกินอาหารเหล่านี้ลดลงหรืองดไป ให้กินอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น หมูเนื้อแดง ไก่ชนิดไม่มีหนัง

เนื้อวัวไม่ติดมัน เป็นต้น ซึ่งเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 1 ส่วน เท่ากับ 2 ช้อนโต๊ะ 30 กรัม 14 ชิ้นเล็กให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี่ เนื้อสัตว์ติดมันปานกลางให้พลังงาน 75 กิโลแคลอรี่ และเนื้อสัตว์ติดมันมากให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี่

หมวดที่ 6 ไขมัน ไขมันที่ใช้ประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงโคเลสเตอรอล และเพื่อจะได้กรดไขมันที่จำเป็นแก่ร่างกาย ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงที่สุด น้ำมัน 1 ช้อนชา ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี่ เท่ากับข้าวครึ่งทัพพี น้ำตาล 3 ช้อนชา ควรเลือกรับประทานแต่น้อยเท่าที่จำเป็น

การควบคุมอาหารสำหรับเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยให้น้ำหนักลดลง เฉลี่ย 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ทำได้โดยกินอาหารให้ได้พลังงานน้อยลงไปวันละ 500 กิโลแคลอรี่ พลังงานจากอาหารที่ได้รับในแต่ละวันอยู่ในช่วง 800-1,200 กิโลแคลอรี่ ถ้าปริมาณน้อยกว่า 800 กิโลแคลอรี่ต่อวัน จะทำให้ขาดคุณค่าทางโภชนาการ หรือถ้ามากกว่า 1,200 กิโลแคลอรี่ต่อวัน จะทำให้เหลือพลังงานส่วนเกิน การบริโภคอาหารควรเลือกกินอาหารพลังงานต่ำ โดยได้กำหนดสารอาหารในหมวดที่ให้พลังงานดังนี้ คือ ควรได้สารอาหารประเภทโปรตีนร้อยละ 20-25 ไขมันร้อยละ 20-25 และคาร์โบไฮเดรทร้อยละ 50-55 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดต่อวัน และควรแบ่งส่วนมื้ออาหารเป็น 25-50-25 หมายถึง รับประทานอาหารให้แคลอรี่ในมื้อเช้า ร้อยละ 25 มื้อกลางวัน ร้อยละ 50 และมื้อเย็น ร้อยละ 25 โดยมีสัดส่วนของอาหารต่อวันที่ให้พลังงาน 1,200 กิโลแคลอรี่ (กรมอนามัย, 2544) ดังนี้

นม	1 แก้ว
ผักสุก	3 ทัพพี (ผักใบ 1 ทัพพี ผักหัว 2 ทัพพี)
ผลไม้	3 ส่วน (แล้วแต่ชนิดของผลไม้)
ข้าว แป้ง ธัญพืช	6.5 ทัพพี
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	12 ช้อนกินข้าว
น้ำมันและน้ำตาล	ใช้แต่น้อยเท่าที่จำเป็น

ตารางที่ 2 การกระจายมื้ออาหาร

หมวดอาหาร / มื้ออาหาร	เช้า	ว่างเช้า	กลางวัน	เย็น
นม	-	1 แก้ว	-	-
ผัก	1 ทัพพี	-	1 ทัพพี	1 ทัพพี
ผลไม้	1 ส่วน	-	1 ส่วน	1 ส่วน
ข้าว แป้ง ธัญพืช	2 ทัพพี	-	2½ ทัพพี	2 ทัพพี
เนื้อสัตว์	4 ช้อน	-	4 ช้อน	4 ช้อน

ข้อปฏิบัติในการบริโภคอาหาร

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน แต่ให้มีปริมาณน้อยลง

2. เลือกรับประทานอาหารที่มีพลังงานต่ำ ควรลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมัน โดยเฉพาะขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด งดอาหารที่มีไขมันสูงมาก เช่น หมูสามชั้น และอาหารทอดในน้ำมันลอย งดการรับประทานอาหารจุบจิบ

3. เลือกรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง ปิ้ง หลีกเลี่ยงอาหารทอด

4. เลือกบริโภคอาหารที่หาง่าย แต่ควรคำนึงให้ได้อาหารที่หลากหลาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน

5. พยายามลดพลังงานหรือไขมันสะสม สัปดาห์ละ 0.5 กิโลกรัม เป็นการเหมาะสมที่สุด โดยจำกัดอาหารพวกข้าว และแป้ง น้ำตาลและน้ำมันที่ใช้ปรุง

6. รับประทานอาหารช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด พยายามยืดเวลารับประทานอาหารให้นานออกไป

7. อาหารมื้อเช้าควรรับประทานเต็มที่ จะได้ไม่รู้สึกหิว เป็นการป้องกันการรับประทานอาหารพร่ำเพรื่อ

8. อาหารระหว่างมื้อ ควรงดของขบเคี้ยวที่เป็นแป้งและรสเค็มหวานมันจัด ควรฝึกการบริโภค ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวัน ทดแทนของขบเคี้ยวที่เป็นพลังงานสูญเปล่า ตรงข้ามกับผัก ผลไม้เป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอาหารอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ใยอาหาร นอกจากนี้ ผักผลไม้ที่รสไม่หวานจัด ไม่ทำให้อ้วนเพราะให้พลังงานต่ำ

9. ต้องพยายามทำความพอใจ ในจำนวนอาหารที่จำเป็นต้องบริโภคใน 1 วัน

10. ถ้าติดนิสัยต้องรับประทานอาหารก่อนเข้านอน ต้องแบ่งพลังงานจากอาหารของทั้งวันไว้มื้อก่อนนอนด้วย

11. พยายามปรับตัวให้ชอบรสอาหารที่ไม่หวาน ไม่มัน พยายามไม่เติมน้ำตาลหรือกระเทียมเจียวลงในอาหาร

12. ถ้ารู้สึกหิวก่อนถึงเวลาอาหาร ควรรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง ชมพู่ เป็นต้น

13. ต้องพยายามรับประทานอาหารตามที่กำหนด จนกระทั่งน้ำหนักตัวลดลงถึงระดับที่ต้องการ

14. พยายามนึกถึงการลดน้ำหนักตัวตลอดเวลา เพื่อเป็นกำลังใจ พยายามทำตัวตามสบาย มีกิจกรรมที่เพลิดเพลินทำตลอดเวลา

15. รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่อดมื้อใดมื้อหนึ่ง เด็กบางคนอาจมีความต้องการลดน้ำหนักให้เห็นผลเร็ว ทำให้มีการอดอาหารบางมื้อ เช่น มื้อเช้าหรือมื้อกลางวันหรือรับประทานเฉพาะอาหารบางชนิดซ้ำ ๆ การล้วงคอให้อาเจียน เป็นต้น เหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ

ซึ่งความสำเร็จในการที่จะควบคุมอาหารในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับอาหารทั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงนิสัยบริโภคของเด็กเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำหลักการดังกล่าวข้างต้นจัดตัวอย่างมื้ออาหารที่ให้พลังงานต่ำ โดยกำหนดพลังงาน 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน ในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้

