

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมการให้อาหารของมารดาและน้ำหนักตัวของเด็กอ้วนวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยได้ศึกษาแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. เด็กอ้วนวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. การรักษาและดูแลเด็กที่มีภาวะอ้วน
3. พฤติกรรมการให้อาหารเด็กอ้วนวัยก่อนเรียน
4. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมการให้อาหารของมารดา
6. บทบาทพยาบาลด้านการส่งเสริมโภชนาการเด็ก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เด็กอ้วนวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

วัยก่อนเรียน ก่อนวัยเรียน วัยเด็กตอนต้น หรือวัยก่อนเข้าโรงเรียน (Preschool age or early childhood) มีความหมายเดียวกัน ซึ่งหมายถึงเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3-6 ปี (สุวดี ศรีเลณวัฒน์, 2536: Lewis and Volkmar, 1990: Ball and Bindler, 1995) เด็กในช่วงนี้จะมีลักษณะเด่น คือ อยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากเป็นของตัวเอง อยากรู้อยากช่วยเหลือตัวเอง มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่างๆ ต้องการเรียนรู้และสำรวจตรวจสอบสิ่งแวดล้อมรอบด้าน ช่างซักถามเมื่อมีข้อสงสัย มีจินตนาการและมีความคิดสร้างสรรค์สูง แต่ไม่สามารถแยกแยะจินตนาการกับความเป็นจริงได้ (Wong, 1995)

ความสำคัญของโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน

ร่างกายเด็กปกติมีการเจริญเติบโตในช่วงอายุต่างๆ ช้าหรือเร็วไม่เท่ากัน ระยะเวลา 2 ปีแรกจะมีการเจริญเติบโตรวดเร็วมากทั้งในด้านน้ำหนัก ส่วนสูง และการเพิ่มจำนวนเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์สมอง ส่วนพัฒนาการในด้านต่างๆ ของเด็ก จะควบคู่ไปกับการเจริญเติบโตทางกายและสมอง ส่วนพัฒนาการในระยะวัยก่อนเรียนและวัยเรียนจะพัฒนาหลายด้านไปพร้อมๆ กัน ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก ด้านสังคม ด้านภาษา และด้านจริยธรรม

ด้วยเหตุนี้อาหารและโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกและเด็ก (อารี วลัยะเสวี, 2531)

อาหารของเด็กอายุ 1-5 ปี

อาหารของเด็กอายุ 1-5 ปี แบ่งออกเป็น 2 ช่วงด้วยกันตามพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองคือ อาหารเด็กอายุ 1-2 ปี และอาหารเด็กอายุ 3-5 ปี โดยเหตุผลสำคัญที่แบ่งการให้อาหารตามช่วงอายุดังกล่าว เป็นเพราะเด็กอายุ 1-2 ปี ส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน และอายุ 3-5 ปี มักจะออกนอกบ้านไปอยู่โรงเรียนอนุบาล

1. อาหารเด็กอายุ 1-2 ปี (วัยเตาะแตะ) เป็นวัยที่เริ่มเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) จะแสดงความชอบหรือไม่ชอบอาหารบางชนิดเป็นพิเศษ ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก จึงไม่ควรเคร่งครัด บังคับ ให้เด็กกินอาหารที่ไม่ชอบ ตั้งแต่เริ่มอายุ 1 ปี เด็กจะใช้ช้อนตักอาหารกินเองได้ มารดาต้องยอมให้บุตรกินเองแม้จะเลอะเทอะบ้าง การกินอาหารเองได้ เป็นก้าวสำคัญของพัฒนาการสู่การพึ่งตนเอง และมีความรับผิดชอบ มารดาควรส่งเสริมให้กินเป็นที่ เป็นทาง ไม่ให้วิ่งหรือเดินกิน เพราะจะทำให้สำลักและท้องอืด ให้มีที่นั่งกินประจำ ซึ่งไม่ใช่หน้าโทรทัศน์ ให้กินอาหารเป็นเวลาในบรรยากาศที่ดี ไม่มีกิจกรรมอื่นมาดึงความสนใจไปจากมืออาหาร โดยจัดอาหารให้เหมาะสมกับวัย และมีปริมาณพอเหมาะกับเด็ก เด็กในช่วงอายุนี้มีอัตราการเติบโตลดลงกว่าช่วงปีแรก เด็กจึงควรกินอาหารน้อยลง มารดาไม่ควรบังคับเด็ก เพียงคอยดูแล้วว่าได้พอเพียง และเติบโตตามเกณฑ์ อาหารว่างในเด็กวัยนี้ควรได้ในช่วงสายและบ่าย คั่นกลางระหว่างอาหารมื้อหลัก อาหารว่างอาจเป็นนม น้ำผลไม้ ผลไม้ หรือขนม ทั้งนี้ต้องไม่ให้ใกล้เคียงกับอาหารมื้อหลักเกินไป ควรเว้นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนมื้ออาหารเพื่อไม่ให้เด็กอิ่มจนกินอาหารหลักได้ไม่เต็มที่ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2543: 58)

เมื่ออายุเกิน 1 ปี เด็กควรกินอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ และนมวันละ 3 มื้อ ถ้านมปริมาณมากพอ ควรให้นมแม่ต่อไปจนถึงอายุ 1ปีครึ่งถึง 2 ปี ถ้ากินนมผสม ควรกินนมวัวครบส่วนที่เสริมวิตามินและธาตุเหล็ก เด็กวัยนี้ควรดื่มนมวันละประมาณ 3 มื้อ มื้อละ 7-8 ออนซ์ ควรค่อยๆ เลิกดูดนมขวด และควรหัดให้เด็กดื่มนมจากแก้วแทน เพื่อป้องกันฟันผุ

อาหารมื้อหลัก 3 มื้อของเด็กวัยนี้ควรมีสารอาหารครบถ้วน และดัดแปลงจากอาหารของผู้ใหญ่ โดยทำให้สุก อ่อนนุ่ม ชิ้นเล็กเคี้ยวง่ายและรสไม่จัด แต่ละมื้อประกอบด้วย ข้าวหรือแป้ง 2 ถ้วย เนื้อสัตว์ 1 ช้อนโต๊ะ ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหาร มีผักใบเขียวเช่น ตำลึง ผักบุ้ง และผักทองหรือแครอท สลับกันเป็นประจำ ไข่วันละ 1 ฟอง และให้ผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ (อุมาพร สุทัศน์วรวิ, 2540)

2. อาหารเด็กอายุ 3-5 ปี (วัยอนุบาล) เด็กจะกินอาหารเป็นมื้อๆ ควรเริ่มฝึกให้กินอาหาร โดยให้นั่งโต๊ะร่วมกับผู้ใหญ่ และควรเลิกดูอนิเมะจากขวดได้แล้ว วัยนี้ที่ต้องระวังคือเรื่องขนมคบเคี้ยวที่มีไขมันและเกลือสูง ให้แต่พลังงานโดยมีสารอาหารอื่นน้อย หากรับประทานจุบจิบมากเกินไป อาจทำให้น้ำหนักเกินและอ้วนในที่สุด เด็กควรได้รับการปลูกฝังให้มีนิสัยการกินที่เหมาะสม ไม่เลือกอาหาร กินอาหารให้หลากหลายชนิด ไม่กินอาหารที่เค็มจัดหรือหวานจัด กินอาหารที่มีใยอาหารเช่น ผัก และผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ เพื่อให้ได้ใยอาหารตามที่แนะนำ สำหรับเด็กอายุเกิน 2 ขวบ คือ อายุ (ปี) + 5 กรัม/วัน (ผลไม้ 1 ลูกเล็กขนาด 100 กรัม มีใยอาหาร 2 กรัม ผัก 1 ทักพีมีใยอาหาร 4 กรัม)

ช่วงวัยนี้เด็กจะมีไขมันสะสมเพิ่มขึ้นน้อยมาก การศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า เด็กที่มีไขมันเพิ่มขึ้น (Adiposity rebound) ก่อนอายุ 6 ปี มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จึงควรติดตามเฝ้าระวังน้ำหนักของเด็กไม่ให้เพิ่มขึ้นมากเกินไป เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทย โดยระวังการบริโภคอาหารของเด็ก ร่วมกับการกระตุ้นให้เด็กมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2543)

อาหารเด็กอายุ 3-5 ปี ควรให้อาหารมื้อหลัก 3 มื้อ กับข้าวแต่ละมื้อ ควรมีเนื้อสัตว์ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ ผัก น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ไข่วันละ 1 ฟอง ให้ผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ และให้นมวัวครบส่วนเป็นประจำทุกวัน วันละประมาณ 3 แก้ว แก้วละประมาณ 7-8 ออนซ์ ถึงแม้เนื้อสัตว์และไข่เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ก็ยังจำเป็นต้องให้นมวัวครบส่วนแก่เด็กเป็นประจำทุกวัน เพราะนมเป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุดของแคลเซียม เพื่อทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง และป้องกันโรคกระดูกพรุนในวันผู้ใหญ่ ไม่ควรให้เด็กกินขนมหวานขนมจุบจิบ และน้ำหวานน้ำตาลอมเป็นประจำจนติดเป็นนิสัย เพราะจะทำให้กินอาหารมื้อหลักได้น้อยและชุกชุม หรือในทางตรงกันข้ามอาจกลายเป็นโรคอ้วน (อุมาพร สุทัศน์วรวิฑูมิ, 2540)

ความหมายของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน หมายถึง การที่มีไขมันส่วนเกินอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งไขมันส่วนเกินเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของผู้นั้น (จันทิศา พฤกษานานนท์, 2536)

โรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีไขมันสูงกว่าปกติ ค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะที่ร่างกายมีไขมันมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) และภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากกว่าร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ (ไพโรจน์ โชติวิทย์ ธารากร, 2545)

โรคอ้วน (obesity) เป็นโรคเรื้อรัง เป็นผลมาจาก ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับ (energy intake) และพลังงานที่ใช้ไป (energy expenditure) จึงทำให้มีการสะสมพลังงานในรูป

ของ Triglycerides ในเนื้อเยื่อไขมัน (กรมอนามัย, 2544; ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2545; สิริินทร์ พิบูลย์นิยม, 2547; Dietz, 1995)

สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ แล้วทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือโรคต่างๆ ตามมา

การประเมินภาวะอ้วน

การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ใช้เกณฑ์ดังนี้ (กองโภชนาการ, 2538: 11-12)

ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี วิเคราะห์โดยคำนวณ

1. น้ำหนักและความสูง ของเด็กแต่ละคนว่า เป็นร้อยละเท่าใดของมาตรฐานน้ำหนักตามอายุ ความสูงตามอายุ และน้ำหนักตามความสูง ตามมาตรฐานการเจริญเติบโตของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530 โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

1.1) น้ำหนักตามอายุ ใช้ Gomez's classification

ปกติ	\geq	90	%	ของน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 1	\geq	75-89.90	%	ของน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 2	\geq	60-74.90	%	ของน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 3	$<$	60	%	ของน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ

1.2) ความสูงตามอายุ ซึ่งแสดงลักษณะการขาดอาหารอย่างเรื้อรัง

ปกติ	\geq	95	%	ความสูงมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 1	\geq	90-94.90	%	ความสูงมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 2	\geq	85-89.90	%	ความสูงมาตรฐานตามอายุ
ทุพโภชนาการระดับ 3	$<$	85	%	ความสูงมาตรฐานตามอายุ

1.3) น้ำหนักตามความสูง ซึ่งแสดงการขาดอาหาร หรือการได้รับอาหารมากเกินไปในปัจจุบัน

โรคอ้วน	\geq	120	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง
น้ำหนักเกิน	\geq	110-119.90	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง
ปกติ	\geq	90-109.90	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง
ทุพโภชนาการระดับ 1	\geq	80-89.90	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง
ทุพโภชนาการระดับ 2	\geq	70-79.90	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง
ทุพโภชนาการระดับ 3	$<$	70	%	น้ำหนักมาตรฐานความสูง

การจำแนกภาวะโภชนาการ โดยการนำน้ำหนัก ส่วนสูง เทียบกับมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน -19 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 มีการจำแนกเป็นค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ไว้หลายระดับ คือ ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 97 90 75 50 25 10 และ 3 แต่ในที่นี้นำมาเสนอเฉพาะค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 97 90 10 และ 3 เท่านั้น

การจำแนกระดับภาวะโภชนาการ ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์		ระดับภาวะโภชนาการ
ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	3	ต่ำกว่ามาตรฐานระดับรุนแรง (ขาดสารอาหาร)
ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	3-10	ต่ำกว่ามาตรฐาน (ผอม)
ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	10-90	ต่ำกว่ามาตรฐานปกติ
ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	90-97	เกินมาตรฐาน (อ้วน)
มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	97	อ้วน

2. คำนวณค่าเฉลี่ยน้ำหนักของเด็กวัยก่อนเรียน เฉพาะแต่ละขวบปี และค่าเฉลี่ยความสูงของเด็ก แต่ละขวบปี แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยน้ำหนัก และความสูงของเด็กที่ได้จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2538 โดยจำแนกเด็กตามเขตที่อยู่อาศัย รวมทั้งประเทศ

3. ความยาวเส้นรอบศีรษะ และความยาวเส้นรอบอก วิเคราะห์โดย

3.1) คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มเด็กอายุ 0-59 เดือน

3.2) เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของกรมอนามัย โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 และเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของ E.H. Watson และ C.H. Lowrey

3.3) คำนวณอัตราส่วนระหว่าง ความยาวของเส้นรอบศีรษะ ต่อความยาวเส้นรอบอกของเด็กอายุ 7-59 เดือนแต่ละคน แล้วแยกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีอัตราส่วนดังกล่าวมากกว่า 1 กับเด็กที่มีอัตราส่วนดังกล่าวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 จากนั้นจึงหาจำนวนและร้อยละของเด็กแต่ละกลุ่ม

4. การประเมินความรุนแรงของโรคอ้วนโดยใช้คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วย (ความสูงเป็นเมตร)² เป็นวิธีการประเมินที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ในการศึกษาต่างๆ มากที่สุด แม้ว่าจะไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการประเมินภาวะอ้วนสำหรับเด็ก และยังไม่มีความมาตรฐานสำหรับเด็กไทยก็ตาม จำแนกออกเป็นระดับต่างๆ ที่อายุและเพศเดียวกัน ดังนี้ (พิภพ จิรภิญโญ, 2538; สิริินทร์ พิบูลนิม, 2544; CDC, 2000)

ค่าดัชนีมวลกายอ้างอิงของเด็กอายุ 1-7 ปี (CDC, 2000)

โรคอ้วนระดับ 3 (Severe degree) ดัชนีมวลกาย > 22.5 กก./ม²

โรคอ้วนระดับ 2 (Moderate degree) ดัชนีมวลกาย > 21.0-22.5 กก./ม²

โรคอ้วนระดับ 1 (Mild degree)	ดัชนีมวลกาย > 19.5–21 กก./ม ²
และภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 2-20 ปี ตามค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของ BMI-for-age	
Underweight	BMI < 85 th percentile
At risk of overweight	BMI 85 th to 95 th percentile
overweight	BMI > 95 th percentile

ในการวิจัยสำรวจน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กในการวิจัยสาธารณสุขระดับประเทศหรือ งานวิจัยอื่น ควรเปรียบเทียบเกณฑ์อ้างอิงของต่างประเทศ และใช้เกณฑ์การประเมินตาม มาตรฐานสากล ซึ่งเป็นเกณฑ์อ้างอิงที่ได้จากข้อมูลของเด็กที่เติบโตเต็มศักยภาพ เพื่อให้สามารถ วิเคราะห์หาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของเด็กได้ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2547)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะอ้วนของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้ น้ำหนัก ส่วนสูง มาคำนวณค่า BMI แล้วแบ่งระดับภาวะอ้วนเป็น 3 ระดับเพื่อใช้ในการวิจัย

สาเหตุโรคอ้วนในเด็ก

สาเหตุของโรคอ้วนในเด็กแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ (จันทิชาติตา พฤษานานนท์, 2536; พิภพ จิรภิญโญ, 2538; มยุรี นภาพรรณสกุล, 2540; สมชาย ดุรงค์เดช, 2544; สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ, 2545)

1. โรคอ้วนที่เกิดจากการรับประทานอาหารมากและออกกำลังกายน้อย (Exogenous type of obesity) โดยไม่มีโรคอื่นเป็นสาเหตุ พบร้อยละ 99 ของเด็กป่วย เด็กโรคอ้วนกลุ่มนี้จะ รับประทานอาหารมากเกินไป เมื่อเทียบกับการใช้พลังงาน หรือรับประทานอาหารที่มีพลังงานหรือ แคลอรีสูง และใช้พลังงานหรือออกกำลังกายน้อย

2. โรคอ้วนที่มีโรคอื่นเป็นสาเหตุ (Endogenous type of obesity) มักพบความผิดปกติ จากสาเหตุต่างๆ เช่น กรรมพันธุ์ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ ต่อมควบคุมการเจริญเติบโต และยารักษาโรคบางชนิดเป็นต้น จึงทำให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆ เช่น เตี้ย มือเท้าสั้น ความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งควรทำการวินิจฉัยแยกโรค เพราะบางโรคสามารถรักษา ได้

สาเหตุของการเกิดโรคอ้วนในเด็กในข้อ 2 พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยโรคอ้วนใน เด็กทั้งหมด การกินอาหารมากน่าจะเป็นสาเหตุที่เห็นเด่นชัดในผู้ป่วยเหล่านี้ ภาวะเมตาบอลิซึมใน ตัวผู้ป่วยที่มีการใช้พลังงานน้อยกว่าคนปกติในการทำงานอย่างเดียวกันอาจจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ง่าย และประการสุดท้ายก็คือ การออกกำลังกายน้อยกว่าเด็กอื่นเป็น สาเหตุให้มีพลังงานสะสมในแต่ละวันมากกว่าปกติ จึงทำให้เกิดโรคนี้ได้

การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อไขมัน

เนื้อเยื่อไขมันเริ่มเกิดขึ้นเมื่อทารกอยู่ในครรภ์ เมื่อแรกเกิดร่างกายของทารกจะมีไขมันร้อยละ 10-15 และร้อยละ 50 ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระยะ 4 เดือนแรกของชีวิตจะเป็นไขมัน และเมื่อทารกอายุครบ 1 ปี เด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมันประมาณร้อยละ 25-30 ในระยะก่อนวัยเรียนจะลดลงมาเหลือร้อยละ 20-25 และในระยะเรียนจะลดลงมาเหลือร้อยละ 15-20 เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เพศหญิงจะมีเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15-30 ในขณะที่เพศชายจะมีประมาณร้อยละ 15-20

