

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทยมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยแต่เดิมซึ่งมีแต่ความเรียบง่าย เปลี่ยนไปสู่ความเป็นสังคมเมืองที่มีแต่ความเร่งรีบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อแบบแผนการบริโภคอาหารของครอบครัวและเด็กไทยเป็นอย่างมาก การบริโภคอาหารที่ต้องอาศัยความรวดเร็วเพื่อความสะดวกต่อการดำรงชีพ ทำให้เกิดค่านิยมใหม่ในเรื่องการบริโภคอาหาร ได้แก่ อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทอย่างมาก โดยเฉพาะกับเด็กไทย ซึ่งอาหารประเภทนี้ประกอบด้วยแป้ง ไขมัน และน้ำตาลสูง ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ทันสมัยและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทำให้เด็กไทยมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อยลง ทำให้ร่างกายมีการสะสมของไขมันมาก ผลกระทบที่เห็นได้ชัดชัดเจนคือ เด็กไทยเป็นโรคอ้วนสูงขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าพื้นฐานการเลี้ยงดูในวัยทารกวัยก่อนเรียน และสิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อนิสัยบริโภคของเด็กด้วยเช่นกัน ซึ่งผลเสียที่ตามมาเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่โรคอ้วนในอนาคต (Caroli & Lagravinese, 2001)

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่ยังไม่ได้รับการใส่ใจกันมาก เนื่องจากเด็กอ้วนจะถูกมองว่าเป็นเด็กน่ารักมีสุขภาพสมบูรณ์ พ่อแม่มีความสุขที่เห็นลูกอ้วนขึ้น แต่ในปัจจุบันความอ้วนได้กลายเป็นปัญหาที่กำลังคุกคามโดยไม่รู้ตัว และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง เนื่องจากความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากมายที่พบมากขึ้นในเด็กอ้วน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ข้ออักเสบ เป็นต้น ซึ่งทำให้อายุขัยสั้นกว่าปกติได้ ความอ้วนนอกจากส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่ามีผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม กล่าวคือเด็กอ้วนมักถูกล้อเลียน ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (อุมาพร สุทัศน์วรวิ, 2537, หน้า 275; Torgan, 2002)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งประเทศแถบละตินอเมริกา ยุโรป และเอเชีย จากข้อมูลของ National Health and Nutritional Examined Surveys (NHANES) พบว่าในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6-17 ปี อ้วนมากขึ้นเป็น 2 เท่า จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 11 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่เช่นกัน (Kuczmarski, Flegal & Campbell, 1994 อ้างถึงในกรมอนามัย, 2544, หน้า 4) สำหรับอุบัติการณ์เกิดโรคอ้วนของเด็กในประเทศไทย พบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลา

10 ปีที่ผ่านมาเช่นกัน จากการสำรวจของ ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ (2537) ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ปีที่ 6 พบโรคอ้วนร้อยละ 12.2 ในปี 2534 และเพิ่มเป็นร้อยละ 13.5 และ 15.6 ในปี 2535 และ 2536 ตามลำดับ และจากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตเมืองทุกภาค ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2546) พบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 15.4 ในปี 2541 และร้อยละ 13.6 ในปี 2543 จากนักเรียนทั้งสิ้น 9,252 คน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กอ้วนมีโอกาสเติบโตเป็นผู้ใหญ่อ้วนร้อยละ 75 สำหรับจังหวัดฉะเชิงเทราจากการสำรวจภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขตเทศบาลเมือง พบมีเด็กอ้วนร้อยละ 17.13 จากนักเรียนทั้งหมด 3,683 คน และพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความชุกของเด็กอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 18.30 จากนักเรียนทั้งหมด 1,202 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2546) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ว่านักเรียนที่มีน้ำหนักตามส่วนสูงมากกว่าเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 10