การออกกำลังกาย

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้น บ่อยครั้งเกิดจากการเคลื่อนไหวออกกำลังกายน้อย ไม่ใช่สาเหตุเพราะรับประทานอาหารมากเกินไปเพียงอย่างเดียว การนั่งดูทีวี หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากเกินไป การใช้เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทำให้เด็กมีการใช้พลังงานลดลง แต่ยังคงรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงก็จะมีผลทำให้พลังงานเหลือใช้ และทำให้อ้วนในที่สุด จากสาเหตุนี้การลดน้ำหนักโดยการออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น

การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เช่น ที่บริเวณแขน ขา หลัง เป็นต้น ทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติขณะพัก (Basal Level) การออกกำลังกายมีผลทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทันที เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ฯลฯ และในระยะยาว ทำให้ร่างกายปรับตัว ส่งผลต่อสุขภาพในด้านบวก การเคลื่อนไหวออกกำลังกายมีบทบาทต่อสุขภาพ 3 ประการคือ (กรมอนามัย, ม.ป.ป.)

1. การป้องกันโรค (Disease/Illness Prevention) การเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (Chronic

Diseases) ที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความอ้วน ปวดหลัง

2. การรักษาโรค (Disease/Illness Treatment) การเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ

3. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและความสมบูรณ์แข็งแรงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพและความสุขสบาย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรงทำให้คนเราดูดีขึ้น (Look Good) รู้สึกดี (Feel Good) และมีความเพลิดเพลินในชีวิต (Enjoy Life)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ซึ่งรายงานโดยสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งสหรัฐอเมริกา สรุปได้ดังนี้

ลดความเสี่ยงจากการตายก่อนวัยอันสมควร (ก่อนอายุ 65 ปี) ลดความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ช่วยควบคุมน้ำหนัก เสริมสร้างและดำรงความแข็งแรงของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้ผู้สูงอายุ ทำให้เคลื่อนไหวได้ดี และทำให้จิตใจแจ่มใส

นอกจากนี้ยังพบว่าในเด็กและเยาวชนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่สำคัญคือ พัฒนาการเจริญเติบโต สร้างกล้ามเนื้อและลดไขมัน เพิ่มไขมันชนิดที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและมะเร็งบางชนิด พัฒนาบุคลิกภาพ ผ่อนคลายความเครียด เพิ่มความเชื่อมั่นและภูมิใจในตนเอง

ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของสุขภาพ (Health-Related Fitness) นั้น แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (กรมอนามัย, 2544, หน้า 47)

1. การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของหัวใจและปอด (Cardiopulmonary Endurance) หรือความสมบูรณ์แข็งแรงของหัวใจและหลอดเลือดที่มักเรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ฯลฯ

2. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength and Endurance) เช่น กายบริหารเพื่อฝึกความแข็งแรง (Calisthenics) การยกน้ำหนัก (Weight Training)

3. การออกกำลังกายเพื่อความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular Flexibility) เช่น กายบริหารโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Streching) โยคะ

การออกกำลังกายมีหลักการใช้พลังงานของร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามหลักการสันดาปกับออกซิเจน คือ (มนู วาทิสุนทร, 2541, หน้า 6)

1. ออกกำลังกายโดยไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic Exercise) คือ การออกกำลังกายโดยใช้พลังงานที่สะสมอยู่ในตับและกล้ามเนื้อในรูปของแป้ง (Glycogen) สลายออกมาเป็นพลังงานในรูป ATP (Adenosine Triphosphate) โดยไม่มีการใช้ออกซิเจนช่วยสันดาป (Oxidation) ทำให้ออกแรงได้ทันทีอย่างรวดเร็วและได้อย่างหนัก แต่มีข้อเสียคือ พลังงานนี้จะหมดไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน ภายในไม่กี่นาที และเกิดกรดแลคติค (Lactic Acid) ซึ่งเป็นต้นเหตุทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Fatique) เช่น การวิ่งอย่างรวดเร็ว การยกน้ำหนัก การออกกำลังกายชนิดนี้ทำได้ไม่นาน จึงไม่เสริมสร้างความอดทนของกล้ามเนื้อ หัวใจและปอด

2. การออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจน หรือการออกกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) โดยเผาผลาญพลังงานทั้งจากแป้ง (Glycogen) และไขมันโดยมีออกซิเจนจากการหายใจช่วยสันดาป เกิดเป็นพลังงานในรูปของ ATP มาเป็น 18 เท่าของการออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทั้งยังไม่เกิดกรดแลคติค ที่ทำให้เกิดความเมื่อยล้า สามารถออกกำลังได้นานเป็นชั่วโมง เนื่องจากไขมันที่มีอยู่ในร่างกายมีเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังสามารถสังเคราะห์พลังงานที่ใช้แล้วนำกลับมาใช้ใหม่อีก การออกกำลังกายแบบนี้จะต้องใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ โดยเฉพาะแขน ขา ทำงานติดต่อกันเป็นจังหวะสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานพอ จึงทำให้เกิดความอดทนของหัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งในด้านการป้องกันและรักษาโรค เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ และเต้นแอโรบิก เป็นต้น

ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็กและเยาวชน (กรมอนามัย, 2545)

ทุกวัน ควรเพิ่ม กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายในการละเล่น เพิ่มการวิ่งเล่น เดิน กระโดดเชือก เล่นเกมส์ หรือปีนป่ายที่ท้าทายความสามารถ เป็นช่วง ๆ ของเวลา ไม่เป็นความต่อเนื่องที่ยาวนาน

ควรลด ลดการนั่ง การนอนเล่น การนอนดูทีวี การนั่งเล่นคอมพิวเตอร์ นานเกิน 30 นาที เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการชอบนั่ง ชอบนอนโดยไม่จำเป็น

3-5 วัน ควรเสริมสร้างทักษะ และเทคนิคที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาด้านการเคลื่อนไหว เช่น การถีบจักรยาน การเล่นลูกบอล การเตะฟุตบอล การเล่นแบดมินตัน การโยนห่วงยาง ฯลฯ

2-3 วัน ควรเสริมสร้างความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เช่น การฝึกกายบริหาร การโหนราว การเล่นชักคะเย่อ การเล่นขี่ม้าส่งเมือง การเล่นรถลาก ฯลฯ

การออกกำลังกายกับการควบคุมน้ำหนัก

การออกกำลังกายกับการควบคุมน้ำหนัก กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยมีความแรงหรือความเหนื่อยปานกลาง ครั้งละ 20-60 นาที อย่าง

สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3-5 วัน ซึ่งการออกกำลังกายที่มีความแรงปานกลาง จะทำให้ออกกำลังกายได้นานขึ้น มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น (กรมอนามัย, 2544) กล่าวคือ ในการออกกำลังกายนั้น ขณะเริ่มต้นจะมีการเผาผลาญน้ำตาลมากถึงร้อยละ 60 และเผาผลาญไขมันเพียงร้อยละ 40 เพื่อนำไปสร้างพลังงาน ถ้าออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องนานถึง 20 นาที จึงจะมีการเผาผลาญน้ำตาลร้อยละ 50 และเผาผลาญไขมันร้อยละ 50 เท่า ๆ กัน หลังจากนั้นยิ่งออกกำลังกายต่อเนื่องนานเท่าใด การเผาผลาญไขมันก็ยิ่งมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนการเผาผลาญน้ำตาลจะลดลงเรื่อย ๆ เช่นกัน เวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักควรเป็นหลังรับประทานอาหาร 30-60 นาที เนื่องจากหลังรับประทานอาหาร 60 นาที ร่างกายจะนำสารอาหารส่วนเกินไปเก็บตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่ถ้าได้ออกกำลังกายในระยะเวลาก่อนหน้านี้ แม้จะเป็นการออกกำลังกายเพียงเบา ๆ แต่ให้นานพอ ก็จะมีผลให้การเก็บสะสมสารอาหารลดลง และยังยับยั้งสมองส่วนฮัยโปธาลามัสที่ควบคุมความอยากอาหารให้ลดลง จึงรู้สึกอิ่มนานไม่หิวบ่อย (เสก อักษรานุเคราะห์,2534 อ้างถึงใน ลิขิต อมาตยคง, 2541, หน้า 26-27) แต่ในหลักสรีรวิทยาการออกกำลังกายจะห้ามออกกำลังกายหลังอาหาร 30-60 นาที เพราะจะทำให้เลือดมาอยู่ที่ระบบย่อยอาหารมาก หากออกกำลังกายมากอาจมีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากพิจารณาถึงความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้อย่างสะดวก ก็ควรออกกำลังกายตอนเย็นโดยห้ามรับประทานอาหารหลังจากนั้นอีก (ลิขิต อมาตยคง, 2541, หน้า 27) แต่จากผลการทดลองของศูนย์แอโรบิกของนายแพทย์คูเปอร์ ทำการศึกษาหญิงที่มาลดน้ำหนัก พบว่า การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายในช่วงก่อนอาหารเย็นนั้น ได้ผลดีที่สุดคือ น้ำหนักที่ลดนั้นเป็นไขมันเกือบทั้งหมด ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายการลดความอ้วนที่แท้จริง (ดำรง กิจกุศล, 2538, หน้า 59) ซึ่งความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย มีความสำคัญต่อการลดน้ำหนัก กล่าวคือ ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของร่างกายได้ อย่างไรก็ดีการออกกำลังกายอย่างน้อยควรใช้พลังงาน 300 กิโลแคลอรี ซึ่งกระทำได้ด้วยการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ หรือการเต้นแอโรบิกเป็นเวลา 30 นาที (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2536, หน้า 435)

ในทางการแพทย์ สามารถวัดความเหนื่อยได้จากอัตราเต้นหัวใจ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดความหนักของการออกกำลัง โดยเมื่อออกกำลังแล้วอัตราเต้นหัวใจจะสูงขึ้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับขณะพัก การออกกำลังกายที่ให้ผลดีและปลอดภัยต่อร่างกายต้องกำหนดอัตราเต้นหัวใจเป้าหมาย โดยทั่วไปแล้วควรออกกำลังให้อัตราเต้นหัวใจเป้าหมายมากกว่าอัตราเต้นหัวใจขณะพักร้อยละ 70-85 ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายเพื่ออะไร เช่น ถ้าต้องการลดน้ำหนักตัวเพื่อเผาผลาญไขมัน กำหนดอัตราไว้ที่ร้อยละ 55-65 ถ้าต้องการเพิ่มสมรรถภาพความอดทนของปอด หัวใจ จะเพิ่มเป็นร้อยละ 65-85 อัตราเต้นหัวใจเป้าหมายที่แสดงว่ามีการเผาผลาญไขมันได้ดี มีค่าระหว่างร้อยละ 55-65 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด (อัตราเต้นหัวใจสูงสุด = 220 - อายุ) หรือใช้สูตรอัตราเต้นหัวใจเป้าหมาย

= 170 - อายุ (มนู วาทิสุนทร, 2541, หน้า 7)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักมีหลักอยู่ว่าต้องเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง ให้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป และต้องทำควบคู่กับการจำกัดอาหาร จึงจะลดไขมันได้ดีที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอรูปแบบการออกกำลังกายระดับปานกลางโดยการเต้นแอโรบิกประกอบซีดีวิถีไทยภาคกลาง เป็นการออกกำลังกายโดยใช้รูปแบบศิลปะนาฏศิลป์พื้นบ้าน ภาคกลาง สำหรับบุคคลทั่วไป เผยแพร่โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีด้วยกัน 9 ท่า โดยเริ่มจังหวะช้าเพื่ออบอุ่นร่างกาย 10 นาที จังหวะเร็ว 15 นาที และผ่อนคลาย 5 นาที เพื่อให้กลุ่มทดลองใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักครั้งนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์พึงกระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ (Bloom, 1975, pp. 65-197 อ้างถึงใน ฉันทนา ลิ้มนิรันดร์กุล, 2532, หน้า 18-20) พฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ด้านพุทธิศึกษา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ระดับแรก ได้แก่ ความรู้ ต่อมาค่อย ๆ เพิ่มความสามารถในด้านความคิดและสติปัญญามากขึ้นเป็นความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผลได้ในที่สุด

2. ด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน

3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ที่ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา และด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน

พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้จากสิ่งต่าง ๆ เมื่อผลจากการเรียนรู้ทำให้เกิดความพึงพอใจ มนุษย์ก็จะตอบสนองด้วยการกระทำซ้ำ ๆ จนกลายเป็นนิสัยหรือพฤติกรรม ในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานก็เช่นเดียวกัน จะพบว่ามีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีการสะสมพลังงานส่วนเกิน เช่น ชอบรับประทานจุบจิบปริมาณมากเกินความจำเป็น ชอบทำกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้แรง สิ่งเหล่านี้เมื่อ

ปฏิบัติบ่อยครั้งก็จะเกิดเป็นนิสัยและพฤติกรรม ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยหรือพฤติกรรมบางอย่างที่ส่งเสริมให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากแนวคิดการควบคุมน้ำหนักข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติ ได้ดังนี้

1. มีความตั้งใจจริงที่จะลดน้ำหนัก

2. ตรวจสอบน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และมีการจดบันทึกไว้ สำหรับประเมินผลความก้าวหน้า

3. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 3 มื้อต่อวัน ไม่อดมื้อใดมื้อหนึ่ง