เซลล์ไขมันมีการเพิ่มจำนวน (Hyperplasia) เพิ่มขนาด (Hypertrophy) ในระยะที่ทารกอยู่ในครรภ์ ในระยะอายุ 1 ปีแรกจำนวนเซลล์ไขมันมีค่าคงที่ แต่มีขนาดเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นจะมีการเพิ่มจำนวนเรื่อยๆ จนถึงระยะหนุ่มสาว ซึ่งในระยะนี้จะมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ไขมันขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้ป่วยโรคอ้วนที่เริ่มเป็นในวัยเด็กจึงมีจำนวนเซลล์ไขมันมากกว่าผู้ป่วยโรคอ้วนที่เริ่มเป็นในวัยผู้ใหญ่ การรักษาจึงมีความยากกว่า จากการสังเกตพบว่า วัยทารก วัย 5-7 ปี และวัยรุ่นจะมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคอ้วน ต่อไปในวัยผู้ใหญ่ จึงควรระวังน้ำหนักที่ขึ้นมากในระยะนี้

เสถียร เตชะไพบุลย์ และคนอื่นๆ (2532) กล่าวถึง ปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อภาวะอ้วนถึงร้อยละ 10 โดยเฉพาะคนในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบิดาและมารดาน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 80 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง น้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 40

ปัญหาที่พบกับโรคอ้วนในเด็ก

เมื่อเด็กเป็นโรคอ้วนแล้วมักพบปัญหาดังนี้ (พิภพ จิริภิญโญ, 2538)

1. การเจริญเติบโต ผู้ป่วยโรคอ้วนที่เกิดจากการกินอาหารมาก (Simple obesity) ส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตเร็วกว่าเด็กทั่วไป ดังนั้นถ้าพบผู้ป่วยเด็กโรคอ้วนคนใดที่มีความสูงน้อยกว่าเด็กอายุเดียวกันที่มีความสูงเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 แล้วควรจะหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย อายุกระดูกของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมากกว่าอายุจริง แต่มักจะไม่มากกว่าอายุจริงเมื่อเปรียบเทียบกับความสูงของผู้ป่วย (Height age) ความเจริญทางเพศในผู้ป่วยเหล่านี้ จะเร็วกว่าเด็กทั่วไป และเช่นกันจะไม่เร็วกว่าอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับความสูงของผู้ป่วย (Height age) ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีระดูและการเจริญเติบโตของเต้านมเร็วกว่าเด็กปกติ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยเพศชายจะมีขนขึ้นที่หัวหน้าและรักแร้ เร็วกว่าเด็กปกติเช่นกัน

2. ปัญหาทางเมตาบอลิซึม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะเคลื่อนไหวค่อนข้างช้า แต่ก็ยังไม่ มีหลักฐานที่ชัดเจนชัดว่าจะมีอัตราเมตาบอลิซึมต่ำกว่าเด็กทั่วไป ในทางตรงกันข้ามมีบางรายงานว่า อาจจะมีอัตราเมตาบอลิซึมมากกว่าเด็กทั่วไป เนื่องจากมีส่วนที่เป็นกล้ามเนื้อมากกว่าเด็กปกติระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเหล่านี้มักอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ระดับไตรกลีเซอไรด์ กรดไขมันอิสระ คีโตน บอดี และอินซูลินในเลือด มักจะมีค่าสูงกว่าปกติ การทำ Carbohydrate intolerance test ในผู้ป่วยเหล่านี้จะพบว่า มีความผิดปกติถึงร้อยละ 30-50

3. ปัญหาทางร่างกาย ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีช่วงอายุสั้นกว่าคนทั่วไป ในวัยเด็กจะพบปัญหาของระบบทางเดินหายใจได้บ่อยและใช้เวลารักษาแต่ละครั้งนานกว่าเด็กปกติ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดกระดูกหัวเข่า ผู้ป่วยบางรายจะพบความผิดปกติของเข่าเป็นรูปโค้งออก (Genu valgum) และบางรายพบการเคลื่อนของเอพิฟิซิส (Epiphysis) ของกระดูกต้นขา ผิวหนังบริเวณที่มีการเสียดสีจะพบการอักเสบได้บ่อย จากการศึกษาของระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กอ้วนโดยจักรพันธ์ สุศิระ และคณะ (2533) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กอ้วนจะมี ทางผ่านของอากาศไปปอดจำกัด (Restrictive airways) และเมื่อลดน้ำหนักร่วมกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม การหายใจจะดีขึ้นมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอาการเหล่านี้ การที่ทางผ่านของอากาศไปปอดจำกัด เป็นอาการเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดเป็นขั้นรุนแรง คือ Pickwickian syndrome ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะหายใจเข้าได้น้อย เกิดการขาดออกซิเจน ง่วงนอน และอาจจะมีเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคอ้วนยังพบปัญหาความดันโลหิตสูง และปัญหาไขมันสูงในเส้นเลือดมากกว่าคนปกติอีกด้วย

4. ปัญหาทางจิตใจ การถูกล้อเลียนจากเพื่อนๆ เป็นประจำ จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึก รังเกียจรูปร่างตนเองมีปมด้อยและแยกตัวออกจากสังคม(จันทิชาติตา พฤชานานนท์, 2536; อุมภาพร สุทัศนวรุฒิ, 2543) จากการศึกษาของ พิภพ จิริภิญโญ และคณะ (2533) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย มีความรู้สึกเช่นนี้ ผู้ป่วยอาจจะแยกตัวจากกลุ่ม มีความเชื่องช้า และในที่สุดจะชอบ อยู่โดดเดี่ยว ผู้ปกครองบางคนมีส่วนกดดันผู้ป่วยในการลดน้ำหนักตัวโดยไม่เข้าใจหลักทางโภชน ศาสตร์ ซึ่งจะมีผลเสียทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยมาก แพทย์ก็มีส่วนกดดันในทางลบแก่ผู้ป่วย เช่น ให้อาหารรสขมเพื่อลดความหิว โดยไม่ให้ความสนใจทางด้านโภชนศาสตร์ ผลแทรกซ้อนอันเกิด จากยากดประสาทร่วมกับความกดดันด้านอื่นๆ จะส่งผลร้ายต่อผู้ป่วยในระยะยาว หมดความ เชื่อถือการักษาทางด้านต่างๆ และจะปล่อยปละละเลยในการดูแลสุขภาพตนเองในที่สุด

อัตราเสี่ยงของโรคอ้วนในเด็ก

การศึกษาอัตราเสี่ยงของโรคอ้วนในเด็ก ต่อโรคนี้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีผู้ศึกษาพบว่า (พิภพ จิริภิญโญ, 2538)

เด็กอายุ 6 เดือนที่เป็นโรคนี้ มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้เมื่อเป็นผู้ใหญ่มากกว่าเด็กปกติวัย เดียวกัน 2.3 เท่า

เด็กอายุ 7 ปีที่เป็นโรคนี้ มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้เมื่อเป็นผู้ใหญ่มากกว่าเด็กปกติวัยเดียวกัน

3.7 เท่า

เด็กอายุ 10-13 ปีที่เป็นโรคนี้ มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้เมื่อเป็นผู้ใหญ่มากกว่าเด็กปกติวัยเดียวกัน 6.3 เท่า

เด็กที่อ้วน เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่างเช่น (ลำดวน นำศิริกุล, 2538)

1) ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เนื่องจากคนอ้วนจะมีกรดไขมันอิสระ และ triglyceride ซึ่งจะไปสะสมตามผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เส้นเลือดตีบหรืออุดตัน และเกิดโรคของอวัยวะต่างๆ ตามมา ไขมันที่สะสมตามผนังหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป จึงเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้น

2) โรคผิวหนังจากความอับชื้น จากที่คนอ้วนมักจะมีเหงื่อออกมาก จะเกิดความอับชื้นของผิวหนัง โดยเฉพาะตามซอกคอ ขา และข้อพับต่างๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังที่มีการเสียดสีขณะเคลื่อนไหวจะมีการอักเสบได้บ่อยร้อยละ 50 ของเด็กที่อ้วนมากๆ

3) เป็นโรคเบาหวาน ในคนอ้วนจะมีการหลั่ง insulin ออกมามากกว่าปกติ ร่างกายจะอยู่ในภาวะดื้อต่อ insulin ในผู้ใหญ่ที่อ้วนมากและอ้วนมานาน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้สูงกว่าคนปกติ

4) เป็นโรคไขข้อและกระดูกมากขึ้น เนื่องจากต้องรับน้ำหนักมากเกือบตลอดเวลา ทำให้เกิดการอักเสบและการเสื่อมของข้อต่างๆ โดยเฉพาะข้อเข่า ข้อเท้า และข้อสะโพก ขณะยืน เดิน และวิ่ง ในเด็กบางรายพบความผิดปกติของขา คือขาโก่งเพราะรับน้ำหนักมาก

2. การรักษาและการดูแลเด็กที่มีภาวะอ้วน

การรักษาโรคอ้วนในเด็ก มีหลายวิธีดังนี้ (จันทิตา พฤษานานนท์, 2536; พิภพ จิรภิญโญ, 2538; มยุรี นภาพรรณสกุล, 2540)

1) การให้ความรู้ การให้ความรู้และความเป็นมาของโรคอ้วนนี้ ควรให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยรับฟังร่วมกัน รวมทั้งผู้ใกล้ชิดในบ้านทุกคน

2) การออกกำลังกาย จุดประสงค์เพื่อให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น และมีส่วนที่จะเปลี่ยนบุคลิกและพฤติกรรมของผู้ป่วย จากที่เคยเฉื่อยชาให้เป็นคนกระฉับกระเฉง ชนิดของการออกกำลังกายควรจะเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และง่ายต่อการปฏิบัติให้ได้สม่ำเสมอ