ความชุกของเด็กอ้วนเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เด็กมีวิถีชีวิตและนิสัยบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็ก พบเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การมีมารดาหรือบิดาเป็นโรคอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นโรคอ้วน ระดับรายได้ การขาดการออกกำลังกาย (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2539) การรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น การนิยมบริโภคอาหารไขมันสูง การขาดความรู้ด้านโภชนาการ และการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง (Torgan, 2002; College & Waterloo, 2002) เป็นต้น สาเหตุของโรคอ้วนส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มาก และออกกำลังกายน้อย ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กให้มีการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยมีจุดประสงค์เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุมาพร สุทัศน์วรวิ, 2537, หน้า 275)

การควบคุมน้ำหนักในเด็กอ้วน นับว่าเป็นการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงปริมาณสารอาหารและความเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเด็กอยู่ในช่วงเจริญเติบโต การควบคุมน้ำหนักที่ถูกวิธี มีหลักการว่าให้พลังงานที่เข้าสู่ร่างกายน้อยกว่าพลังงานที่ใช้ไป และเพิ่มการใช้พลังงานในแต่ละวัน (กรมอนามัย, 2544, หน้า 47-67) นั่นคือให้มีการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม และมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและความตั้งใจของเด็ก ซึ่งเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน และการทำงานที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief

Model) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและแนวทางที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 26-73) โดยแบบแผนนี้มีแนวคิดหลักว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งสิ่งกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง สิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ ฐานะเศรษฐกิจ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การเพิ่มการรับรู้ของบุคคล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถกระทำโดยใช้กลวิธีต่าง ๆ นอกจากนี้ แรงเสริมอีกประการหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ คือ การกระตุ้นเตือน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ และเมย์แมน (Becker & Maiman, 1974, pp. 409-417) ซึ่งพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่เป็นผู้ป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กล่าวคือ ถ้าเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรงแล้ว จะทำให้มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง จึงเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสม การเลือกแนวปฏิบัติขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์-อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ แต่บางครั้งการปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏ ทั้งนี้ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเตือน ซึ่งแต่ละคนมีระดับการกระตุ้นไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงต่อปัญหาสุขภาพนั้น

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผลต่อการปฏิบัติที่ทรงทนถาวร จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้ผู้เรียนเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติได้ แต่ต้องร่วมกับการปรับการรับรู้ใหม่ โดยวิธีการสอน ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความพยายามที่จะมีพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค และโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1966, p. 382) กล่าวว่า การใช้เทคนิคการสอน ร่วมกับการใช้แรงผลักดันของบุคคลและแรงผลักดันของกลุ่ม ซึ่งเป็นแรงผลักดันของสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้และปรับการรับรู้ให้ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และการจัดการสอนหรือให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2526, หน้า 379) จากการศึกษาของ สุมณฑา สิทธิพงศ์สกุล และสุริพร กมลวัฒน์หนูกุล (2541) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการแก้ปัญหาทุพโภชนาการในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 26 คน โดยใช้กระบวนการ

การกลุ่มให้ความรู้เรื่องโภชนาการ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน พบว่ากระบวนการกลุ่มทำให้นักเรียนมีความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบนักเรียนมีน้ำหนักเข้าสู่เกณฑ์ปกติ 8 คน นอกจากนี้โกแลน เอปเตอร์ ไวซแมน และเฟินารู (Golan, Apter, Weizman, & Fainaru, 1998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการรักษาโรคอ้วนในเด็ก อายุ 6-11 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เป็นเวลา 1 ปี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กอ้วนและพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และกลุ่มควบคุมเป็นเด็กอ้วน โดยการทำการกลุ่มให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแนะนำ พบว่ากลุ่มเด็กอ้วนและพ่อแม่มีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉันทนา ลิ้มนิรันดร์กุล (2532) ศึกษาผลของโครงการสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยการให้สุขภาพแก่นักเรียน และจัดส่งเอกสารแก่ผู้ปกครองเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่านักเรียนมีความรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เนื่องจากมีความสุขของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจะสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานไปในทางที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต และใช้เป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับเด็กกลุ่มอื่น ได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทราได้ หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีกว่าเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ภายหลังการทดลอง เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีน้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ลดลงมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา โดยศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเซนต์หลุยส์ และโรงเรียนเซนต์แอนโทนี ในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน
- การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.5 น้ำหนักตัว