4. ปรับเปลี่ยนการกินอาหารบางชนิดโดย

- กินอาหารที่ปรุงด้วยวิธีต้ม ตุ๋น นึ่ง อบ ปิ้ง ย่าง
- กินผักผลไม้รสไม่หวานจัดเพิ่มขึ้นเป็นประจำทุกวัน
- งดการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่ประกอบด้วยกะทิ มะพร้าว อาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน ไก่หรือเป็ดติดหนัง ขนมที่มีปริมาณนม เนยสูง
- ลดหรืองดการกินน้ำตาล และอาหารที่มีน้ำตาลทุกชนิด เช่น ขนมหวาน
- ดื่มน้ำเปล่าเป็นประจำ งดดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม

5. ปรับเปลี่ยนนิสัยบริโภคอาหารโดย

- เคี้ยวให้ช้า ๆ นาน ๆ ทำให้กินอาหารได้น้อยลง
- กินอาหารให้เป็นเวลา ไม่กินอาหารจุบจิบ
- หลีกเลี่ยงการกินอาหารระหว่างมื้อ โดยเฉพาะควรงดของขบเคี้ยวที่เป็นแป้ง และรสเค็มหวานมันจัด เช่น ขนมถุง
- อย่ากินอาหารขณะดูทีวี ดูหนังสือ เพราะจะทำให้กินมากโดยไม่รู้ตัว
- งดรับประทานอาหารมื้อก่อนนอน และมื้อดึก

6. มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่ออธิบายการตัดสินใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-Role Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin, 1951) ต่อมาโรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974, p. 328) ได้นำรูปแบบพฤติกรรมการป้องกันโรคมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาเบคเกอร์ และเมย์แมน (Becker & Maiman, 1974, pp. 409-417) ก็ได้พัฒนารูปแบบมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยหลักการใหญ่ ๆ แล้วแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะยึดแนวคิดเรื่องความเชื่อเป็นหลัก การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจสุขภาพประจำปีละครั้ง หรือการไปฉีดวัคซีน เป็นต้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตัวเขามีโอกาสจะเป็นโรคนั้นได้

2. โรคดังกล่าวถ้าเป็นแล้วจะมีอาการรุนแรงอาจทำให้ตายหรือพิการได้

3. เชื่อในผลประโยชน์ที่จะได้รับ หากไปรับบริการการป้องกันโรคดังกล่าว จากรูปแบบดั้งเดิมที่โรเซนสต็อค พัฒนาขึ้นมาดังกล่าว ก็ได้มีผู้ปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมขึ้นมาอีก ได้แก่

4. ปัจจัยด้านแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม

5. ปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านอายุ เพศ บุคลิกภาพ

6. ปัจจัยกระตุ้นเตือน ได้แก่ ข่าวสาร ซึ่งบุคคลได้รับจากสื่อมวลชน เพื่อนบ้าน ผู้บังคับบัญชา และจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

โดยภาพรวมแล้ว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญกับปัจจัยภายในบุคคล และมีแนวคิดหลักว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับการรับรู้ของคน การรับรู้ของคนเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำและเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจ ถ้าคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดีแก่ตน

สมมติฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กลมกลืน สอดคล้อง 3 ปัจจัย ได้แก่

1. บุคคล จะต้องมีสภาวะการจูงใจที่เพียงพอ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ

2. มีความเชื่อว่าตนเอง หรือครอบครัว มีโอกาสที่จะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับสุขภาพ

3. มีความเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขภาพ จะเกิดประโยชน์ที่จะช่วยลดปัญหาในด้านค่าใช้จ่าย ในรูปของเวลา แรงงาน เงินทอง และจะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยอมรับได้

เบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1975, 1976) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทาง คือ ความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบาก และต้องการใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม หรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคม เพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสีย อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของตนเองแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไปก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Benefits & Barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค และถ้าเป็นแล้วจะเกิดความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม บุคคลก็จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติรักษาให้หายจากโรค หรือแสวงหาวิธีการป้องกันมิให้เกิดโรคในบุคคลที่ยังไม่ป่วย และบุคคลนั้นจะต้องยอมรับว่าวิธีดังกล่าวมีประโยชน์เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งอุปสรรคในที่นี้ นอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย มักพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้ อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อของผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของ ระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยในลักษณะความปรารถนาหรือความตั้งใจ ที่จะยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกัน และการรักษาโรคเท่านั้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ นอกจากจะสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ และแรงจูงใจของบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ การเข้าถึงบริการตลอดจนปฏิสัมพันธ์และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

โดยสรุป แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้ จะเห็นว่าสิ่งสำคัญที่เป็นตัวการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม คือ การรับรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น รวมถึงความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น อาจมีมากน้อยแตกต่างกัน ยิ่งมีการรับรู้ในเรื่องนั้นมากเท่าใด ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะเร้าพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา สำหรับเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมน้ำหนัก สามารถเกิดได้จากการรับรู้ในเรื่องต่อไปนี้

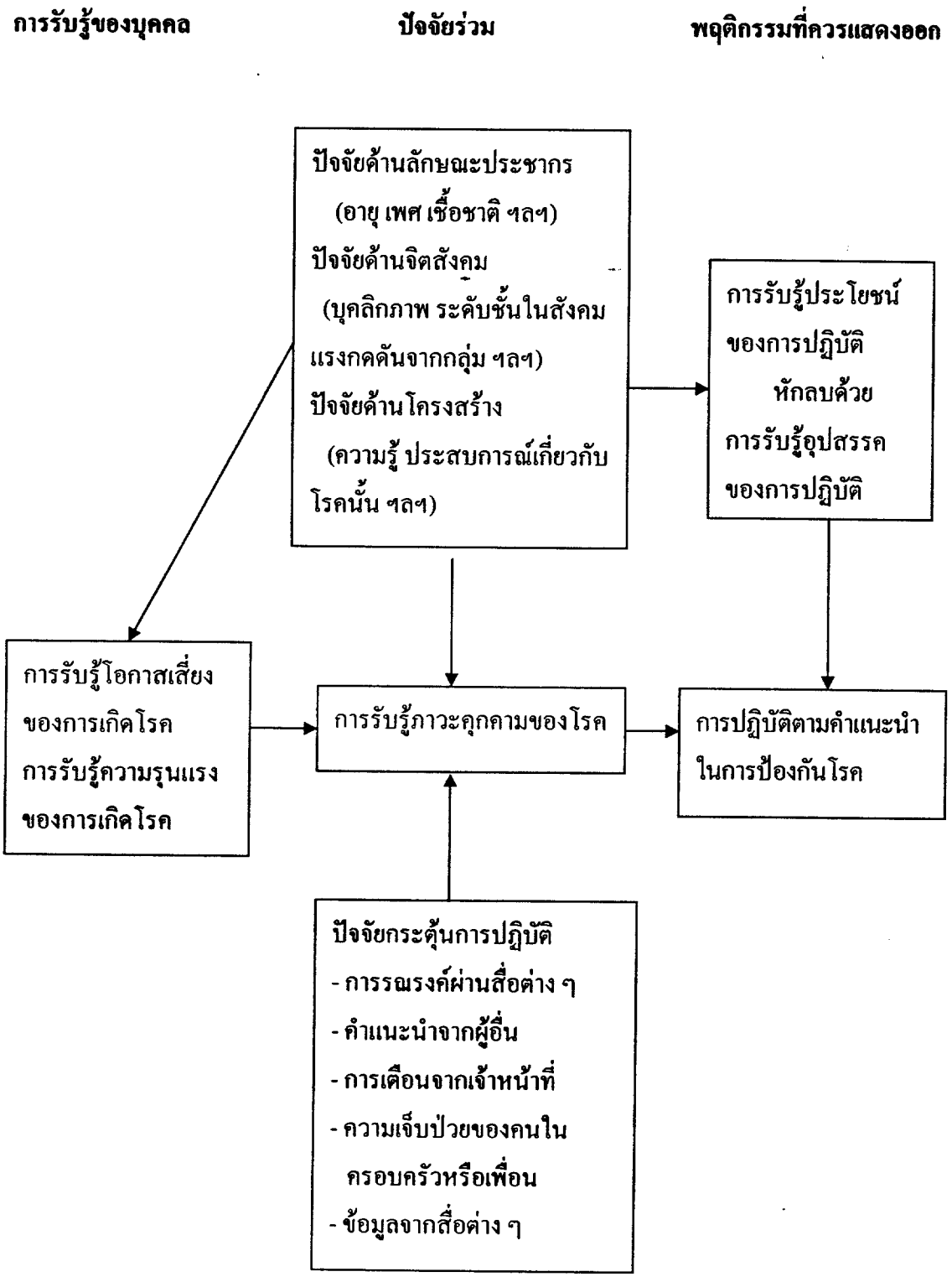
1. โรคอ้วนเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีอันตราย

2. ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

3. ตนเป็นโรคอ้วนซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพอนามัย

4. การให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักไม่มีอันตรายและไม่สูญเสียค่าใช้จ่าย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์บางปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการการควบคุมน้ำหนัก องค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Becker, Drachman & Kasl, 1974, p. 206)

กระบวนการกลุ่ม

ความหมายของกระบวนการกลุ่ม สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2544, หน้า 1) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่มสมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยน ความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ปัญหาส่วนบุคคล หรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา

ทิศนา แขมมณี (2522, หน้า 20) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ของคน และเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องกลุ่มมนุษย์พฤติกรรม การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522, หน้า 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ในกันและกัน เรียกว่า เกิดปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2533, หน้า 534) กระบวนการกลุ่ม เป็นการรวมกลุ่มเพื่อจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เพื่อแก้ปัญหา โดยระดมความคิดร่วมกัน ระดมสมองร่วมกัน อภิปรายร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่า เป็นกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม มีการระดมความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลหรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์

ลักษณะการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่มจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. ผู้เรียนมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมแทนการนั่งฟัง

2. ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสานงานและจัดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน

3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนเป็นที่มาของความรู้ ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ

4. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

5. การเรียนรู้ของกลุ่มมี 2 ลักษณะ คือ การเรียนรู้เรื่องของตนเอง การเรียนรู้เรื่องของคน

ในกลุ่ม และการเรียนรู้เรื่องของกลุ่ม

6. การเรียนรู้ที่ได้ผลดีนั้น สมาชิกผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม

ความสำเร็จของการให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การจัดตั้งกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์เรียนรู้ในกลุ่ม ดังนี้คือ

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) ในการจัดตั้งกลุ่ม จะต้องมีการกำหนดจุดมุ่งหมายและโครงสร้างของการจัดตั้งกลุ่มอย่างชัดเจน ลักษณะของกลุ่มอาจจะเป็นกลุ่มแบบเปิด ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือกลุ่มแบบปิดคือ กลุ่มที่สมาชิกเป็นคนเดิมที่เข้าร่วมกลุ่มทุกครั้ง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ เหตุผลในการจัดตั้งกลุ่มของผู้นำกลุ่ม

จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการจัดตั้งกลุ่มแต่ละครั้งคือ 8-10 คน เพราะเป็นจำนวนที่พอเหมาะให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และไม่ก่อให้เกิดความอึดอัดมากเกินไป

สถานที่และเวลาในการจัดทำกลุ่ม การกำหนดสถานที่ ควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ โดยทั่วไปมักจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากันเพื่อช่วยให้สมาชิกได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน ได้สังเกตการแสดงออกทางอารมณ์ ทั้งทางวาจาและกิริยาท่าทาง โดยทั่วไปเวลาที่เหมาะสมในการประชุมกลุ่มคือ ครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ถ้าเป็นผู้ป่วยในอาจจัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ถ้าเป็นผู้ป่วยนอก หรือบุคคลทั่วไปอาจจัดสัปดาห์ละครั้ง หรือเดือนละครั้ง ขึ้นอยู่กับข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดจุดมุ่งหมายของกลุ่ม และเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นภายใต้บรรยากาศของความปลอดภัย การยอมรับ และความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม

3. การจัดประสบการณ์เรียนรู้ในกลุ่ม โดยทั่วไปกลุ่มจะมีการดำเนินการเป็นขั้นตอน 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978, pp. 154-164)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (The Introductory Phase: Securing a Psychosocial Environment Conductive to Self-Expression) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นความรู้สึกและเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและการอยู่ในบรรยากาศ

สภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้สมาชิกระบาย ได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (The Working Phase: Locating Responsibility in Members) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไข และเลือกวิธีแก้ไข มีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ถึงเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Terminating the Group: Arriving at a Perspective on Self and Others Through Change) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่มก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

เทคนิคเกี่ยวกับกลุ่ม

ในการทำกลุ่มนั้น สามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจสมาชิกของกลุ่มให้เคลื่อนไหว และทำงานไปสู่เป้าหมายได้ และจะช่วยให้สามารถดำเนินงานกลุ่มไปได้ด้วยดี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเทคนิคของกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับกลุ่ม เทคนิคต่าง ๆ นี้อาจจะเป็นแบบพิธีรีตองหรือไม่มีพิธีรีตองก็ได้ แต่ละวิธีจะนำไปใช้แตกต่างกันตามความเหมาะสม เพื่อให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ ซึ่งเทคนิคเกี่ยวกับกลุ่มมีดังนี้คือ เทคนิคสังคมมิติ การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เทคนิคการแก้ปัญหาเป็นกลุ่ม และการแสดงบทบาทสมมุติ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวแต่เฉพาะการอภิปรายกลุ่มเท่านั้น

การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่ม คือ การประชุมพิจารณาหรือการอภิปรายกันระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ผู้นำกลุ่มและสมาชิก จำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (ปาริชาติ ฉายศรีศิริ, 2534 หน้า 25) ร่วมกันอภิปรายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมประชุมสนใจหรือมีประโยชน์ร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มถูกนำมาใช้อย่างมากในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยน

ความรู้ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ สมาชิกให้ความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยฝึกให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การเข้ากับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน และช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อิทธิพลของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจด้วยความสมัครใจและเกิดการยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถาวรต่อไป

การอภิปรายมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทราบเรื่องราว สนใจต่อปัญหาของกลุ่ม
2. ให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนโดยเสรี
3. พิจารณาเรื่องที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของสมาชิก
4. พัฒนาสมาชิกให้มีลักษณะการเป็นผู้นำในด้านการอภิปราย
5. เสริมสร้างระบบการประชุมกลุ่ม ในหมู่คณะหรือองค์กร และส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิก
6. รวบรวมความคิดของบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่ม
7. เป็นการสำรวจปัญหา
8. เป็นการใช้ความคิดจากกลุ่มแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง
9. เป็นการตกลงกันในกลุ่มสมาชิก เพื่อการวางแผนดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพ

1. การสร้างความหวัง (Installation of Hope) การดำรงไว้ซึ่งความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญของการบำบัด การมีความเชื่อ มั่นใจต่อการบำบัดรักษาทำให้สมาชิกเกิดความหวังต่อการได้รับความช่วยเหลือสูง มีความหวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการที่จะสู้เมื่อเห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

2. การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) สมาชิกหลายคนมีความรู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตัวเองมีปัญหาเพียงคนเดียว ปัญหาของตนเองไม่มีทางแก้ และมักแยกตัวออกจากสังคม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความรู้สึกที่ว่าตนเองทุกข์อยู่คนเดียวลดลง รู้สึกตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว

3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Imparting of Information) สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสให้ข้อมูล หรือคำแนะนำกับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

4. ความเกื้อกูล (Altruism) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ได้ช่วยเหลือให้กำลังใจ สนับสนุนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่น ทำให้สมาชิกรู้สึกมองเห็นคุณค่าในตนเอง

5. การพัฒนาทักษะทางสังคม (Development of Socializing Techniques) การเรียนรู้ทางสังคมและได้พัฒนาพื้นฐานของทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยของการบำบัดรักษา สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทางสังคม จากการสะท้อนความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ

6. การได้ระบายความรู้สึก (Catharsis) การที่สมาชิกได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกในบรรยากาศของการยอมรับ ทำให้อารมณ์ต่าง ๆ ที่พุ่งพล่านลดลง ช่วยทำให้สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาจิตใจ อารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น

7. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม (Group Cohesiveness) หมายถึง สมาชิกในกลุ่มมีความผูกพันต่อกันมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของ เกิดการเปิดเผยตนเองมากขึ้น

ความจำเป็นในการสร้างให้กระบวนการกลุ่มเกิดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตามทุก ๆ กลุ่มถ้าผู้นำสามารถสร้างให้เกิดปัจจัยดังกล่าวได้มากเท่าใดจะพาให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จะเห็นได้ว่ากระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความต้องการคล้ายกัน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์และปัญหาต่าง ๆ ความคาดหวังในสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น มีการค้นหาปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพื่อการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้กับเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จึงน่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสม หากเด็กมีความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว สิ่งที่จะตามมา คือ เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกี่ยวกับการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายกว้างขวาง มีผู้ศึกษาวิจัยให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

แคพแพลน (Caplan, 1967, pp. 39-42) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

พิลิซุค (Pilisuk, 1982, p. 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

นั่นคือแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญจะประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่าตนเอาใจใส่มีความรักและความหวังดีในงานอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ "ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม"

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "เชื่อว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม"

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน Israel, 1985, p. 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุนอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ

(Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา

ระดับของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มี 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Meso Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น บิดามารดา พี่ น้อง

ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

มีการศึกษาที่เป็นหลักฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ เช่น เบอร์คแมน (Berkman) และไซม์ (Syme) (Minklee, 1981, p. 150 อ้างถึงใน อริศรา สุวธีรพันธุ์, 2536, หน้า 27) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพโดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งอาศัยอยู่ที่เมืองอลาสมิดา รัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 7,000 คน เวลา 9 ปี โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไปและวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมถึงสถานภาพสมรส จำนวนผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์ ความถี่ในการติดต่อ การเข้าร่วมทางศาสนา การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ และอื่น ๆ พบว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราตายสูงกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2-5 เท่า และอัตราป่วยสูงกว่า ทั้งนี้ไม่ขึ้นกับฐานะทางสุขภาพและปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคที่มีมาแต่ดั้งเดิมของเขา เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และอื่น ๆ ทั้งยังไม่ขึ้นกับการให้บริการทางสาธารณสุขที่ดีอีกด้วย และพบว่าความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกวัฒนธรรม และทุกระดับเศรษฐกิจ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ในเรื่องนี้มี 2 อย่างคือ

2.1 ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค

ในด้านนี้ แลงกลี (Langlie, 1977 อ้างถึงใน อริศรา สุวธีรพันธุ์, 2536, หน้า 27) ได้

ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

2.2 ทางด้านพฤติกรรมในการรักษาพยาบาล

แบคเคลแลนด์ และ แลนด์วอลล์ (Backeland & Landwall, 1975 อ้างถึงใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528, หน้า 599) ศึกษาพบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

3. ผลต่อความเครียด

จากการศึกษาของ แคพแพลน (Caplan, 1974 อ้างถึงใน อริศรา สุวธีรพันธุ์, 2536, หน้า 28) ได้ทำการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดผลของความเครียด มีผลต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาของ แคพแพลน ได้สรุปถึงผลต่อความเครียดกับการเกิดโรคความดันโลหิตและโรคหัวใจ ในกลุ่มคนงานที่ต้องทำงานและพบกับความเครียดมากพบว่า คนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิต และโรคหัวใจสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528. หน้า 596) ได้เสนอขั้นตอนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมาแล้วได้ผลดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการวางแผนครอบครัวที่มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นแรก ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี

ขั้นที่สอง กระตุ้นให้เกิดอำนาจในการตัดสินใจ โดยการค้นหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสิน หรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการ หรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จ มาเป็นแบบฉบับเพื่อให้บุคคลอื่นได้ปฏิบัติตาม

ขั้นที่สาม ใช้วิธีการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้กลุ่มเพื่อนบ้านที่รับบริการวางแผนครอบครัวและได้ผลดีมาเป็นผู้ให้ความรู้แก่คู่สมรสอื่นที่ยังไม่ได้รับบริการ หรือยังไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติดีหรือไม่ ให้เกิดแรงสนับสนุนและให้แน่ใจว่าสิ่งที่ตนจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคมของชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ (Good, 1973 อ้างถึงใน ภัทธิรา ดีประวัติ. 2539. หน้า 20) ตามพจนานุกรมเวบสเตอร์ (The Lession Webster Dictionary. 1977. p. 531) ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ

สถานที่ สิ่งของหรือบุคคลที่ได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ เหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา กล่าวโดยสรุป ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งบุคคลเพียงแต่จำได้ นึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็ทำให้จำได้และมักจะเป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง และวิธีการแก้ปัญหา

เมื่อบุคคลได้รับความรู้ซึ่งอาจได้มาโดย การฟัง การอ่าน หรือการเขียน จะทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกมาในรูปของการพูด ความคิดเห็น หรือข้อสรุป ความคาดหมายหรือคาดหวังว่าอะไรจะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้นเข้าใจและตามสภาพการณ์แนวโน้มที่อธิบายไว้ในความรู้นั้น ๆ เพื่อทำความเข้าใจกับส่วนประกอบต่าง ๆ ให้ละเอียด สามารถมองเห็นความสำคัญอย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น แล้วนำเอาส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด โดยการนำเอาความรู้เก่ามารวมกับความรู้ใหม่แล้วสร้างเป็นแบบแผนหรือหลักสำหรับปฏิบัติ กระบวนการในการรวมกันของส่วนประกอบต่าง ๆ นั้นเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน ความสามารถนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญาที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือความคิดริเริ่มในตัวบุคคล แล้วนำความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ นั้นมาประเมินผล ซึ่งเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายของพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญาและยังเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญของพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญาและเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อ ๆ ไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า 16-19) ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้นั้นเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งมีผลมาจากความรู้และประสบการณ์ การเรียนรู้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการปรับตัวของมนุษย์ ดังนั้นการเรียนรู้จึงเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาขึ้น

การเรียนรู้จึงเป็นกระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาติญาณ วุฒิภาวะ หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งกระตุ้นให้บุคคลค้นหาไตร่ตรองเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตัวเองและครอบครัวแน่นอนแล้วก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ หรือความเชื่อ และการปฏิบัติตามความรู้ใหม่ตลอดไป

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปได้เรื่อย ๆ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแต่ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด ทัศนคติ หรือความเชื่อ และการปฏิบัติเกิดขึ้นเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันเสมอ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า 32) เมื่อการเรียนรู้ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของบุคคลได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ การเรียนรู้จะทำให้บุคคลมีความรู้ และทัศนคติหรือความเชื่อที่ถูกต้องในสิ่งที่เรียนรู้มากขึ้น จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

การเรียนรู้เกิดขึ้นได้หลายวิธีทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจเกิดขึ้นด้วยตนเองหรือมีการจูงใจด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ เนื่องจากผู้เรียนอยู่ในสภาวะที่แตกต่างกัน ทั้งภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ความพร้อม ทัศนคติ หรือความเชื่อ การยอมรับสิ่งต่าง ๆ และสิ่งสำคัญคือความต้องการของผู้เรียนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำอาจยึดหลักการเรียนรู้ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า 171-174)

1. การสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้จะเกิดได้เมื่อผู้เรียนถูกกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจโดยเข้าใจเป้าหมายของการเรียนนั้น ๆ ผู้เรียนจะเรียนได้ดีที่สุด เมื่อเขามีความต้องการจะเรียน ผู้เรียนจะเข้าใจยิ่งขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง ผู้เรียนมักมีแนวโน้มในการปฏิบัติถ้าสิ่งที่เขาปฏิบัติไปมีผลตามมาหรือนำความพอใจมาสู่ตัวเขา

2. ความต้องการและความสามารถของผู้เรียน ถ้าปัญหาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคคล การอภิปรายกลุ่มจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้มาก การเลือกอุปกรณ์เพื่อประกอบการสอน ต้องดูระดับการศึกษาของบุคคลหรือกลุ่ม ผู้เรียนแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งภายในและภายนอก ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้

3. ธรรมชาติทั่ว ๆ ไปของการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ซึ่งจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นระหว่างผู้เรียนรู้จะต้องเริ่มจากสิ่งที่รู้ไปสู่สิ่งที่ไม่รู้ จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม และจากสิ่งที่ง่ายไปสู่สิ่งที่ยาก

4. วุฒิภาวะของผู้เรียน เรื่องที่จะสอนไม่ควรง่ายหรือยากเกินไปสำหรับผู้เรียน ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับความสามารถและวุฒิภาวะของผู้เรียน

5. เนื้อหาของเรื่องที่จะสอน ความรู้ที่จะให้จะต้องเข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่นิยมในท้องถิ่นไม่ยาวจนเกินไป ผู้เรียนจะเกิดความเบื่อหน่าย ที่สำคัญเป็นการเสียเวลาปฏิบัติภาระกิจอื่น ๆ

6. สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมของสถานที่เรียน ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน การระบายอากาศ สมาชิกผู้ร่วมเรียนอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ได้

7. อุปกรณ์การสอน ผู้สอนจะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะความสามารถของผู้เรียนและความเหมาะสมกับเรื่องที่จะสอน

8. เวลา ผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำต้องพิจารณาเวลาที่เหมาะสมว่าผู้เรียนสามารถเรียนได้โดยไม่เสียเวลาของกิจกรรมอื่น และเวลาที่ใช้สอนไม่ควรนานเกินไป

9. วิธีการสอน มีวิธีการสอนมากมายซึ่งแต่ละวิธีจะเหมาะสมแต่ละบุคคลหรือกลุ่มที่จะ

สอน เนื้อหา เวลา และสถานการณ์ ผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำจะต้องพิจารณาให้เหมาะสม และได้ประโยชน์มากที่สุดเพื่อการเรียนรู้ นอกจากนี้แล้วในการสอนหรือการให้คำแนะนำครั้งเดียวกัน ผู้สอนหรือผู้ให้คำแนะนำอาจจะใช้วิธีการสอนมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้

จากแนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ให้ผลต่อการปฏิบัติที่คงทนถาวรคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยวิธีการให้ข้อมูลใหม่ที่ถูกต้อง แต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้ผู้เรียนเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติได้ ต้องร่วมกับการปรับการรับรู้ใหม่ โดยวิธีการสอนร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความพยายามที่จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคและจากการศึกษาของโรเซนสต็อค (Rosenstock, 1966, p. 382) กล่าวว่า การใช้เทคนิคการสอน (Teaching Techniques) ร่วมกับการใช้แรงผลักดันของบุคคลและแรงผลักดันของกลุ่ม ซึ่งเป็นแรงผลักดันของสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้และปรับการรับรู้ให้ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และการจัดการสอนหรือให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้ คือ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2526, หน้า 379)

1. ทำให้เกิดการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม

2. กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

3. ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิดสะท้อนความคิดเห็นโดยการอภิปรายเมื่ออยู่ภายในกลุ่ม

4. สามารถสร้างทัศนคติหรือความเชื่อเกี่ยวกับการยอมรับความคิดของผู้อื่นให้เกิดขึ้นแก่บุคคลภายในกลุ่ม