3) การเปลี่ยนแปลงอาหารประจำวัน อาหารที่กินประจำวันเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคอ้วน ความสำเร็จในการรักษาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำได้หรือไม่

4) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประจำวัน พฤติกรรมการกินที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคนี้ เช่น ความเร็วในการกินอาหาร ควรจะเปลี่ยนให้ช้าลง ในบางราย มักจะกินของขบเคี้ยวระหว่างดูโทรทัศน์ นอกจากนั้น การโฆษณาอาหารขบเคี้ยวต่างๆ ทางรายการโทรทัศน์ มีส่วนส่งเสริมการกินเพิ่มขึ้น จากอาหารมือปกติ หรือบางภาวะ เช่น เศร้ามากจะกินมากขึ้น

5) การให้ยา ไม่นิยมให้ยารักษาโรคอ้วนในเด็ก มักจะใช้ในผู้ใหญ่ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยการกดความหิวในระยะแรก เคยมีผู้ใช้แอมเฟตามีน แต่เนื่องจากมีผลเสียมาก จึงห้ามใช้เป็นยารักษาต่อไป

6) การผ่าตัด มักทำในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคนี้ขั้นรุนแรง โดยอาจจะทำการตัดต่อลำไส้ให้สั้นลง หรือทำ Gastric bypass เป็นต้น การตัดไขมันทิ้ง (Lipectomy) มักทำเพื่อความงามภายนอกมากกว่าเพื่อลดความอ้วน ทั้งนี้จะลดไขมันเป็นบริเวณเท่านั้น ส่วนอื่นๆ ยังคงมีไขมันอยู่ และจะเป็นรอยแผลเป็นบริเวณที่ดูดไขมัน

การดูแลเด็กโรคอ้วน

หลักทั่วไปของการดูแล รักษา เด็กโรคอ้วนคือการควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จันทิชาติตา พุทธชานานนท์, 2536)

1. การควบคุมอาหาร

ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ไม่จำเป็นต้องลดน้ำหนัก แต่แม่เด็กควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การให้อาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม

ในเด็กอ้วนที่อายุมากกว่า 2 ปี ควรแนะนำให้ลดปริมาณสารอาหารบางอย่าง เช่น การจำกัดของหวาน ลูกกวาด ช็อกโกแลต ไอศกรีม เค้ก เป็นต้น ควรนำเด็กมาตรวจสม่ำเสมอ จนกว่าจะคุมน้ำหนักได้ พ่อแม่ควรช่วยสร้างบริโภคนิสัยที่ดีให้แก่เด็ก ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคอ้วนได้ ควรให้เด็กรับประทานอาหารเป็นเวลา ในปริมาณที่เหมาะสม ไม่ควรให้เด็กกินเมื่อเบื่อหรือไม่มีอะไรทำ เพราะเป็นการสร้างสุขนิสัยที่ไม่ดีและจะแก้ไขยากในภายหลัง ควรให้เด็กเดินหรือวิ่งเล่นแทนการนั่งเฉยๆ หรือนอนดูโทรทัศน์นานๆ

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนสุขนิสัยในการบริโภคและการออกกำลังกายเสียใหม่ มีวิธีการต่อไปนี้

1) บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (Self monitoring) เป็นการช่วยประเมินการกินและการออกกำลังกายของเด็กอ้วน โดยการใช้การจดบันทึกอย่างละเอียดทั้งวัน เวลา สถานที่ ปริมาณ และชนิดของอาหารที่กิน รวมทั้งอารมณ์และกิจกรรมอื่นที่ทำขณะนั้น เมื่อจดบันทึกไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะมีการระมัดระวังการกินอาหารมากขึ้น และยังใช้ในการติดตาม การรักษาได้ด้วย

2) การควบคุมปัจจัยเอื้อต่อการบริโภคอาหาร (Stimulus control) เป็นการปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคอาหาร เช่น ไม้ช้อนอาหารหวานเข้าบ้าน จำกัดเวลาและสถานที่ในการกินอาหาร ไม่กินอาหารขณะดูโทรทัศน์ หลีกเลี่ยงการไปงานเลี้ยงบ่อยๆ เลิกนิสัยการกินที่ทำเป็นกิจวัตร เช่น ดักข้าวพูนจาน เป็นต้น

3) การให้รางวัล (Reinforcement) การให้รางวัล คำชมเชย จะทำให้พฤติกรรมที่พยายามลดน้ำหนักนั้นคงอยู่และมีกำลังใจที่จะทำต่อไป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะได้ผลดี ต้องให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม (Family-oriented approach) ควรให้ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และควรดูแลร่วมกันเป็นทีมระหว่าง นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

ผู้ดูแลเด็กควรป้องกันโรคอ้วนในเด็กโดยการควบคุมน้ำหนักตัวและติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของเด็ก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมกับส่วนสูง เพศ และอายุ

ในเด็กและวัยรุ่น ร่างกายกำลังเจริญเติบโต การควบคุมน้ำหนักตัวจำเป็นต้องทำอย่างถูกต้อง จะใช้วิธีควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่หรือให้น้ำหนักตัวขึ้นช้าๆ (Weight control) แทนการลดน้ำหนัก (Weight reduction) เมื่อเด็กสูงขึ้น น้ำหนักตัวที่คุมไว้จะได้สัดส่วนกับส่วนสูง การลดน้ำหนักตัวในเด็กจะทำเมื่อเด็กนั้นอ้วนมากๆ (เกินร้อยละ 70 น้ำหนักมาตรฐานตามความสูง) หรือมีผลแทรกซ้อนของโรคอ้วนเท่านั้น

ควรให้แพทย์ประเมินหาว่า อ้วนจากสาเหตุอะไร หากรักษาได้ จำเป็นต้องรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุด้วย และต้องพยายามหาปัจจัยเสริมที่ทำให้เด็กนั้นยังคงอ้วนอยู่ด้วย เช่น บริโภคนิสัยของเด็กและคนในครอบครัว ทักษะคิดและค่านิยมของการเลี้ยงดู การออกกำลังกายและกิจวัตรประจำวัน ความเครียดหรือปัญหาที่อาจเสริมให้เด็กกินมากขึ้น เป็นต้น (จันทจิตา พฤชานานนท์, 2536)

2. การติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของเด็ก

โดยเฉพาะเด็กที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน เช่น พ่อ แม่ อ้วนเป็นต้น ถ้าเห็นว่าน้ำหนักตัวเด็กขึ้นเร็วกว่าปกติ จะต้องรีบเปลี่ยนแปลงเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ให้ลดอาหารประเภทไขมันหรือใช้คาร์โบไฮเดรตแทนไขมัน จะทำให้การสะสมไขมันลดน้อยลง ให้ลดเวลาที่ดูโทรทัศน์ และให้มีกิจกรรมอื่น เช่น การเล่น ฯลฯ แทนการดูโทรทัศน์ นอกจากนี้จะทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายแล้วยังทำให้เด็กถูกโฆษณาชวนเชื่อให้ซื้อขนมขบเคี้ยวต่างๆ ที่โฆษณาทางโทรทัศน์ ขนมต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่จะมีน้ำมันปาล์ม น้ำตาล และแป้ง ซึ่งจะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้ อ้วน (ลำดวน นำศิริกุล, 2538)

3. พฤติกรรมการให้อาหารเด็กก่อนวัยก่อนเรียน

3.1 ความหมายของพฤติกรรม

สุภัททา ปิณฑะแพทย์ (2532) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำและการแสดงออกต่างๆ ของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมทุกชนิดต้องมีสาเหตุและที่มา สาเหตุเดียวกันอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมเดียวกันอาจมาจากสาเหตุที่แตกต่างกัน

เริงชัย หมื่นชนะ (2535) พฤติกรรมเป็นการรวบรวมเอาสิ่งทั้งหลายที่สิ่งมีชีวิตแสดงออก ทางด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้

ลักขณา สิริวัฒน์ (2544) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำซึ่งแสดงออกถึงความรู้สึกนึก คิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยตรงหรือทางอ้อม

สรูป พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สิ่งมีชีวิตแสดงออกถึงความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า สามารถสังเกตได้ และไม่สามารถสังเกตได้

3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความต้องการอาหาร (พัชรภรณ์ อารีย์, 2542) พฤติกรรมการบริโภคคือ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค ซึ่งมีผู้ให้ความหมายต่างๆ กันดังนี้

วรางคณา บุตรศรี (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะ ความชอบและความเคยชินในการรับประทานหรือไม่รับประทานอาหาร ลักษณะและชนิดของอาหารที่รับประทาน จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร

จรัสศรี อุตสาหะ (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่การรับประทานหรือไม่รับประทานอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทาน การเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน

ฐิติพร ประระมะ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารที่กระทำอยู่เป็นประจำ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การเลือกรับประทานอาหาร และจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานแต่ละวัน

3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน

นิสัยในการบริโภคอาหาร (Food habits) หมายถึง ความประพฤติที่เคยชินในการกินอาหาร ได้แก่ การเลือกกินหรือไม่กินอาหารบางชนิด จำนวนมื้อที่กิน (วลัย อินทร์ทรัพย์, 2530) โดยอารีย์ วลัยเสวี และคณะ (2544) ให้ความหมายของบริโภคนิสัยว่า เป็นลักษณะการกระทำที่ซ้ำซากในการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งที่สืบเนื่องมาเป็นเวลานานหรือนิสัยที่ได้รับการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก ได้แก่ การเตรียม การปรุง การเลือกอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่บริโภค

ปัจจัยด้านพัฒนาการตามวัยของเด็ก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก โดย เด็กอายุ 3 ปี จะเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่เด็กชอบเท่านั้น ถ้าเริ่มมีบริโภคนิสัยไม่ดีตั้งแต่ช่วงอายุนี้นี้ จะทำให้เด็กมีปัญหาในการรับประทานอาหารในวัยต่อมา เด็กอาจเลือกรับประทานอาหารตามลักษณะ การจัด รูปร่าง และการที่จะให้เด็กรับประทานอาหารชนิดใหม่ๆ ต้องเป็นความเต็มใจของเด็กเอง ไม่ใช่การบังคับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวนี่ วงศ์ศิริ (2536) พบว่า เด็กมักจะเลือกกินอาหารเฉพาะที่ตัวเองชอบ และส่วนใหญ่ไม่ชอบกินผัก การที่เด็กไม่ชอบกินผักสาเหตุจากท่าที การเลี้ยงดูของพ่อแม่ และจากการที่เด็กถูกบังคับขู่เข็ญ ทำให้เด็กเกลียดผัก เด็กอายุ 4 ปี จะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดี มีจินตนาการและชอบการยกย่อง ฉะนั้นผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการรับประทานอาหารของเด็ก (จรรย์วัตร คมพยัคฆ์, 2526) เด็กอายุ 5 ปี เด็กสามารถเลียนแบบตามสิ่งที่เด็กได้ยินและได้เห็น เช่น จากบุคคลรอบข้าง วิทยู โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก โดยเฉพาะขนมขบเคี้ยวที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ พินธุ (2539) พบว่าเด็กมักจะเลือกรับประทานอาหารที่เด็กเห็นจากสื่ออาหารที่มีคุณค่าน้อย เพราะความเคยชินของเด็ก การขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกอาหารมารับประทาน และชอบกินจุบจิบ นอกจากนี้ พิษณุ อุตตะมะเวทิน และคณะ (2535) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เด็กร้อยละ 95.35 ชื่นชอบขนมขบเคี้ยวและบะหมี่สำเร็จรูปมารับประทาน และผู้ผลิตใช้วิธีการผลิตของเล่นแถมเพื่อล่อใจให้เด็กซื้อขนมมารับประทานเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของ พนิดา เริงกมล (2536) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุรินทร์ พบว่าเด็กซึ่งเป็นผู้บริโภค ยังไม่มีความรู้เพียงพอในการเลือกซื้ออาหารและบริโภคอาหารที่มีคุณค่า แต่จะนิยมเลือกบริโภคอาหารตามอิทธิพลของสื่อ โฆษณาต่างๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของพ่อแม่ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือบริโภคนิสัยนั้น มิได้มีมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากการเรียนรู้ เลียนแบบ และจากสภาพแวดล้อม ดังนั้น พฤติกรรมในการบริโภคอาหารจึงเปลี่ยนแปลงได้ (อารี วัลยเสวี, 2521) และนันทิยา เกิดวิชัย (2532) ศึกษาพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีเจตคติต่ออาหาร มีความชอบและไม่ชอบอาหารบางอย่าง การสร้างพฤติกรรมที่ดีในการรับประทานอาหารให้เด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ พ่อแม่ควรฝึกให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ให้คำชมเชยหรือให้กำลังใจเด็กเมื่อเด็กรับประทานอาหารได้

เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการเพียงพอที่จะเลือกอาหารที่มีคุณภาพให้ร่างกาย การที่เด็กเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เป็นเพราะความเคยชินที่เคยรับประทาน เด็กวัยนี้มักเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ตัวเองชอบ พ่อ

แม่ หรือผู้เลี้ยงดูมักจัดอาหารให้เด็กตามที่เด็กเคยชอบรับประทานเป็นประจำ (อุรุวรรณ วลัยพัชรา , 2535) โดยทั่วไปพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยนี้ สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวใดชอบรับประทานอาหารทอดหรืออาหารที่ไขมันสูง เด็กมักจะชอบรับประทานอาหารเหล่านั้นด้วย เด็กมักถูกปลุกฝังให้รับประทานอาหารในรูปแบบเดียวกับที่ครอบครัวรับประทาน ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนจึงสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพ่อแม่ (อุรุวรรณ วลัยพัชรา, 2535 ; Dietz, 1998) และบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริโภคอาหารของเด็กและครอบครัว ทั้งในเรื่องการจัดเตรียมอาหารและการปลุกฝังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เด็กคือ มารดา (ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์ และคณะ, 2534) พฤติกรรมในการรับประทานอาหารของมารดา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก การจัดอาหารให้มีความเพียงพอทั้งชนิดและปริมาณ ตามที่ร่างกายเด็กต้องการจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญหรือเป็นประสบการณ์โดยตรงด้านอาหารสำหรับเด็ก (วลัย อินทร์พรพรย์, 2530 ; อารีย์ วัลยเสวี, 2521) จากการศึกษาของปรีดา ดีสุวรรณ (2540) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในด้านการจัดเตรียมอาหารให้เด็ก ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องคุณค่าและความสำคัญของอาหาร ความเชื่อและทัศนคติของมารดา ดังนั้นเพื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการให้อาหารบุตรวัยก่อนเรียนให้ถูกต้องมากขึ้น การส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องจะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างทัศนคติและการปฏิบัติในการให้อาหารเด็ก และการให้โภชนศึกษาเป็นกลวิธีที่สำคัญอันดับแรกในการปรับปรุงภาวะโภชนาการ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

3.4 พฤติกรรมการให้อาหารเด็กอ้วนวัยก่อนเรียน

จันทิศา พุกษานานนท์ (2536) กล่าวว่า การให้อาหารเด็กอ้วนที่มีอายุมากกว่า 2 ปี ให้ลดปริมาณสารอาหารบางอย่าง เช่น การจำกัดของหวาน ลูกกวาด ไอศกรีม เค้ก เป็นต้น และให้เด็กรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ในปริมาณที่เหมาะสม

พิภพ จิริบุญญ (2538) กล่าวว่า การให้อาหารเด็กที่มีภาวะอ้วนต้องเปลี่ยนแปลงอาหารประจำวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคอ้วน

ลำดวน นำศิริกุล (2538) กล่าวว่า เด็กที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน ถ้าเห็นว่ามีน้ำหนักตัวเด็กขึ้นเร็วกว่าปกติ จะต้องรีบเปลี่ยนแปลงเรื่องอาหาร ให้ลดอาหารประเภทไขมัน หรือใช้คาร์โบไฮเดรตแทนไขมัน จะทำให้การสะสมไขมันลดน้อยลง

สรุป พฤติกรรมการให้อาหารเด็กอ้วนวัยก่อนเรียน เป็นการดูแลเรื่องการจัดและจำกัดชนิดและปริมาณอาหารให้เด็กได้รับอาหารอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน

คำแนะนำในการให้อาหารเด็กวัยก่อนเรียน (กองโภชนาการ, 2538 ;ทัศนีย์วรรณ ภูอารีย์, 2537; วลัย อินทร์ทรัพย์, 2533; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2524; อมรา จันทรภานนท์, 2520)

1. ให้เด็กก่อนวัยเรียนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่างๆเพื่อร่างกายจะได้สารอาหารครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้แก่เด็ก

2. ให้เด็กก่อนวัยเรียนกินอาหารอย่างผู้ใหญ่ การหัดให้เด็กกินอาหารได้แทบทุกชนิดเพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนเพียงพอสำหรับร่างกาย และเพื่อไม่ให้เด็กเลือกอาหารจนเกิดปัญหาการชอบหรือไม่ชอบอาหารนั้น ถ้ากินพร้อมผู้ใหญ่ควรตักอาหารแต่ละชนิดในปริมาณที่ควรกินไว้ต่างหากเสียก่อน เช่น อาหารประเภทเนื้อสัตว์และควรให้กินให้หมด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะขาดอาหาร

3. หัดให้เด็กก่อนวัยเรียนกินอาหารแปลกๆที่เด็กไม่เคยกินมาก่อน เช่น ผักใบเขียวต่างๆ มะเขือเทศ ฟักทองเครื่องในสัตว์ โดยเริ่มให้ครั้งละน้อยๆ ถ้าเด็กไม่ชอบหรือไม่ยอมกินไม่ควรบังคับการบังคับจะทำให้เด็กเกิดความเกลียดอาหารชนิดนั้นแล้วไม่ยอมกินอีก ควรใช้การตัดแปลงวิธีทำและเปลี่ยนแปลงอาหารนั้นใหม่ ความชอบและไม่ชอบอาหารของเด็กวัยนี้ยังไม่แน่นอนเมื่อเปลี่ยนรสชาติอาหารให้เหมาะกับเด็ก เด็กจะยอมรับประทานอาหารได้ดีขึ้น

4. ให้เด็กก่อนวัยเรียนคุ้นเคยกับอาหารชนิดใหม่ๆโดยทำให้รับประทานบ่อยขึ้น เด็กจะเกิดความเคยชินและค่อยๆ ชอบอาหารนั้นทีละน้อย ในการจัดรายการอาหารแต่ละวันจึงมีความสำคัญที่จะทำให้เด็กกินอาหารได้มากน้อยต่างกัน เนื่องจากเด็กวัยนี้ชอบกินอาหารที่ไม่ซ้ำซากโดยเฉพาะเมื่อจะให้เด็กกินอาหารที่ไม่เคยกินมาก่อนควรจัดเตรียมให้อยู่ในสภาพที่เด็กบาดเจ็บได้ง่ายจับต้องสะดวก

5. จัดอาหารให้น่ากิน อาหารที่จัดให้เด็กควรมีสีสันบ้าง โดยใช้สีธรรมชาติ เช่น ใช้ผักสีต่างๆทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร นอกจากนี้ รูปร่างลักษณะอาหารก็ควรทำให้แตกต่างกันเช่น ผักอาจจัดเป็นท่อนสั้นๆ ยาวๆ หรือรูปร่างอื่นแปลกๆบ้าง แต่งกว่าอาจให้ทั้งผลเพื่อให้เด็กกัดกินเองทำให้เกิดความสนุกและอยากลองมากขึ้น ผลไม้ก็เช่นเดียวกัน แทนที่จะตัดเป็นชิ้นเล็กพอคำอาจตัดเป็นชิ้นใหญ่พอที่จะกัดกินเองได้ ถ้าเป็นผลไม้จำพวก ชมพู พุทรา ก็อาจให้กัดกินทั้งผลได้

6. บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการกินอาหารมีส่วนสำคัญในการรับประทานอาหารอย่างมาก บรรยากาศในการกินควรเป็นไปตามสบาย ไม่เครียด พ่อแม่ไม่ควรบ่นว่า เด็กในขณะที่กินอาหาร เพราะทำให้เด็กเกิดความไม่ชอบอาหารนั้นด้วย บรรยากาศในการกินควรมีระเบียบพอสมควร หัดให้เด็กนั่งกินอาหารให้เป็นที่ การเล่นไปด้วยกินด้วยทำให้เด็กไม่สนใจในการกินอาหาร หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดอารมณ์เสีย ชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อเด็กกินอาหารได้ ควรให้

เวลานานพอควร ไม่รีบเร่งสิ่งเหล่านี้จะต้องค่อยทำค่อยไป ไม่ควรหวังผลเร็วนัก และที่สำคัญคือ ผู้ปกครองควรปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ดีเพราะเด็กวัยนี้ชอบเลียนแบบ

7. ลักษณะรสชาติอาหารควรเหมาะสมกับเด็ก อาหารที่จัดให้เด็กเป็นอาหารย่อยง่ายไม่เหนียวหรือแข็งจนเกินไป ไม่จำเป็นต้องสับจนละเอียด ทั้งนี้เพื่อฝึกให้เด็กได้ใช้ฟันขบเคี้ยวอาหารบ้าง ถ้าเป็นเนื้อไก่อาจฝึกให้เด็กใช้มือจับกินเป็นชิ้น เช่นน่องหรือปีกก็ได้ รสชาติอาหารควรเป็นรสอ่อนไม่เปรี้ยวจัด เค็มจัด และไม่หัดให้เด็กกินอาหารรสชาติเผ็ด

8. ในวันหนึ่งเด็กควรได้รับอาหารหลัก 3 มื้อ และอาหารว่าง 2-3 มื้อ ไม่ควรขาดอาหารหลักมื้อใดมื้อหนึ่ง ในช่วงแรกเด็กอาจรับประทานบางมื้อไม่หมด มารดาอาจจะให้กินชดเชยในมื้อต่อไปได้ หลังจากนั้นมารดาค่อยๆเพิ่มให้ทีละมื้อ โดยให้อาหารหลักมื้อเช้า และมื้อกลางวัน มีคุณค่าและปริมาณสูงกว่ามื้อเย็น เพราะเด็กมีกิจกรรมต่างๆในตอนกลางวัน การให้เด็กบริโภคอาหารเย็นมากๆทำให้เด็กรู้สึกอึดอัดเวลานอน และจะกลายเป็นเด็กอ้วน (Obese child) ได้นอกจากนี้ยังทำให้เด็กอึดอัดจนไม่รู้สึกริเวศอาหารมื้อเช้า การจัดหาอาหารว่างควรจัดในช่วงเช้าหรือบ่ายสำหรับเด็กด้วย เพราะเด็กยังเล็กไม่สามารถกินอาหารได้มื้อละมากๆ อาหารว่างควรมีปริมาณโปรตีนและแคลเซียมเพียงพอ คือมีพลังงานอย่างน้อยร้อยละ 10-15 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับทั้งวันและควรมีโปรตีน 1 ใน 5 ของความต้องการทั้งวัน

9. ผู้ใหญ่ควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กก่อนวัยเรียน เมื่อโตพอให้เด็กกินอาหารพร้อมพ่อแม่ เพื่อจะได้หัดกินอาหารแปลกๆต่างชนิด และพ่อแม่ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการกินอาหารที่มีประโยชน์ อย่าแสดงการไม่ชอบอาหารใดๆให้เด็กเห็น

10. ไม่ควรให้รางวัลแลกเปลี่ยนเมื่อเด็กรับประทานอาหาร ด้วยอาหารซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการน้อย เช่น น้ำอัดลม ขนมไส้สี หรือขนมประเภทขบเคี้ยวประเภทต่างๆเพราะนอกจากจะไม่มีประโยชน์แล้วทำให้เด็กอึดจนไม่รับประทานอาหาร รวมทั้งยังทำให้ฟันผุด้วย

11. สร้างสุขนิสัยที่ดีให้เด็กก่อนวัยเรียน ด้วยการให้เด็กกินอาหารที่ถูกต้องลักษณะโดยหัดให้กินอาหารที่สะอาด ไม่มีแมลงวันตอม ภาชนะที่ใส่อาหารสะอาด อาหารหุงต้มจนสุก ไม่กินอาหารที่สีสันอุดขาด และให้ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารทุกครั้ง

การประเมินพฤติกรรมกาให้อาหารของมารดา

การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้คือ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต, 2541)

1. การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การสังเกตสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาดทักษะในการอ่าน การพูด การฟัง และการเขียนตอบ แต่การสังเกตอาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง

หรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งการที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

2. การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากบุคคล การรายงานตนเอง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงง่ายในการนำมาประมวลหรือวิเคราะห์ผล

การประเมินพฤติกรรมการให้อาหารของมารดา จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายแบบ สามารถเลือกปรับเปลี่ยน ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินพฤติกรรมโดย

1. การบันทึกพฤติกรรมของตนเอง (Self monitoring) การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นการช่วยประเมินการกินและการออกกำลังกายของเด็กอ่อน โดยการให้มารดาจดบันทึกอย่างละเอียดทั้งวัน เวลา สถานที่ ปริมาณ และชนิดของอาหารที่กิน รวมทั้งอารมณ์และกิจกรรมอื่นที่ทำขณะนั้น เมื่อจดบันทึกไประยะหนึ่ง จะมีการระมัดระวังการกินอาหารมากขึ้น และยังใช้ในการติดตาม การรักษาได้ด้วย (จันทิชาติตา พุกพานานนท์, 2545)

การบันทึกพฤติกรรมเป็นวิธีการประเมินโดยตรงวิธีหนึ่งโดยการบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามความเป็นจริง เป็นเทคนิคที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก (Morgan et al, 2002) การนำเอาการบันทึกมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชิต, 2541)

2. การใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กอ่อนวัยก่อนเรียน เกี่ยวกับชนิดและปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดอาหารให้เหมาะสมกับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินวัยก่อนเรียน และแบบสอบถามตามแนวคิดของ พุทธชาติ นาคเรือง (2541) เพื่อวัดความสามารถของมารดาว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ที่ประเมินความถี่ของพฤติกรรม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ทำทุกครั้งหรือทุกวัน (ทำ 6-7 วัน/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน ทำบ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน (ทำ 3-5 วัน/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ทำบางครั้งหรือบางวัน (ทำ 1-2 วัน/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน ไม่ได้ทำ ให้ 1 คะแนน

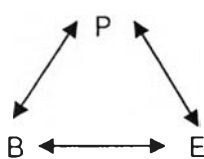
4. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกรู้จักคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984: 230) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986: 317-321; 1990: 19-24) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า "ฉันทำได้" (I can do) (Ross, 1992: 99)

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977: 10; 1986: 23-25; 1997: 5-7) ได้ให้คำจำกัดความ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ Bandura ได้ผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive behavior) โดยอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factor) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

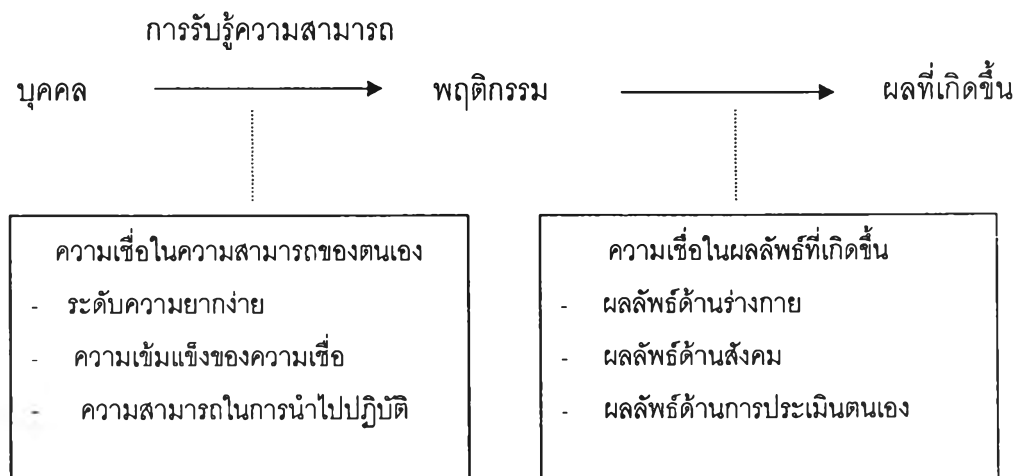


แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1977: 10; 1988: 329)

จากปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจ

เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกัน ปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆ ที่กำหนด พฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพัน มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัย ซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลัก ดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ใน ความสามารถของตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำ พฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977: 79; 1986: 391; 1997: 21-24)

Bandura (1977: 191-215) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความ มั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่ เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการ คาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน Bandura ได้นำเสนอรูปแบบปัจจัย ด้านความคาดหวังในความสามารถสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (แหล่งที่มา Bandura, 1997: 22)

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามี ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผล ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรม

นั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความคิดและการกระทำของบุคคล

Bandura (1986: 393-395) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงานบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้ยิ่งสูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตน แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวนั้นจะทำให้เขารู้สึกทุกข์เครียด ผิดหวังและทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกทำงานที่พื้นๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเองและมักจะมีพลังในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใดๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้า

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใดและจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเท่าใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในงานที่ทำ ทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

การรับรู้ความสามารถของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความพยายามที่จะเรียนรู้และกระทำการใดๆ ให้ลุล่วงนั้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นในกิจกรรมที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยาก โดย Salomon (1984 cited in Bandura, 1986) พบว่า นักเรียนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะมีความ

พยายามในการเรียนสูงและมีการเรียนรู้ได้ดีเมื่อเรียนจากสื่อการสอนที่เขาารู้สึกว่ายาก ในขณะที่เขาเรียนจากสื่อการสอนที่รู้สึกว่ายางั้น จะใช้ความพยายามในการเรียนต่ำกว่าและเรียนรู้ได้น้อยกว่า

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างการทำพฤติกรรมและการคาดการณ์การกระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะรู้สึกว่ายางั้นยากลำบาก ซึ่งมักจะรู้สึกมากเกินไปเกินความเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเองที่จะได้เรียนรู้ในงานที่ลุ่มเหลวสูง อุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Collins (1982 cited in Bandura, 1986: 395) พบว่า การแก้ไขปัญหายากนั้น บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่าเกิดจากการขาดความพยายาม ขณะที่ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำนั้น อธิบายว่าเกิดจากการขาดความสามารถของตนเอง

4. เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิด รู้สึกและกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจและเลือกทำงานที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆ อย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะเลิกทำการกระทำนั้น ทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำและต้องพบความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

การรับรู้ความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จะผันแปรไปตาม 3 มิติ (Dimension) ดังนี้ (Bandura, 1977: 84-85; 1986: 396-397; 1997: 43)

มิติที่ 1 มิติตามขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งบางทีอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าจะสามารถทำได้ และเลือกกระทำในสถานการณ์นั้นๆ การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะอยู่ในระดับใด วัดได้โดยเปรียบเทียบกับระดับความต้องการทำงานที่แสดงให้เห็นขั้นที่ท้าทายหรือมีสิ่งใดขัดขวางให้การกระทำนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นกิจกรรมนั้นก็จะเป็นสิ่งที่ง่ายต่อการกระทำและทุกๆ คนจะมีความรู้สึกรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเหมือนกัน

มิติที่ 2 มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอย่างเหนียวแน่น จะมีความอดุสาหะ ให้ความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรม แม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากหรือมีอุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน มาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ บุคคลจะตัดสินความสามารถของตนเองบางสถานการณ์หรือบางกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งจะผันแปรไปตามจำนวนของมิติที่แตกต่างกัน ระดับความคล้ายคลึงกันของกิจกรรม รูปแบบที่แสดงออกถึงความสามารถ (พฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก) ลักษณะของสถานการณ์และลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีทำที่ต่อพฤติกรรมนั้นโดยตรง

3. วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Bandura, 1977: 80-82; 1986: 399-401; 1997: 79-101) 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างความเชื่อที่แรงกล้าในความสามารถของตนเอง แต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมี ความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การสังเกต "ตัวแบบ" (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้

ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไข พฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกแฉ่งว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1977: 80-81) คือ ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบ

ที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้อย่างดูใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997: 89)

3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึง ความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนเรามักจะตีความหมายของปฏิกริยาความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอ

5. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมการให้อาหารของมารดา

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นส่วนหนึ่งกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของ Bandura (1997) มาประยุกต์ในโปรแกรมการเรียนรู้ความสามารถของมารดาในการจัดอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะอ้วน โดยการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างมีแบบแผน เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถที่สนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญคือ

1) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) การให้ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำ เป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ดังนั้นความรู้จึงนำไปสู่การปฏิบัติได้ (พรศรี ศรีอัษฎาพร และคณะ, 2542; Bandura, 1997)

การสอนเป็นการให้คำแนะนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกวิธีหนึ่ง มีวิธีการสอนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีสมาชิกอยู่รวมกันเป็นกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน การสอนทำให้เกิดการเรียนรู้ใน

ด้านความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพจากการติดต่อระหว่างกันภายในกลุ่มได้เป็นอย่างดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

ข้อดีของการสอนเป็นกลุ่มคือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นระหว่างกลุ่มและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่มารดา เรื่องการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน สาเหตุ ผลเสีย การป้องกันการเกิดภาวะอ้วน และการจัดอาหารให้เด็กรับประทาน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม สอนเนื้อหาและกิจกรรมเดียวกัน ใช้แผนการสอนและคู่มือเป็นสื่อการสอน เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ผลเสีย และการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก เพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของภาวะอ้วนในเด็ก

2) การได้เห็นการทำกิจกรรมของตัวแบบ (vicarious experience) เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะได้รับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ และการที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่น

ตัวแบบในรูปแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นการนำเสนอตัวแบบที่ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ คู่มือ การ์ตูน หุ่นกระบอก ภาพพลิก เทปบันทึกภาพ เป็นต้น ลักษณะการเสนอตัวแบบที่มีการใช้การสอนร่วมด้วยจะทำให้ผู้เรียนสนใจตัวแบบมากขึ้น โดยการอธิบายว่าเราหวังที่จะให้เขาทำตามแบบนั้น และให้ผู้เรียนสรุปลักษณะของพฤติกรรมตัวแบบที่ดู จะทำให้สามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีขึ้น

หนังสือคู่มือเป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุ สิ่งพิมพ์ มีข้อดีคือ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) หนังสือคู่มือเป็นสื่อการเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถอ่านได้ตามอัตราความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอดความรู้ เจตคติ และทักษะไปสู่ผู้เรียน เนื่องจากหนังสือคู่มือเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอดความรู้ และทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้นการสร้างหนังสือคู่มือ จึงใช้แนวทางเดียวกับการผลิตสื่อ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การเลือกหัวข้อ เนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร 2) ประเมินผู้เรียนเพื่อทราบข้อจำกัดของการเรียน 3) กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้อะไรบ้าง และทำการรวบรวมและเรียงเนื้อหา 4) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนพิมพ์ และ 5) นำไปใช้จริงในการทดลอง

ภาพพลิก (Flip chart) คือ ภาพหลายๆ ภาพที่ประกอบเป็นเรื่องสั้นๆ เย็บเรียงเป็นเรื่องลำดับภาพตามเนื้อเรื่อง ใช้กับคนกลุ่มเล็กๆ การใช้ทำโดยการพลิกภาพไปด้านหลังทีละภาพแล้วอธิบาย (พรพิมล อุปถัมภ์, 2530) ข้อดีของภาพพลิกคือ ใช้ในการแนะนำหรือการสอนอย่างง่าย สามารถกำหนดรูปแบบได้ตามต้องการตามความสามารถของผู้เรียน สามารถใช้กับสถานการณ์ที่

สังเกตยาก สามารถเตรียมเรื่องราวไว้ล่วงหน้าอย่างเหมาะสม และเน้นจุดสำคัญของการแสดงออกของพฤติกรรมได้ การใช้ภาพพลิกเป็นการเผชิญหน้าโดยผู้ให้และผู้รับข้อมูลจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และเป็นการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง เมื่อให้ข้อมูลเสร็จ ผู้รับข้อมูลมีโอกาสซักถามได้ ส่วนประกอบของภาพพลิกคือ 1) แผ่นภาพขนาดพอเหมาะที่ใช้ทั่วไปคือ กว้าง 18 นิ้ว และ ยาว 20 นิ้ว จำนวนเหมาะสมกับเนื้อเรื่องที่สอน และแต่ละแผ่นประกอบด้วยภาพและ/หรืออักษรบรรยาย และ 2) ปกหน้าและปกหลังเป็นปกแข็ง ใช้ตั้งบนโต๊ะได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอน และให้มารดาเห็นตัวแบบผ่านสื่อคู่มือ ภาพพลิก เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุ ผลเสีย การป้องกันภาวะอ้วน และการจัดอาหารให้เด็กอ้วนวัยก่อนเรียนรับประทาน อธิบายและให้มารดาซักถาม เพื่อจะช่วยให้เกิดการกระทำของมารดาได้

3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (physiological and effective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ

การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการที่สมาชิกภายในกลุ่ม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ทางคำพูดภายในกลุ่ม แยกแยะความคิดเห็นของตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น (สุรีย์ จันทรมณี, 2543) ข้อดีคือ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการในการเรียนรู้โดยตรง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และเกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาจากการฟังหรือการอ่าน การอภิปรายกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้ การที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความคิดเห็น จะทำให้เขาเต็มใจในการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น และทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (จินตนา ยูนินันท์, 2532)

ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยผ่านสื่อคู่มือแล้ว ผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ้วนของบุตร เพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรม การเลือกอาหารให้เด็กอ้วนวัยก่อนเรียน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก การอธิบายและกระตุ้นให้มารดาซักถาม และให้มารดาอภิปรายแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มร่วมกัน

4) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง (enactive mastery experience) เป็นข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก ในการพัฒนาการรับรู้

ความสามารถของตนเอง เนื่องจากสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นว่าตนเองทำได้สำเร็จ

การบันทึกพฤติกรรม เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรงวิธีหนึ่ง โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามความเป็นจริง ผู้สังเกตจะไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ ทั้งสิ้น การนำเอาการบันทึกมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยการขอความร่วมมือให้มารดาลงบันทึกอาหารที่จัดให้เด็กรับประทาน การรับประทานอาหารของเด็กและกิจกรรมที่เด็กปฏิบัติแต่ละวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นนำแบบบันทึกที่ได้มาร่วมกันแสดงความคิดเห็น และอภิปราย ในระหว่างที่มีการแสดงความคิดเห็นของกลุ่ม กิจกรรมที่มารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยพูดชมเชย ให้กำลังใจในการปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นเตือนให้คงพฤติกรรมนั้นต่อไป และเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมให้คนอื่นปฏิบัติต่อไป

6. บทบาทพยาบาลด้านการส่งเสริมโภชนาการเด็ก

ปัจจุบันบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติงานให้บริการทางสุขภาพมีหลากหลาย และจุดเน้นของการพยาบาลคือ ผู้รับบริการอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ได้แก่ บุคคล ครอบครัว หรือทั้งชุมชน และสถานที่ที่พยาบาลให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้นรวมถึงตั้งแต่ ที่บ้าน โรงเรียน โรงงาน และชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การพยาบาล ระบาดวิทยา สุขากิจบาลสิ่งแวดล้อม และทักษะในการติดต่อประสานงานได้เป็นอย่างดี (อาภา ยังประดิษฐ์, 2542) แนวโน้มการดูแลสุขภาพเด็กในปัจจุบัน จะเน้นการดูแลป้องกันโรคให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าการรักษาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นไปทาง Primary health care การที่จะให้เด็กและครอบครัวสามารถป้องกันโรคได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น (สุชาติา ธนะพงศพร, 2542)

เด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการสามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ คือระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (พิภพ จิริภิญโญ, 2538) เด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการระดับเล็กน้อย พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการเด็กโดยการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกายและการซักประวัติอาหารและโภชนาการจากมารดาและเด็ก พยาบาลก็จะได้ข้อมูลที่จะสามารถวางแผนให้การพยาบาลได้ โดยเน้นการสอนและแนะนำให้มารดาและเด็กเห็นความสำคัญของโภชนาการ ตลอดจนแนะนำการเลือก การจัดอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมให้กับเด็ก (มยุรี นภาพรรณสกุล, 2540)

ดังนั้นการให้การพยาบาลด้านโภชนาการ พยาบาลจะมีบทบาทในหลายด้าน ตามแนวทางการแบ่ง บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลด้านโภชนาการของ Kozier & Erb (1983)

1. บทบาทด้านการดูแล (Caring role) เด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการ พยาบาลต้องรับบทบาทในฐานะผู้ดูแล หรือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดต้องดูแลครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค ตามกระบวนการพยาบาล โดยอาศัยความรู้ เทคนิคการพยาบาล เช่นการประเมินภาวะโภชนาการ การซักประวัติ เพื่อค้นหาสาเหตุ

2. บทบาทของครู (Teaching role) มารดาและผู้ดูแลเด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการ ต้องการการสอนและการชี้แนะเรื่อง ความสำคัญของอาหารการให้อาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย การสอนและการชี้แนะมารดาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลโภชนาการของเด็ก โดยการสอนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ตามความเหมาะสม

3. บทบาทการให้คำปรึกษา (Counseling) พยาบาลต้องให้คำปรึกษาแก่มารดาเด็ก อ้วนวัยก่อนเรียนโดยเฉพาะเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินและการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนในเด็กปกติ

4. บทบาทในการวางแผน (Planning) โดยพยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาล ประเมินสภาพในกรณีที่เด็กมีปัญหาภาวะอ้วน เพื่อกำหนดปัญหาและความสำคัญของปัญหาการวางแผนงานและขั้นตอนการปฏิบัติงาน จะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ

5. บทบาทในการติดต่อสื่อสาร (Communication role) พยาบาลที่ดูแลเด็กต้องมีการติดต่อสื่อสารกับมารดาหรือผู้เลี้ยงดูและเด็ก รวมทั้งบุคคลในครอบครัวในการขอความร่วมมือในด้านโภชนาการ หรือความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นต้น

6. บทบาทในการประสานงาน (Coordinating role) กรณีที่เด็กที่มีปัญหาโภชนาการ รุนแรงมาก พยาบาลต้องมีการประสานงานกับโภชนากร เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งครูและเจ้าหน้าที่อนามัยประจำโรงเรียนในการติดตามดูแลเด็กร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

7. บทบาทในการป้องกัน (Protecting role) พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพเด็กดี ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ซึ่งน้ำหนัก ซักประวัติการให้อาหารของมารดา และการส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่มารดา รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียนและชุมชน

8. บทบาทด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation role) เด็กที่มีภาวะโภชนาการระดับรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากบุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและต้องมีการติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อให้เด็กกลับมามีภาวะโภชนาการปกติ

9. บทบาททางสังคม (Socializing role) เด็กที่มีภาวะโภชนาการรุนแรง ทำให้มีผลกระทบต่อด้านจิตใจ สังคม พยาบาลควรมีการส่งเสริมความเข้าใจ การมีส่วนร่วมของมารดาและบุคคลในครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือ ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้เด็ก

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กอ้วน

เขาวนีย์ วงศ์ศิริ (2535) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการกินของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครู ร่วมกับการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง และนักเรียนชั้นปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 47 คน ของโรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการให้อาหารเด็กเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณวิมล กิตติดิลกุล (2536) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งในเด็กที่มีน้ำหนักปกติและภาวะอ้วน พบว่า นักเรียนที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะดื่มน้ำอัดลม และรับประทานอาหารมื้อหลักที่ให้พลังงานสูง และเลือกรับประทานผลไม้ที่ให้พลังงานสูง และภาวะโภชนาการของพ่อแม่มีผลต่อภาวะโภชนาการบุตร

รัชนีบุลย์ เงินวิไลย (2539) ศึกษาในระดับไขมัน กลูโคสในซีรัม ความดันโลหิต และพลังงานที่ได้รับในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบกับเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ เป็นเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 32 คน พบว่าพลังงานที่ได้รับในเด็กที่มีภาวะอ้วนมากกว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพกับภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะโภชนาการเกิน ภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพกับภาวะโภชนาการเกินและ ภาวะอ้วน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ เพศ ภาวะ

อ้วนในบิดา มารดา ความเชื่อด้านโภชนาการ แรงจูงใจในด้านโภชนาการ บรรทัดฐานด้านโภชนาการของบุคคลต้นแบบ

พุทธชาติ นาคเรือง (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 400 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ทักษะการบริโภค อำนาจการซื้อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ปกครอง

Epstein et al (1990) ทำการวิจัยเรื่องกลวิธีในการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มีภาวะอ้วน อายุระหว่าง 8-12 ปี ทำการศึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่องนาน 4-10 ปี พบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้เด็กควบคุมน้ำหนัก และการลดน้ำหนักได้และการออกกำลังกายทำให้คงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวในระยะยาว ครอบครัวและเพื่อนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มีการควบคุมน้ำหนักในเด็ก

Flod mark et al (1993) ศึกษาเด็กวัยรุ่นโรคอ้วนในสหรัฐอเมริกา โดยใช้โปรแกรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกายและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าได้ผลดีในการลดน้ำหนักของเด็กและสามารถควบคุมน้ำหนักได้ในระยะยาวกว่าการที่เด็กเข้าโปรแกรมเพียงลำพัง

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

ทักษิณา ธัญญาหาร (2540) ศึกษาผลของโครงการโภชนศึกษาเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนชาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ดำเนินกิจกรรมโดยให้โภชนศึกษาและกระบวนการกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

น้ำฝน ทองตันไตรย์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง พบว่าการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับการป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง

พรทิพา ไชยคำพันธ์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการให้อาหารเด็กอายุ 0-5 ปี ระหว่างมารดาที่มีบุตรมีภาวะทุพโภชนาการ กับมารดาที่มีบุตรภาวะโภชนาการปกติ ในเขตวังประจวบ อำเภอเมือง จังหวัดตาก แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการ

และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพร โชติวิทย์ธารากร (2543) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดา ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดากลุ่มที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดา ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพและจดหมายกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Teti and Gelfand (1991) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรวัยขวบปีแรก จำนวน 86 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา

Gross, Fogg, and Tucker (1995) ศึกษาการส่งเสริมความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura มาใช้ในโปรแกรมการฝึกมารดาของเด็กวัยหัดเดิน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และมารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรเพิ่มขึ้น ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนนี้ขึ้นกับผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาที่ทำหน้าที่ในการเลือกและจัดอาหารให้เด็กรับประทานหากมารดามีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมแล้วก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอ้วนในปัจจุบันคือ การขาดความรู้ทางโภชนาการ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมการให้อาหารของมารดา เป็นการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมารดาให้เหมาะสมและต่อเนื่อง เนื่องจากมารดามีบทบาทสำคัญต่อการบริโภคอาหารของบุคคลในครอบครัว ทั้งในเรื่องการจัดเตรียมอาหารให้เด็ก และการปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้กับเด็ก รวมไปถึงการเป็นแบบอย่างการรับประทานอาหารให้กับเด็ก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