2.6 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้ง เพศชายและหญิงที่มีน้ำหนักตัวเทียบกับส่วนสูงมากกว่า Median +2 S.D. ขึ้นไป โดยเทียบเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย อายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542

2. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และเมย์แมน (Becker & Maiman, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เรื่องโรคอ้วน และการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก ใช้ขั้นตอนกระบวนการกลุ่มจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แก่กลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง เน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ความคิดเห็น แก่ปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มกำหนดหัวข้อสนทนาให้กลุ่ม คอยกระตุ้น เชื่อมโยงความคิดและคำพูดของสมาชิก ตอบคำถาม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสรุปให้เข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ มีผู้ปกครองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม โดยส่งจดหมายแจ้งภาวะสุขภาพ สาเหตุแนวทางปฏิบัติ เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการสนับสนุนให้เด็กควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง พร้อมแจกสื่อ ได้แก่ คู่มือการควบคุมน้ำหนักอย่างง่าย และซีดีออกกำลังกาย และผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองที่โรงเรียน และติดตามการควบคุมน้ำหนักหลังให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้นติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

3. การควบคุมน้ำหนัก หมายถึง ผลที่เกิดจากการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตามการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับโรคอ้วน 3 ด้าน คือ

3.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตได้

3.1.3 การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การประเมินคุณค่าที่ได้รับจากการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก เช่น ทำให้น้ำหนักลดลง สามารถปฏิบัติได้ และการประเมินสิ่งขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ทำได้ยาก เป็นต้น

ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เกี่ยวกับโรคอ้วน 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก วัดโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ สิริวัชร สะตินิกุล (2541)

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ปกครอง ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำปรึกษา การจัดหาอาหาร หรือปรุงอาหารที่มีประโยชน์แต่มีไขมันต่ำ การไม่ซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยงมารับประทานในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ กันยารัตน์ กุญสุวรรณ (2543)

3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การบริโภคอาหารมีอ้วน การบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยกะทิและน้ำมัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน การบริโภคอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง การบริโภคอาหารจานเดียวที่ให้พลังงานสูง การบริโภคขนมหวาน และนิสัยการบริโภคอาหารที่มีผลทำให้อ้วน เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ สิริวัชร สะตินิกุล (2541)

3.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการ

เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ในการยืดหดตัวเป็นจังหวะซ้ำ ๆ กัน ทำติดต่อกันนานอย่างน้อย 30 นาทีทำให้มีการใช้พลังงานจากร่างกาย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การวิ่ง ว่ายน้ำ เดินเร็ว การเดินแอโรบิก ถีบจักรยาน เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของ สิรินคร สะตินิกุล (2541)