นอกจากนี้การใช้สื่อการสอน เช่น รูปภาพ ภาพโฆษณา เอกสาร และแผ่นพับ หรือแผ่นปลิว จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจเข้าใจความหมายของสิ่งนั้น ๆ ได้กว้างขวางขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยให้เข้าใจสิ่งอื่น ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยสร้างเสริมการคิดและการแก้ปัญหา

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการควบคุมน้ำหนัก

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ พัฒนวดี เสรินทวัฒน์ และวันทนีย์ ยังน้อย (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นในโรงเรียนในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพ พบว่า มีเด็กภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 56 ชอบบริโภคน้ำอัดลมร้อยละ 32.4 ดื่มนมประจำร้อยละ 87.9 ภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

สัมพันธ์ นบน้อม (2537) ศึกษาผลของการฝึกแอโรบิกดานซ์แบบแรงกระแทกต่ำที่มีต่อปริมาณของโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ในเลือด และเนื้อเยื่อไขมันของผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกันเป็นผลจากไม่มีการควบคุมการบริโภคอาหาร

เทวี รักวานิช (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน โดยศึกษาในเด็กอายุ 8-13 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนมากกว่าบริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถใช้ทำนายภาวะอ้วนได้

มยุรี โฆษิตเจริญสุข (2538) ศึกษาผลของรูปแบบโภชนาการต่อการควบคุมน้ำหนักในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยแบ่งนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำและแจกคู่มือ กลุ่มที่ 3 นำผู้ปกครองและเด็กอ้วนอบรมให้ความรู้และแจกคู่มือ พบว่าสื่อสิ่งพิมพ์ช่วยเพิ่มความรู้แก่นักเรียนแต่ไม่มีผลช่วยเพิ่มความรู้ในผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายไม่เพิ่มตามที่คาดหวัง ปริมาณพลังงาน โปรตีน ไขมันและน้ำตาลของนักเรียนกลุ่ม 3 มีแนวโน้มลดลง แต่ปริมาณสารอาหารไม่แตกต่างกันจากกลุ่มที่ 1 และ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ฐานนิยม (2544) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนั้นยังพบว่าค่าดัชนีมวลกายและความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความจุปอดทั้งสองกลุ่ม

เบิร์ช (Birch, 1992) ได้ศึกษาถึงความชอบอาหารที่มีไขมันสูงของชาวอเมริกัน การศึกษาพบว่าอาหารที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 40 ของพลังงานมาจากอาหารพวกไขมัน เด็ก ๆ ชาวอเมริกันมักจะชอบรับประทานเค้ก ไอศกรีมในช่วงวันหยุดหรือมีเทศกาล มากกว่าอย่างอื่น อีกทั้งอาหารที่มีไขมันสูงเหล่านี้ นอกจากประกอบไปด้วยไขมันแล้ว ยังมีปริมาณน้ำตาลและเกลือเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก ทำให้มีรสชาติอร่อยเป็นที่ชื่นชอบของเด็กๆ อีกด้วย ซึ่งการศึกษาของไชด์ และโรลส (Shide & Rolls, 1992) การที่คนชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลในปริมาณที่สูง จะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ง่ายทั้งเพศชายและหญิง และยังพบอีกว่าคนที่เคยอ้วนมาก่อน

และกำลังอ้วนอยู่ในขณะนี้ จะเป็นคนที่ชอบรับประทานอาหารที่มีนมและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมากกว่าคนผอม

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าภาวะอ้วนในเด็กเป็นผลจากการขาดความรู้ด้านโภชนาการ การมีนิสัยบริโภคที่ชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง และการขาดการออกกำลังกาย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปราโมทย์ แซ่อึ้ง (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครู และบิดาหรือมารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 120 คน ในอำเภอเมืองนนทบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้โปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในเรื่องการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

สุโพชฌงค์ ก้อนภูธร (2541) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 86 คน ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา จำนวน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของความรู้เรื่องโรคฟันผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของครู เพื่อน ผู้ปกครอง และพฤติกรรมการป้องกันฟันผุ

สิรินธร ศะศินิล (2541) ได้ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของพนักงานหญิง ธนาคารออมสินที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังทดลองพนักงานธนาคารมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการป้องกันโรคอ้วน สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมีคะแนนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีคะแนน

การออกกำลังกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าการรับรู้เรื่องโรค ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางทำให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และรับรู้ประโยชน์- อุปสรรคในการการควบคุมน้ำหนัก ถ้ามีการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยมีกลุ่มผู้ที่มีปัญหาเดียวกันมาเป็นแรงจูงใจ เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม

อาภรณ์ รัตนวิจิตร (2533) ศึกษาผลของการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการลดน้ำหนัก ในคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มีดัชนีมวลกายเท่ากับและมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 30 คน ในเขตจังหวัดระยอง รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกน้ำหนักและขนาดรอบเอว แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีขนาดรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภาวี สุวรรณธร (2542) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้ปกครอง ครูประจำชั้น และครูผู้ประกอบอาหารกลางวัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 6 จำนวน 104 คน ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กันยารัตน์ กุยสุวรรณ (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมน้ำหนักวัยรุ่นตอนต้นที่เป็นโรคอ้วนอายุระหว่าง 10-12 ปี จำนวน 98 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองในการวางแผนดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และประเมินภาวะโภชนาการใช้การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณ

ต้นแขนซ้ายด้านหลังหลัง และวัดเส้นรอบกึ่งกลางต้นแขนด้านซ้าย ภายหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีน้ำหนัก ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้ายด้านหลัง และวัดเส้นรอบกึ่งกลางต้นแขนด้านซ้ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอปสตีน, วาโลสกี, วิง และแมคเคอร์เลย์ (Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1990) ศึกษาผลของการใช้พื้นฐานของครอบครัวต่อการเจริญเติบและภาวะโภชนาการเกินในเด็กอ้วน อายุ 6-12 ปี จำนวน 76 คน เป็นเวลานาน 1 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้มีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และปรับพฤติกรรมเหมือนกัน ต่างกันที่ปัจจัยเสริมที่ทำให้ลดน้ำหนัก ซึ่งพบว่ากลุ่มเด็กอ้วนที่มีพ่อแม่เป็นแรงเสริมสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและลดน้ำหนักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โกแลน และคณะ (Golan et al., 1998) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการรักษาโรคอ้วนในเด็ก ศึกษาในเด็กอายุ 6-11 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน เป็นเวลานาน 1 ปี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กอ้วนและพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และกลุ่มควบคุมเป็นเด็กอ้วน โดยการทำกลุ่มให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำ พบว่ากลุ่มเด็กอ้วนและพ่อแม่มีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มมีความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กได้

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และเมย์แมน (Becker & Maiman, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก ใช้ขั้นตอนกระบวนการกลุ่มจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาความรู้ ความเชื่อทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีผู้ปกครองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง และมีการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยที่โรงเรียนและส่งจดหมายไปยังปกครอง ซึ่งจากแนวคิดในการวิจัยดังกล่าวคาดว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกการออกกำลังกาย น้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้