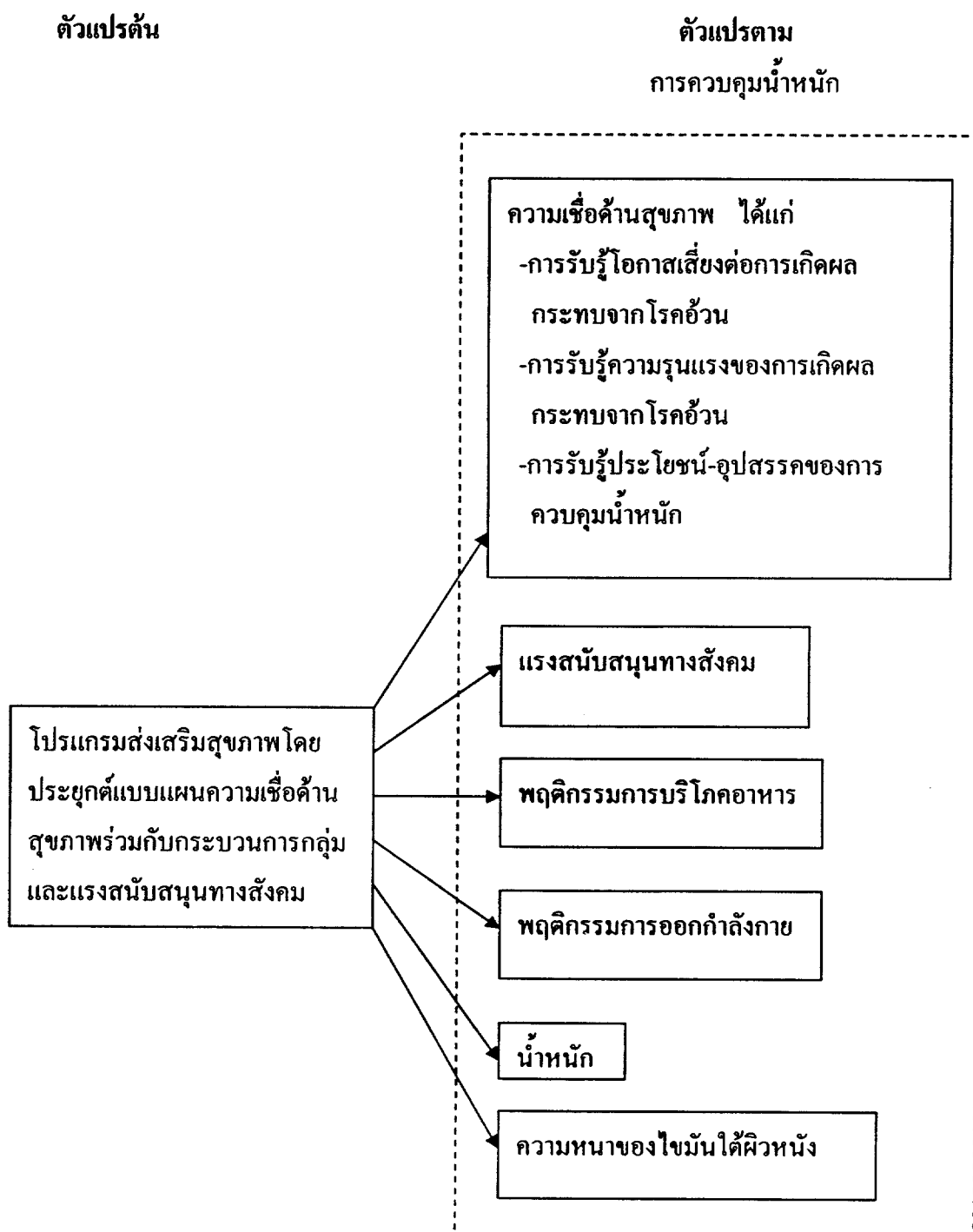
3.5 น้ำหนักตัว หมายถึง มวลของร่างกาย วัดโดยเครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐานมีหน่วยเป็นกิโลกรัม

3.6 ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง เป็นการประเมินปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกาย ในการวิจัยนี้วัดความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้ายด้านหลัง โดยการให้ผู้ถูกวัด ห้อยแขนในท่าที่สบาย ผู้วัดใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับผิวหนังตรงบริเวณกึ่งกลางทางด้านหลังของ ต้นแขนบีบเข้าหากัน แล้วใช้เครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า Lange Skinfold Caliper วัดมีหน่วยเป็น มิลลิเมตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และเมย์แมน (Becker & Maiman, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบจากโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก ใช้ขั้นตอนกระบวนการกลุ่มจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก มีผู้ปกครองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง โดยส่งจดหมายไปยังผู้ปกครอง และมีการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยที่โรงเรียน ทำการประเมินผล โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งจากแนวคิดในการวิจัยดังกล่าวคาดว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนัก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้ โดยสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย