

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่น
ตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

น.ส.ภัทราชา เป็นนาค

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.



1069748963

CU Thesais 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15



5878410739_1069748963

THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ON 3E'S HEALTH
CARE PRINCIPLE OF OVERWEIGHT ADOLESCENT IN BANGKOK.

Miss Pattaracha Pannak

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Sports Science
Common Course
Faculty of Sports Science
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University



1069748963

CU iThesis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ภัทรชา เป้นนาค : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการ
ดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร. (
THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ON 3E'
S HEALTH CARE PRINCIPLE OF OVERWEIGHT ADOLESCENT IN BANGKO
K.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุจิตรา สุขนทรทรัพย์

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม และศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแล
สุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร
เพศ และอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 12 ถึง 14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่
กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยใช้
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อย
ละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบ
ความแตกต่างโดยใช้ค่า "ที" (t-test) และค่า "เอฟ" (F-test) ในกรณีที่พบว่ามีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's
Method) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ
3อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะ แต่ทักษะมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
มีความรู้ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับปานกลาง มีทักษะตามหลักการ
ดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับสูง

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5878410739 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEYWORD: OVERWEIGHT, ADOLESCENT, KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR

Pattaracha Pannak :
 THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ON 3E'S
 HEALTH CARE PRINCIPLE OF OVERWEIGHT ADOLESCENT IN BANGKOK..
 Advisor: Assoc. Prof. SUCHITRA SUKONTHASAB, Ph.D.

This study aims to study and relationship among knowledge, attitude and behavior on 3E's health care principle of overweight adolescent in Bangkok. This research was a descriptive study. Sample sizes consisted of 400 Thai adolescent, both male and female, between 12 - 14 years old who study on lower secondary school in Bangkok. A questionnaire, created by the researcher, was used as a research tool. Data were analyzed by percentile, mean, standard deviation, t-test, F-test, and multiple comparisons by using Scheffe's method and set P-value at the 0.05 level. The relationship between media exposure, knowledge, attitude and behavior in obesity prevention was examined by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study were as follows:

There was no relationship between knowledge and attitude on 3E's health care principle but there was a significant relationship between attitude and behavior ($p < 0.05$), the correlation coefficient was in the low level (0.23). The knowledge and behavior of Thai adolescent people on 3E's health care principle showed a moderate level while attitude showed a high level.

Field of Study: Sports Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้ความเข้าใจอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุกนธทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และดร.รุจน์ เลาหะภักดิ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะแนวทาง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความดูแลเอาใจใส่และ เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ตลอดจน ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์, นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต และศาสตราจารย์ ดร.ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร์ ที่ได้กรุณาสละเวลาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ถิ่นมิ่งสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติก กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกใน ความกรุณาของคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือ

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ที่อบรมสั่งสอน ให้โอกาสทางการศึกษา รวมทั้งครอบครัวที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนในทุกๆ ด้านมาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย น้อง เพื่อน พี่ นิสิตปริญญาโท ปริญญาเอก พี่ๆ เจ้าหน้าที่ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา รวมไปถึงเพื่อน และพี่ๆ ที่ทำงานสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด ทุกท่านที่ ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

ภัทรชา แป้นนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน.....	9
1.1. วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	9
1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น.....	11
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม (KAP).....	15
ความรู้ (Knowledge).....	15
ทักษะคติ (Attitude).....	18
พฤติกรรม (Behavior)	21
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม.....	25
4. หลักการดูแลสุขภาพ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์).....	28



1069748963

CD IThesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	63
สรุปผลการวิจัย.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะจากการงานวิจัย	68
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	77
ภาคผนวก ก.....	78
ภาคผนวก ข.....	80
ภาคผนวก ค.....	87
ประวัติผู้เขียน.....	94



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวน และร้อยละของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำแนกตามเพศ (n=400)	49
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)	51
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ (n=400)	52
ตารางที่ 4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)	54
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)	54
ตารางที่ 6	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)	55
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)	55
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ยทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ (n=400)	56
ตารางที่ 9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)	57
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)	57
ตารางที่ 11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)	58
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)	58

ตารางที่ 13	ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ (n=400).....	59
ตารางที่ 14	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400).....	60
ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)	60
ตารางที่ 16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400).....	61
ตารางที่ 17	การเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe's) (n=400).....	61
ตารางที่ 18	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร	62



1069748963

CT :Thesis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิวัฒนาการของเทคโนโลยีในปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของเราทุกคนเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งในไทยและต่างประเทศทั่วโลก กล่าวได้ว่าเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้การดำเนินชีวิตเรามีความสะดวกสบายและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านการเดินทาง ด้านอาหารการกิน ด้านการทำกิจกรรมต่างๆ เทคโนโลยีล้วนมีบทบาททั้งสิ้น และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเราทุกคนโดยตรง ทั้งในด้านที่เป็นผลดีและส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนกับประชากรทุกเพศทุกวัย (วารินทร์ มากสวัสดิ์, 2558) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงไปของสภาพแวดล้อมทางสังคมในทิศทางที่แย่ง ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทางกายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารฟาสต์ฟู้ด และอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ ฯลฯ และการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบแบบวิถีคนเมือง การมีกิจกรรมทางกายลดลง การใช้สื่อออนไลน์ที่มากขึ้น ต่างส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งสิ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557 : ออนไลน์)

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข การเพิ่มขึ้นของปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในทุกสังคมรวมทั้งประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ตร.ม. ขึ้นไป) ประมาณ 1,900 ล้านราย และอย่างน้อย 600 ล้านรายเป็นโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม. ขึ้นไป) นั่นคือร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่ในโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน (World Health Organization, 2016) ในประเทศไทย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มจะขยายตัวเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กว่า 1 ใน 3 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าตัว ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534-2552) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอาเซียนคนไทยอ้วนสูงสุดเป็นลำดับที่ 2 รองจากมาเลเซียเท่านั้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557 : ออนไลน์) สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2557 ที่พบว่าคนไทยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในรอบ 2 ทศวรรษ เทียบกันในทวีป



1069748963

CD iThesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

เอเชียชายไทยอ้วนเป็นลำดับที่ 4 และหญิงอ้วนสูงสุดเป็นลำดับที่ 2 ขณะที่คนกรุงเทพฯ เสี่ยงโรคอ้วนมากกว่าคนต่างจังหวัด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2557 : ออนไลน์) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552) และ 5 (พ.ศ. 2557-2558) พบว่าประชากรไทยชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาดัชนีมวลกายเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนเพศหญิงจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 41.8 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12, 2560) และจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 พบว่าคนไทยมีแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ตลอดช่วง 6 ปีที่ผ่านมา

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย เป็นปัจจัยสำคัญของความเสี่ยงทางสุขภาพอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก ทั้งผลกระทบต่อแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต (ทักษพล ธรรมรังสี, 2552) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคข้อเข่าเสื่อม โรคสมองเสื่อม ความบกพร่องของสภาวะจิตสังคม (ฉันทชา สิทธิจรูญ, 2556) อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (มนต์ชัย ขาลาประวรร, 2551) นอกจากนี้โรคอ้วนยังสัมพันธ์กับการขาดงานจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้ภาครัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายมากกว่าแสนล้านบาท กระทั่งต่อเศรษฐกิจและสังคมเนื่องจากกลุ่มนี้เป็นประชากรในวัยทำงานถึง 1 ใน 4 นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพแล้วผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังประสบปัญหาด้านคุณภาพชีวิต โดยความบกพร่องนี้จะแปรผันตามระดับความรุนแรงของโรคอ้วน พบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนในประเทศไทยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความอ้วน และจากการศึกษาในประเทศรายได้สูงยังพบว่าโรคอ้วนยังมีผลกระทบต่อโอกาสในการจ้างงาน ในการศึกษา การสมรส และการไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อผลกระทบต่อสุขภาพต่อสังคม โดยมีความชัดเจนที่สุดในด้านของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ทั้งที่จ่ายโดยผู้ป่วยและครอบครัว และที่รองรับโดยสังคมโดยรวม (มนต์รัตน ถาวรเจริญทรัพย์, 2554) การศึกษาในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมีการประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวประชากร (Health expenditure Per capita) จากโรคอ้วนมีมูลค่าระหว่าง 32 - 285 เหรียญสหรัฐและค่าใช้จ่ายโดยรวมมีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 2 - 4 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศและคิดเป็นร้อยละ 0.1 - 1.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product/GDP) ในสหราชอาณาจักรค่าใช้จ่าย รวมในการรักษาพยาบาลโรคอ้วนมีมูลค่าถึง 3.3 - 3.7 พันล้านปอนด์ (House of Common Health Committee, 2004)



จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าระดับค่าใช้จ่ายแปรผันตามความรุนแรงของภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Thompson, D., et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยปี พ.ศ.2552 พบว่าต้นทุนรวมต่อสังคมของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมูลค่า 12,142 ล้านบาท หรือ คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของ GDP ในปีเดียวกัน โดยแบ่งเป็นต้นทุนทางตรงจากค่ารักษาพยาบาลมีมูลค่า 5,584 ล้านบาท ในขณะที่ต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรและการขาดงานมีมูลค่ารวม 6,358 ล้านบาท (มนตรีตัน ถาวรเจริญทรัพย์, 2554) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนนอกจากกรรมพันธุ์ แล้ว ยังพบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศหญิงมีโอกาสเกิดมากกว่าเพศชาย (นิชภา เลิศชัยเพชร, 2553) เนื่องจากเพศหญิงจะถูกฮอร์โมนเอสโตรเจนและ โพรเจสเตอโรนเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมัน สะสมไว้โดยไม่มีการเสื่อมสลาย 2) ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่จบชั้นมัธยมศึกษาและปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคอ้วนมากกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา (นิชภา เลิศชัยเพชร, 2553) 3) การประกอบอาชีพ ที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือใช้พลังงาน (สุวรรณ ถาวรรุ่งโรจน์, 2554) จะทำให้ร่างกายเกิดการสะสมไขมัน 4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ชอบรับประทานอาหารสำเร็จรูป มีไขมันสูง รับประทานปริมาณ มากในมื้อเย็น ค่ามีผลทำให้เกิดโรคอ้วนได้เช่นกัน (ชุตินา ศิริกุลชยานนท์, 2554, Ribas-Barba L., 2007) 5) การมีกิจกรรมทางกายลดลง การใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้นจะส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน (RibasBarba L., 2007) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าเกิดจากบทบาทของบุคคลในครอบครัวและ ในชุมชน สถานที่ทำงานมีส่วนในการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ เช่น เน้นการ ออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ จะมีส่วนช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคอ้วนได้ (ชุตินา ศิริกุลชยานนท์, 2554)

ในประเทศไทยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นปัญหา สาธารณสุขสำคัญของประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี พ.ศ. 2539-2540 การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) มีความชุกของภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 5.8 และในปี พ.ศ. 2544 การศึกษาพัฒนาการแบบองค์รวมของ เด็กไทย พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 6.73 ส่วนปี พ.ศ. 2546 รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พบว่ากลุ่มวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 2.0 ความชุกของโรคอ้วน ร้อยละ 2.3 ส่วนกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-18 ปี) มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 5.9 ความชุกของโรคอ้วน ร้อยละ 7.44 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2551-2552 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนวัยเรียนและวัยรุ่นเพิ่มเป็นร้อยละ 9.73 ตามลำดับ จะเห็น ว่าปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผล การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนไทยปี พ.ศ.2538-2552 พบว่ามีเด็กอ้วนและน้ำหนักเกิน

ทั่วประเทศร้อยละ 5.81 โดยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไม่ได้เกิดเฉพาะวัยผู้ใหญ่เท่านั้น แต่ยังพบสถิติการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่นและวัยเด็กเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย จากสถิติพบว่าเด็กไทยอายุ 2-18 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 8 กลุ่มวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ผลกระทบที่สำคัญที่สุดในเด็กที่มีน้ำหนักเกินคือการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน พบว่าสาเหตุหลักของโรคอ้วนในประชากรวัยผู้ใหญ่เกือบทั้งหมด มาจากพฤติกรรม การบริโภคที่สืบเนื่องมาตั้งแต่เมื่อยังอยู่ในวัยรุ่น (Lobstein et al., 2015) ในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าผู้ใหญ่ที่อ้วนมากๆ จะมีอายุสั้นกว่าปกติถึง 5-20 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในเด็กที่มีน้ำหนักเกินคือความผิดปกติของข้อต่อที่รับน้ำหนักมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเข่า บางคนยังนอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ซึ่งหากเป็นเรื้อรังโดยไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้นอกจากนี้ยังอาจพบโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันเริ่มพบในกลุ่มเด็กอายุน้อยลงเรื่อยๆ บางรายอาจมีผิวหนังบริเวณคอ รักแร้ขาหนีบ ข้อพับดำคล้ำ (Acanthosisnigricans) ซึ่งเกิดจากภาวะฮอร์โมนอินซูลินในเลือดสูงสีคล้ำของผิวหนังดูผิวเผินเหมือนซีเคล ไม่สามารถทำให้จางลงได้ด้วยการถูหรือใช้ครีมใดๆ ทา แต่สามารถจางลงได้เมื่อมีการลดน้ำหนักผิวหนังสีคล้ำนี้เป็นสัญญาณเตือนว่าหากไม่มีการลดน้ำหนักผลสุดท้ายเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ในอนาคต ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกภาวะแทรกซ้อนหนึ่งซึ่งพบได้ในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มีไขมันในเลือดสูง (พัชรภรณ์ อารีย์และคณะ, 2550; Maffeis, 2000; WHO, 2011) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและสังคมพบว่าเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ เช่น เมื่อเด็กย่างเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นผู้ใหญ่มีสังคมกับคนรอบข้างจะเริ่มให้ความสนใจกับตนเองมากขึ้น ซึ่งเด็กที่อ้วนหรือมีน้ำหนักเกินมักโดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียนและเกิดความอายในรูปร่างของตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเองทำให้ไม่ต้องการไปโรงเรียนหรือมีสังคมกับผู้อื่นและเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ขาดความมั่นใจและเสียความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อาจไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศและในบางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Davison & Birch, 2001; Wolf Et Al., 2003) จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมอันเป็นสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกิน

ดังนั้นหากต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นควรเริ่มต้นแก้ไขตั้งแต่ในระดับของการป้องกันไม่ใช่การรักษาและส่งเสริมให้มีการป้องกันตั้งแต่ในวัยรุ่นเพราะเด็กวัยนี้

เป็นวัยที่กำลังมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่จะเจริญเติบโตขึ้นไปสู่วัยผู้ใหญ่ โดยจากการรายงานการเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ.2560 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่ติดตามเด็กอ้วนในระยะยาวพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กที่อ้วนในวัยก่อนเรียนและครึ่งหนึ่งของเด็กอ้วนในวัยเรียนจะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อ้วนโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนยิ่งสูงมากกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2547 อ้างถึงใน วารินทร์ มากสวัสดิ์, 2558) ผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558 พบเด็กอายุ 12-14 ปี มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 13.9 โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบมากที่สุดของประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน โดยมีความชุกของโรคเด็กอ้วนสูงมากถึงร้อยละ 10.2 และน้ำหนักเกินร้อยละ 3.9 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554) และจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงซึ่งพบว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและกรุงเทพมหานครมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพิชชา วงศ์จันทร์, 2557) สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยวัยเรียนจากสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2552 พบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 4 เด็กอายุ 6-14 ปี ในเขตเมืองพบภาวะอ้วนร้อยละ 9.5 และเยาวชนในเขตเมืองอายุ 15-18 ปี พบภาวะอ้วนร้อยละ 17.7 ในปี พ.ศ.2552 สถานการณ์ของเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ซึ่งกรมอนามัยคาดว่าในอนาคตความชุกของเด็กอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 หากไม่จัดการกับการกินเกินความจำเป็น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) สาเหตุของการมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนไม่ใช่เพียงแต่การขาดกิจกรรมทางกายเท่านั้นแต่ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมด้วย โดยจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานครที่ทำการศึกษาในเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี และผู้ปกครองรวมจำนวน 1,863 คู่ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานครมีภาวะโภชนาการเกินและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ได้แก่ เพศ ระยะเวลาทำกิจกรรมที่ใช้แรงน้อย ระยะเวลาทำกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง รายได้ของครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง ตัวแบบเชิงสุขภาพของผู้ปกครอง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่โรงเรียน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวนพี่น้อง และลำดับที่การเป็นบุตร ตามลำดับ (นริศรา พิงโพธิ์สภ, 2551) เช่นเดียวกันกับการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาและนักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 13-17 ปี ทั่วประเทศบริโภคอาหารไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 59 และมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องปัจจัยสำคัญอีกประการที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนคือการขาดกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย จากรายงานสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย

ของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปพบว่ามี การเคลื่อนไหวออกกำลังกายพอเพียงตามเกณฑ์ลดลง โดยในปี พ.ศ.2547 มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายพอเพียงตามเกณฑ์ร้อยละ 80.9 แต่ในปี พ.ศ.2552 มีการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกายพอเพียงตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 74.9 (กอง- ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2550) สอดคล้องกับผลสำรวจสถานการณ์การมีกิจกรรม ทางกายของไทย พ.ศ.2555 จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าภายใน 24 ชั่วโมงคนไทยมีพฤติกรรมเฉลี่ยถึง 13.4 ชั่วโมง นอนหลับ 8.2 ชั่วโมงและมีกิจกรรมทางกายที่ เพียงพอ 2 ชั่วโมง ขณะที่ควรจะมีกิจกรรมทางกายอยู่ที่ 6 ชั่วโมง/วัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กและเยาวชนบริโภคขนมขบเคี้ยวเฉลี่ยสูงถึง 26 บาทต่อคนต่อวัน โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน (วิทยา กุลสมบูรณ์, 2549 อ้างถึง ใน วารินทร์ มากสวัสดิ์, 2558) ซึ่งเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญมากเนื่องจากจะ เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตหากเด็กวัยเรียนเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามไปด้วย โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า พฤติกรรมเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคคล ซึ่งโรคและปัญหาสุขภาพหลายอย่างมีสาเหตุ มาจากพฤติกรรมของบุคคลและพฤติกรรมบางอย่างมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการ รับประทานอาหารเป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เด็กจะต้องมีการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติจึงจะ เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเรียนรู้สังเกตได้จากนิสัยการ บริโภคที่ยึดติดกับรสชาติของอาหารรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ เลือกรับประทานอาหารที่มี คุณค่าทางโภชนาการต่ำ ชอบบริโภคตามกระแสนิยมและการโฆษณา (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และ คณะ, 2557) การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ ด้วยเพราะพฤติกรรมเป็นการแสดงออกหรือการกระทำเพื่อสนองต่อสิ่งเร้าตามสถานการณ์โดยมีพื้นฐาน มาจากความรู้และทัศนคติแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติด้วย (ทัศนาศิริโชติ, 2557)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาด้วยหลัก 3อ โดยเน้นว่า หลัก 3อ เป็นวิธีป้องกันความอ้วนที่ดีที่สุดประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) แต่เนื่องจากการนำหลัก 3อ ไปใช้ใน กลุ่มเป้าหมายวัยทำงานเป็นการแก้ไขปัญหาความอ้วนที่เกิดขึ้นแล้ว สำหรับผู้ที่ยังไม่อ้วนควรหาทาง ป้องกันไม่ให้มีน้ำหนักเกินในกลุ่มก่อนวัยทำงาน คือ กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและเป็น ทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ ถ้าวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพย่อมไม่สามารถทำหน้าที่พัฒนาประเทศ

ให้เจริญก้าวหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ จากค่ากล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันที่ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน เพราะจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในกายภาคหน้าทั้งต่อตนเองและต่อเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ได้แก่ อารมณ์ อาหาร และการออกกำลังกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ และอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาวิจัยด้วยการสำรวจความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 12 – 14 ปี ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกองโภชนาการ กรมอนามัย (2542) ซึ่งใช้การคำนวณน้ำหนัก (กิโลกรัม) เทียบกับส่วนสูง (เซนติเมตร) (Weight For Height) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะอยู่ในเกณฑ์ตั้งแต่ $> +2$ SD
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ เพศ และอายุ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร และตัวแปรตาม คือ ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

คำจำกัดความของการวิจัย

วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง นักเรียนชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 12-14 ปี ที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) เทียบกับส่วนสูง (เซนติเมตร) (Weight For Height) อยู่ในเกณฑ์ตั้งแต่ $> +2$ SD



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

หลักการดูแลสุขภาพ 3อ หมายถึง หลักการดูแลปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี ในด้านอาหาร (Eating) การออกกำลังกาย (Exercise) และการดูแลเรื่องอารมณ์ (Emotional)

ความรู้ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับหลักการดูแลสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่กระทำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนเพื่อการศึกษาหรือนำมาใช้อ้างอิงในงานต่างๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษา ดังนี้

1. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
4. หลักการดูแลสุขภาพ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

1. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารเกินกว่าความต้องการ โดยที่สารอาหารส่วนที่เกินจะถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมันในร่างกาย ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน (Obesity) ตามมา (Kantachuvessiri, 2005) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าปกติโดยมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งเกินไปจากมาตรฐานที่กำหนด (WHO, 2009) สำหรับผู้ใหญ่นิยมใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงคิดเป็นค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยที่ประชากรไทยไม่ควรมียค่าดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ตร.ม. และค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.1-24.9 นั้นหมายถึง น้ำหนักเกิน (สำนักงานพัฒนาข้อมูล ระบบข่าวสารสุขภาพ, 2553) ซึ่งหากบุคคลนั้นยังไม่มีการควบคุมน้ำหนักต่อไปในอนาคตก็อาจจะทำให้เป็นโรคอ้วนได้ (พัชรนันท์ ศรีม่วง, 2554)

1.1. วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

เกณฑ์การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีดังนี้

1. การหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็นค่าดัชนีความสัมพันธ์จากการคำนวณระหว่างน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) และหารด้วยส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง)

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์ระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ข้อมูลตารางที่ 1) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของประชากรเอเชีย (WHO, 2004)

ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)		
กลุ่ม	เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1998)	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 – 24.99	18.5 - 22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25	≥ 23
Pre-Obese	25 – 29.99	เสี่ยง (At Risk) 23 - 24.99
อ้วนระดับ 1	30 - < 34.99	25 – 29.99
อ้วนระดับ 2	35 - < 39.99	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	-

2. การใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงเกณฑ์เก่า เกณฑ์ใหม่ และการประเมินภาวะทางโภชนาการ (Nchs)

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้เสนอวิธีการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กอายุ 5-18 ปี ด้วยการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงเกณฑ์เก่า เกณฑ์ใหม่ และการประเมินภาวะทางโภชนาการ (Nchs) ซึ่งแสดง 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง โดยมีเกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการดังนี้

น้ำหนักเทียบกับอายุ	>P10	แสดงว่า น้ำหนักปกติ
	<P10	แสดงว่า น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
ส่วนสูงเทียบกับอายุ	>P10	แสดงว่า ส่วนสูงปกติ
	<P10	แสดงว่า เตี้ย
น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง	<P3	แสดงว่า ผอม
	P3 ถึง P10	แสดงว่า ค่อนข้างผอม
	>P10 ถึง P90	แสดงว่า ปกติ
	>P10 ถึง P97	แสดงว่า น้ำหนักเกิน
	>P97	แสดงว่า อ้วน

จากเกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการข้างต้น เมื่อนำน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงหากมีค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90 ถึงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 97 (>P90 ถึง P97) แสดงว่าเด็กมีภาวะน้ำหนักเกิน และหากมีค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 97 ขึ้นไปแสดงว่าเป็นโรคอ้วน

3. เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 1 วัน ถึง 19 ปี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดจุดตัด (Cut-Off Point) ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการไว้ ดังนี้

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight For Height) สามารถแยกแยะภาวะโภชนาการของเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันได้ จุดตัดคือ

อ้วน	>+3 SD
น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน	>+2 SD ถึง +3 SD
ท้วม	>+1.5 SD ถึง +2 SD
สมส่วน	-1.5 SD ถึง +1.5 SD
ค่อนข้างผอม	<-1.5 SD ถึง -2 SD
ผอม	<-2 SD

ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของประชาชนไทยอายุ 1 วัน ถึง 19 ปีของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ อยู่ในเกณฑ์ >+2 SD

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น ไม่ได้เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยเดียวๆ แต่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันหลายปัจจัย (Gurnani M, 2015) รายละเอียดดังนี้

1). ปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม (Genetic Risk Factors) (Brown CL, 2015) เป็นความผิดปกติของยีนบางชนิดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งปรากฏให้เห็นในรูปกลุ่มอาการต่างๆ (Syndromes) เช่น การมีโครโมโซมที่ 21 เกินมา (Trisomy 21) พบในกลุ่มอาการ ดาวน์หรือดาวน์ซินโดรม (Down's Syndrome) และกลุ่มอาการ เพรเดอร์-วิลลี (Prader-Willi Syndrome) หรือปรากฏให้เห็นในรูปความผิดปกติที่เกิดจากยีนเดี่ยว (Monogenic Disorders) เช่น ภาวะพร่องเลปติน (Leptin Deficiency) การผ่าเหล่าของยีนตัวรับเลปติน (Leptinreceptormutations) หรือปรากฏให้เห็นในรูปความผิดปกติของฮอร์โมน (Hormonal Disorders) เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (Hypothyroidism) ภาวะพร่องฮอร์โมนเจริญเติบโต (Growth Hormone Deficiency) กลุ่มอาการคุชชิง (Cushing Syndrome) โรคอ้วนที่มีสาเหตุจากไฮโปทาลามัสผิดปกติ (Hypothalamic Obesity) กลุ่มอาการมีภาวะถุงน้ำจำนวนมากที่รังไข่ (Polycystic Ovary Syndrome) และภาวะระดับโปรแลคตินสูงในเลือด (Hyperprolactinemia) เป็นต้น

2). ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (Behavioral Risk Factors) (Brown CL, 2015) พฤติกรรมบางอย่างของบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ประกอบด้วย

2.1) การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดี เช่น การไม่รับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด การรับประทานอาหารที่มีส่วนบริโภคของอาหารเพิ่มขึ้นทั้งน้ำหนัก ปริมาณและปริมาณพลังงาน (Larger Portion Sizes) และการรับประทานอาหารในขณะที่ยังไม่หิว เป็นต้น

2.2) การมีพฤติกรรมเน่นิ่งหรือพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (Sedentary Behavior) เช่น การใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ เล่นวิดีโอเกมมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน รวมทั้งการลดการเคลื่อนไหวออกแรง (Physical Activity) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น

2.3) การนอนหลับ การมีระยะเวลาอนหลับน้อยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก

2.4) ความเครียด ความเครียดที่เกิดกับวัยเรียนและวัยรุ่น บิดามารดา หรือเกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ล้วนส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น



3). ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (Environmental/Societal Risk Factors) (Gurnani M, 2015) มีหลายปัจจัย เช่น รายได้น้อย การรับรู้ของพ่อแม่ต่ออาหารและสภาพแวดล้อมในการเคลื่อนไหวออกแรง อยู่ห่างไกลจากสถานที่ซื้อผักและผลไม้และสถานที่ออกกำลังกายหรือสวนสาธารณะ ความไม่มั่นคงด้านอาหาร และการอาศัยอยู่ในสังคมเมือง รวมทั้งชาติพันธุ์ โดยชาติพันธุ์ อะบอริจิน (Aboriginal) ฮิสพานิก (Hispanic) และเอเชียใต้มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็ก ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว วัยเรียน และวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วน นำไปสู่การเกิดโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ และยังสัมพันธ์กับอัตราป่วยและตายก่อนวัยอันควรในวัยผู้ใหญ่

4). ปัจจัยอื่นๆ นอกจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคแล้ว การที่ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้วิถีชีวิตของผู้คนเปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย กิจกรรมที่เคยทำให้ประชากรได้มีการใช้พลังงานลดน้อยลงไป มีการใช้เครื่องจักรเพิ่มมากขึ้น แม้แต่ในบ้านยังนิยมใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น เครื่องดูดฝุ่น เครื่องซักผ้า เพื่อให้ทำงานได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นกิจกรรมทางกายที่จะช่วยให้มีการใช้พลังงานและไม่เหลือเป็นไขมันสะสมตามร่างกายจึงลดลงตามไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะโภชนาการเกินเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและลงมือแก้ไขอย่างจริงจัง

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีหลายประการ ดังนี้ (Reilly JJ, 2011)

1). ผลกระทบด้านร่างกาย (Physiological Comorbidities) มีความผิดปกติหรือโรคหลายชนิดซึ่งเป็นผลมาจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น ได้แก่

1.1) กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) เป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย ภาวะดื้ออินซูลินหรือมีระดับกลูโคสในเลือดสูง (Elevated Glucose) ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนลงพุง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) กลุ่มความผิดปกติที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) จากรายงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกมากกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ไม่อ้วน

1.2) ปัญหาระบบหายใจ เช่น ภาวะหยุดหายใจ ขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) เนื่องจากไขมันที่สะสมในกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบทางเดินหายใจส่วนบนทำให้ทางเดินหายใจแคบลงไขมันในช่องท้องดัน กระบังลมขึ้นในขณะนอนหงายผนังหน้าอกหนาขึ้นจากการ สะสมไขมันจะมีความยืดหยุ่นต่ำ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เด็กอ้วน ขณะนอนหลับมีปริมาตรอากาศในปอดลดลงในขณะที่มีการอุด กั้นทางเดินหายใจ และหอบหืด มีรายงานในต่างประเทศพบ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนและหอบหืดขณะเดียวกันผลการ ศึกษาในบางรายงาน



ยังไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนช่วยอธิบายการวินิจฉัยโรคหอบหืดที่เพิ่มขึ้น ได้อย่างไร

1.3) ปัญหากระดูกและข้อ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะกดลงบนกระดูกอ่อน และ Growth Plates ทำให้ข้อเข่าเกิดการผิดรูปทั้งการผิดรูปแบบขาโก่ง (Bow Leg หรือ Blount's Disease) และการผิดรูปแบบเข่าชนกัน (Knock Knees) ส่วนน้ำหนักที่กดลงบน Growth Plates ที่ยังไม่เชื่อมสนิทกับกระดูก ทำให้เกิดอันตรายต่อหัวของกระดูก กระดูกต้นขา (Femur) เกิดการเคลื่อนของแคปิตัลอีพิฟิซิส ของกระดูกต้นขา (Slipped Capital Femoral Epiphysis) ทำให้ขาข้างหนึ่งสั้นและอีกข้างหนึ่งยาว

1.4) ปัญหาระบบทางเดินอาหารคนอ้วนมีโอกาas เป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย เนื่องจากถุงน้ำดีมีการบีบตัวน้อย ประกอบกับน้ำดีมีระดับคอเลสเตอรอลสูงขึ้น รวมทั้งกรดน้ำดีไม่ได้เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับฟอสโฟไลปิด ส่วนวัยรุ่นหญิงที่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีและการสะสมของไขมันในตับ ชนิดที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มสุรา (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease หรือ NAFLD) พัฒนาการของโรคเริ่มตั้งแต่ต้นเกิด ฟังผืด ตับแข็ง และมะเร็งตับ ตามลำดับ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554)

2). ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological Comorbidities) (Pulgaron ER, 2013) วัยเรียนและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วนจะมีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าวัยเรียนและวัยรุ่นที่ไม่อ้วน ผลกระทบด้านจิตใจมีหลายประการ ได้แก่

2.1) โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder หรือ ADHD) โรคอ้วนและโรคสมาธิ สั้นมีความสัมพันธ์กัน อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ แล้วขยายไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ดีในการกินอาหาร การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นพบความชุกในเด็กอ้วนมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ

2.2) ความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยภายใน และภายนอกของบุคคล (Internalizing And Externalizing Disorders)

ความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยภายในของบุคคล (Internalizing Disorders) เป็นชนิดหนึ่งของความผิดปกติทาง ด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัย ภายนอกของบุคคล หรือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายในตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์แบบเก็บกดไว้ภายใน หรือเก็บปัญหาไว้กับตนเอง บุคคลที่มีความผิดปกติภายในมักจะแสดง อาการเครียดวิตกกังวล หรือขาดความมั่นใจเป็นต้น ส่วนความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยภายนอกของบุคคล (Externalizing Disorders) เป็นความผิดปกติด้านจิตใจที่แสดงออกมาให้เห็น โดยพฤติกรรมภายนอก เช่น การไม่สามารถปรับตัวเองให้เข้า กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของบุคคล



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

2.3) ปัญหาด้านจิตใจอื่นๆเช่น ความไม่พึงพอใจ ในรูปร่างของตนเอง (Body Dissatisfaction) กลุ่มอาการ ความผิดปกติการกินอาหาร (Eating Disorder Symptoms) การถูกกลั่นแกล้ง (Bullying) การขาดทักษะทางด้านสังคม และการมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ดี เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) ประกอบด้วยความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรมหรือการยอมรับปฏิบัติ (Behavior Or Practice) ของผู้รับสารซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสังคมต่อไปจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ตัวแปรนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง คือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะเกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ ก่อให้เกิดการกระทำ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

ความรู้ (Knowledge)

1) ความหมายของความรู้

ความรู้ ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายว่า “ความรู้” คือ สิ่งที่สะสมมาจากการเล่าเรียน ศึกษา ค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ การได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์

Bloom (1975) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่างๆ วัตถุประสงค์ของความรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงกับการจัดระบบของระดับความรู้ ความสามารถทางด้านสติปัญญา

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ได้จากข้อเท็จจริง เหตุการณ์ต่างๆ ประสบการณ์ รวมทั้งจากการได้ศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ได้ยินได้เห็นตลอดจนได้ปฏิบัติ โดยผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความเข้าใจและสามารถจดจำระลึกได้

2) การจำแนกระดับของความรู้

Bloom, Et Al. (1956) ได้แบ่งระดับความรู้ความสามารถทางด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) ออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

(1) ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นแรกของพฤติกรรม ที่ไม่ต้องใช้ความคิดลึกซึ้งและซับซ้อน เป็นเรื่องของความสามารถในการจดจำหรือระลึกได้ อาจโดยการมองเห็น ได้ยิน หรือได้ฟัง ประกอบด้วยข้อเท็จจริง ความหมาย คำจำกัดความ ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น ดังนั้นการจำได้หรือระลึกได้จึงเป็นขั้นตอนที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิด

ความเข้าใจ เป็นกระบวนการที่สำคัญทางจิตวิทยา การนำความรู้ไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์และ ประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ความคิดและความสามารถด้านสมองเพิ่มมากขึ้น

(2) ความเข้าใจ (Comprehensive) อาจแสดงออกในรูปของการ ใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่างๆ เป็นพฤติกรรมขั้นต่อจาก “ความรู้” ซึ่งจะต้องใช้ ความสามารถที่เพิ่มขึ้นของสมองและทักษะในขั้นสูงจนถึงระดับของ “การสื่อความหมาย” อาจทำได้ ทั้งที่เป็นการพูด เขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ มักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับสารต่างๆ แล้ว โดยการฟัง เห็น อ่าน หรือเขียน

(3) การนำความรู้ไปใช้ (Application) จะต้องอาศัยความสามารถ หรือทักษะทางด้านความเข้าใจ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือการแก้ปัญหาตนเอง

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการช่วยแยก ภาพรวมออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น อาจแบ่งเป็นขั้นย่อยๆ ได้ 3 ขั้นด้วยกัน
ขั้นที่ 1 ความสามารถแยกแยะองค์ประกอบของปัญหา ออกเป็นส่วนๆ

ขั้นที่ 2 ความสามารถมองเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนประกอบ

ขั้นที่ 3 ความสามารถมองเห็นหลักของการผสมผสาน ปัญหาที่มีองค์ประกอบย่อยมากมาย

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ ความสามารถในการนำเอา ประสบการณ์ในอดีตมาร่วมกันกับประสบการณ์ในปัจจุบัน นำเอาส่วนประกอบย่อยหลายๆ ส่วนมา รวมกันเข้าเป็นกรอบโครงสร้างที่แน่ชัด มีระเบียบแบบแผนเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิด ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์จึงต้องมีความเข้าใจในการนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์มาประกอบ

(6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการ ประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานเป็น ส่วนประกอบในการประเมินผลมาตรฐานนี้อาจจะอยู่ในทุกขั้นตอนของความสามารถหรือทักษะต่างๆ

ศิริชัย กาญจนวาสี (2534 อ้างถึงใน ภิเชต เสริมสัย, 2554) แบ่งระดับ ความรู้ ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

(1) ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากการเดา หรือภาพลวงตา ทางประสาทสัมผัส

(2) ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัส หรือ ความเชื่อที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอนเป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

(3) ความรู้ระดับสมมติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิด หรือ ความเข้าใจซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ความรู้ชั้นนี้ถือว่าเป็นชั้นสมมติฐานเพราะเกิดจากคำนิยามหรือสมมติฐานที่ยังไม่ได้พิสูจน์

(4) ความรู้ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้จากตรรกวิทยาเป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

3) การวัดความรู้

การวัดความรู้ เป็นการวัดความสามารถในการระลึกเรื่องราวข้อเท็จจริงหรือประสบการณ์ต่างๆ หรือเป็นการวัดการระลึกประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับคำสอนการบอกกล่าวการฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำราจากสิ่งแวดล้อมต่างๆด้วยคำถามการวัดความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ไพศาล หวังพานิช, 2536 อ้างถึงใน นันทิกา ไปเร็ว, 2556) คือ

(1) ถาถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหาข้อเท็จจริงต่างๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบด้วยคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น ศัพท์ นิยม กฎ ความจริงหรือรายละเอียดของเนื้อหาต่างๆ

(2) ถาถามความรู้ในวิธีการดำเนินการเป็นการถามวิธีการปฏิบัติต่างๆ ตามแบบแผนประเพณีขั้นตอนของการปฏิบัติงานทั้งหลาย เช่น ถาถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้นแนวโน้มการจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่างๆ

(3) ถาถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม ข้อสรุป หรือ เพื่อย่นย่อและรวบรวมลงมาเป็นหัวใจของเนื้อหานั้น

ในการวัดความรู้ความจำ และความเข้าใจของผู้เรียนทำได้โดยใช้แบบทดสอบต่างๆ ดังนี้ (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ นัจราภรณ์, 2553)

- (1) ข้อสอบแบบบรรยาย (Essay)
- (2) ข้อสอบแบบถูก - ผิด (True -False)
- (3) ข้อสอบแบบเลือกตอบ (Multiple Choice)
- (4) ข้อสอบแบบจับคู่ (Matching)
- (5) ข้อสอบแบบเติมคำ (Completion)

จากการข้างต้นสรุปว่า การวัดความรู้ คือ การวัดความจำเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยพบประสบมาแล้ว โดยสามารถสร้างเครื่องมือในการวัดได้หลายแบบตามแต่ชนิดของความรู้ เครื่องมือจะต้องมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูงเพื่อที่จะแยกคนที่มีความรู้และไม่มีความรู้ได้ในระดับหนึ่ง สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร



1069748963

การออกกำลังกายและอารมณ์โดยใช้แบบวัดความรู้ชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและง่ายต่อการนำไปใช้รวมถึงประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล

ทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงความหมายของทัศนคติ และกระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะทัศนคติเป็นสิ่งที่ใช้เชื่อมโยงระหว่าง ความรู้และพฤติกรรม

องค์ประกอบของทัศนคติ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2542) ได้แยกองค์ประกอบของทัศนคติได้ 3 ประการ คือ

1) องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไป ทั้งชอบ และไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้หรือรับทราบในสิ่งที่ดี ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าบุคคลมีความรู้หรือรับทราบในสิ่งที่ไม่ดี ก็จะทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2) องค์ประกอบความรู้สึกรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล มีผลต่างกันไปตามบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อบุคคล หรือสิ่งๆหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบของความรู้ ความคิดและความรู้สึก

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2542) กล่าวว่า ทัศนคตินั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จากสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่มากมาย และสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดทัศนคติ คือ

1) ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งดีและไม่ดี ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดทัศนคติต่อสิ่งๆ นั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี หรือเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปประสบการณ์ที่เขามีมาก่อน

2) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication From Others) จะทำให้เกิดทัศนคติจากการรับรู้สารต่างๆ เช่น เด็กได้รับการสั่งสอนจากผู้ใหญ่ ทำให้เกิดทัศนคติจากการกระทำเท่าที่เคยรับรู้มา

3) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบบุคคลอื่น ทำให้เกิดทัศนคติขึ้นได้ เช่น เด็กที่เคารพเชื่อฟังผู้ปกครองเกิดการเลียนแบบการแสดง จะมีทัศนคติชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้นไปด้วย

4) ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) มีหลายทัศนคติของบุคคลที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น หน่วยงาน โรงเรียน หรือครอบครัว เป็นต้น



1069748963

สรุปได้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมไปทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทศนคตินั้น ทศนคติเป็นเรื่องของจิตใจ ทำที่ความรู้สึกนึกคิด และการเปิดรับรายการกรองสถานการณ์ที่ได้รับมา ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทศนคติมีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาจะเห็นได้ว่า ทศนคติประกอบด้วย ความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนั้นออกมาโดยพฤติกรรม

การวัดทศนคติ

การวัดทศนคติ เป็นความรู้สึกไม่ใช่การกระทำ จึงเป็นการวัดภาวะโน้มเอียงในการจะแสดงออก ซึ่งมีลักษณะอัตนัย (Subjective) ยังไม่มีบุคคลใดค้นพบวิธีการที่จะวัดทศนคติหรือทำที่ความรู้สึกของบุคคลโดยตรงอันจะเป็นกรณีที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน นอกจากเพียงการวัดทศนคติจากการบันทึกคำพูดและพยายามหาความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดของบุคคลนั้นกับทศนคติ ซึ่งผู้ทำการวัดสามารถมองเห็นและเป็นเพียงการคาดประมาณ (Estimate) ทศนคติของบุคคลนั้นเท่านั้น เนื่องจากบุคคลอาจไม่แสดงออกด้วยความจริงใจเพราะคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว จึงทำให้ไม่ได้ข้อเท็จจริงและการแสดงออกต่อสิ่งใดนั้นไม่ว่าเป็นการเขียน พูด หรือรูปลักษณะ บุคคลมักไตร่ตรองถึงความเหมาะสมตามสภาพการณ์ทางสังคม คือ การยอมรับและการไม่ยอมรับ ตามปกติ วิสัย ค่านิยม การเห็นชอบหรือไม่ชอบของคนส่วนใหญ่ในสังคม

การวัดทศนคติที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2538) กล่าวว่า มาตราวัดลิเคิร์ท (Likert Scale) เป็นแบบประเมินค่าโดยกำหนดช่วงความรู้สึกออกเป็น 5 ช่วง หรือ 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ถ้าตอบ จะได้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ถ้าตอบ จะได้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ถ้าตอบ จะได้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ถ้าตอบ จะได้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ถ้าตอบ จะได้ 1 คะแนน

อาจให้คะแนนในทางกลับกันก็ได้ เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน การให้คะแนนอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของข้อความว่าเป็นไปในทางเดียวกัน (เชิงนิยมหรือไม่นิยม) ในเรื่องที่ต้องการวัดหรือไม่ ถ้าต้องการวัดในเรื่องเชิงนิยมแต่คำถามบางข้อเป็นไปในเชิงไม่นิยมต้องกลับคะแนนให้ถูกต้อง

ศักดิ์ไทย สุรกีจาวร (2545) กล่าวว่า เราไม่สามารถวัดทศนคติได้โดยตรงแต่สามารถวัดได้จากพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม การวัดทศนคติแบ่งได้ 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) วิธีการวัดทางตรง (Directive Technique) มี 2วิธีได้แก่

1.1) วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีวัดที่จะต้องใช้เวลาอย่างมาก เพราะต้อง
ใช้วัดทีละคน

1.2) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) สามารถวัดทัศนคติได้ครั้งละ
หลายคน สิ้นเปลืองเวลาน้อยแบบสอบถามที่ใช้วัดทัศนคติจะใช้ Attitude Scale ซึ่งมีหลายแบบคือ

(1) Thurstone Scale เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยประโยคต่างๆ
หลายประโยคแล้วแต่จะวัดเรื่องอะไรที่หน้าประโยค แต่ละประโยคจะมีค่าของสเกล (Scale Value)
ของแต่ละประโยคอยู่ด้วยซึ่งมีค่าอยู่ตั้งแต่ 1 - 11 พร้อมทั้งจุดทศนิยมและจะติดไปกับประโยคนั้น
ตลอดไปจากการศึกษาจากเทอร์สโตน โดยข้อที่มีค่าของสเกล (Scale Value) ต่ำแสดงว่ามีทัศนคติ
ที่ไม่ดีค่าของสเกล (Scale Value) สูง แสดงว่ามีทัศนคติที่ดี

(2) Likert Scale เป็นแบบทดสอบทัศนคติที่ลิเคิร์ทได้สร้างขึ้น
เป็นแบบทดสอบที่เป็นประโยคและมีหัวข้อให้เลือกคือ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย
และไม่เห็นด้วยอย่างมาก ทัศนคติทางบวกจะได้คะแนนมาก ทัศนคติทางลบจะได้คะแนนน้อย ถ้านำ
แต่ละข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเราจะรู้ว่ามีทัศนคติอย่างไร

(3) Semantic Differential Scale เป็นมาตรฐานการวัดทัศนคติ
ซึ่งเป็นมาตราส่วนที่ใช้หลักความแตกต่างทางด้านความหมายซึ่งเป็นคำคุณศัพท์ที่มีความหมาย
โดยตรงจะใช้คำคุณศัพท์ที่มีความหมายแฝงใช้สำหรับวัดทัศนคติต่างๆ โดยทั่วไป

2) วิธีการวัดทางอ้อม (Indirective Technique) มี 3 วิธีได้แก่

2.1) วิธีวัดทัศนคติโดยให้ต่อความ (Sentence Completion) หรือให้อ่านแล้วต่อความหมายซึ่งผู้ถูกวัดในเรื่องใดๆ จะไม่รู้ตัวว่าถูกวัดอะไร

2.2) วิธีวัดทัศนคติโดยหาคำมาสัมพันธ์ (Word Association) โดยผู้ถูกวัด
ทัศนคติต่อคำต่างๆ เมื่อเห็นคำเหล่านั้นแล้วนึกถึงอะไรแล้วให้เขียนลงไปคู่กับคำๆนั้น

2.3) วิธีวัดทัศนคติการผูกเรื่องจากภาพ หรือโดยการเล่าเรื่องจากภาพ
(Story Telling) โดยให้ผู้ที่เราทดสอบดูภาพทีละภาพ ผู้ทดสอบจะเอาประสบการณ์ต่างๆ ของตนมา
โยงกับภาพเหล่านั้นทำให้เราทราบทัศนคติของเขาได้

3) ศึกษาจากสิ่งอื่นโดยไม่ต้องติดต่อกับบุคคลที่เราจะวัดเลย (Unobtrusive
Technique) เป็นวิธีวัดทางตรงและทางอ้อมเพราะวิธีวัดแบบนี้เราไม่ต้องไปเกี่ยวข้องกับผู้ที่เราจะวัด
เลย เช่น

3.1) การวัดความสึกกร่อน (Erosion Measure)

3.2) การวัดสิ่งที่สะสมซึ่งถูกทิ้งไว้เบื้องตัน (Trace Measure)

3.3) ดูจากหลักฐานต่างๆ ที่เป็นเอกสารหรือข้อเขียนต่างๆ (Archive)



1069748963

ซึ่งวิธีวัดแบบนี้เป็นวิธีที่ให้ค่าออกมาไม่แน่นอน ควรจะใช้ควบคู่กับวิธีวัดแบบอื่นๆ

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า การวัดทัศนคติ คือ การวัดความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล โดยสามารถวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การสร้างเครื่องมือในการวัดทัศนคตินั้นจะต้องมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง เพื่อที่จะแยกและจัดระดับความคิดเห็นของบุคคลสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยวัดทัศนคติโดยเลือกใช้มาตราแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งเป็นการวัดที่ใช้กันอย่างกว้างขวางกว่าแบบอื่นๆ สะดวกง่ายแก่การสร้าง ประหยัดเวลาอีกทั้งยังมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างสามารถวัดได้เกือบทุกเรื่อง และยังมีความเที่ยงตรงสูงกว่าแบบอื่นอีกด้วย โดยผู้วิจัยจะสร้างข้อความ (Attitude Statement) ขึ้นมาหลายข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษาการให้คะแนนขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นข้อความที่สนับสนุน (Positive Statement) หรือข้อความที่ต่อต้าน (Negative Statement) ต่อเรื่องที่จะวัดโดยให้มีข้อความทั้งสองประเภทเท่าๆกัน ระดับของคำตอบมี 5 ระดับ คือ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

พฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม คือ การเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากสื่อในรูปแบบต่างๆ จนส่งผลให้เกิดการกระทำในสิ่งนั้นๆ ซึ่งบางครั้งอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การยอมรับปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่างๆ

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคล โดยในพื้นฐานมาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันเนื่องมาจากการมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างกันในการแปลความหมายของสารที่ตนเองได้รับจึงก่อให้เกิดประสบการณ์สัมผัสที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมที่ถูกโน้มน้าวโดยการสื่อสารนั้น อาจเกิดกระบวนการเรียนรู้ หรือการตอบสนองต่อสื่อ ซึ่งในบางครั้งสื่อและความพยายามของการสื่อสารสังคมในปัจจุบัน พยายามทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่วนรวมหรือผู้อื่น ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปลูกจิตสำนึกของผู้รับสาร มิใช่เกิดจากการครอบงำของผู้ส่งสารฝ่ายเดียว โดยทั่วไปการโน้มน้าวพฤติกรรมการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ซึ่งการโน้มน้าวพฤติกรรมของการสื่อสารสังคมผ่านสื่อ โดยวิธีการดังนี้

1) การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotion Arousal) เพื่อให้เกิดการตื่นเต้นและเร้าใจในการติดตาม

2) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การแสดงความอ่อนโยนเสียสละ และความกรุณาปราณีก็อาจจะโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับได้

3) การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized Norms) การสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้นเพื่อมาตรฐานนั้น และเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่ต้องปฏิบัติ



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

4) การให้รางวัล (Reward) เช่น การลดแลกแจกแถมในการโฆษณา เพื่อเป็นการจูงใจให้ซื้อสินค้า ซึ่งผลของการโน้มน้าวใจด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐานได้ 2 แบบ คือ กระตุ้นพฤติกรรมใหม่ หรือมีพฤติกรรมต่อเนื่อง และหยุดยั้งพฤติกรรมเก่า ทั้งกระตุ้นและหยุดยั้งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ ตามมา เช่น การตัดสินใจวินิจฉัยต่อประเด็นปัญหา การจัดยุทธวิธีดำเนินงาน และสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นไปในเชิงเส้นตรง คือ การให้ความรู้แก่ผู้ส่งสารนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติตามที่คุณส่งสารต้องการ จากนั้นส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด แต่บางครั้งก็อาจมีช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม นั่นคือความรู้เปลี่ยนแปลงแต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติหรือผู้ส่งสารมีการเปลี่ยนทัศนคติ แต่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรม คือ การกระทำการดำเนินการตามระบบแบบแผน

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรมนามธรรมตลอดเวลาสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสสวาจาและการกระทำสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วยและพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2529 อ้างถึงใน สินี กิตติชนมวรกุล, 2557)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สังเกตได้เช่นการพูดการเดินการเดินของหัวใจ การรับรู้การคิดการจำและการรู้สึกการกระทำที่สังเกตไม่ได้เช่นผู้กระทำรู้ตัวไม่รู้ตัวหรือเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก (โยธิน ศันสนยุทธ, 2533 อ้างถึงใน สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดนครนายก, 2554)

ชูด้า จิตพิทักษ์ (2525; อ้างถึงใน พชรวรรณ เพิ่มพูน, 2554) กล่าวว่า การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่เฉพาะสิ่งที่ปรากฏภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนภายนอกไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น คุณค่า (Value) ที่ยึดเป็นหลักในการประเมินสิ่งต่างๆ ทักษะหรือเจตคติ (Attitude) ที่เขามีต่อสิ่งต่างๆ ความคิดเห็น (Opinion) ความเชื่อ (Belief) รสนิยม (Taste) และสภาพจิตใจที่ถือว่าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น และการเกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม คือ

- 1). ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น
- 2). เมื่อมีสิ่งเร้าที่เหมาะสมมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา
- 3). บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไรย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 อ้างถึงใน ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร, 2556) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การพูด เดิน อ่าน เขียน การคิด วิเคราะห์ ความรู้สึก ความสนใจ

ชัยพร วิชชาวุธ (2523 อ้างถึงใน กุสธิดา เหมมาเพชร และคณะ, 2555) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ไม่ว่าจะกระทำนั้นผู้กระทำจะกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม การพูด การเดิน การกระพริบตา การได้ยิน การเข้าใจ การรู้สึกโกรธ การคิด ต่างเป็นพฤติกรรมทั้งสิ้น

Bloom (1975 อ้างถึงใน สินีนาถ ศรีสรสิทธิ์, 2558) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็น กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งสังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นกระบวนการทางด้านสมอง เป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจัยญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกความสนใจเจตคติการให้คุณค่าการปรับปรุงค่านิยมการแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือรวมไปถึงความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆกันจะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆด้วยซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่สังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมา โดยมีด้านความรู้ และทัศนคติ เป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องผ่านการตัดสินใจหลายขั้นตอน และใช้ระยะเวลา

การวัดพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520 อ้างถึงใน ทองดา จันทสาโรพระ, 2550) พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) พฤติกรรมภายนอก คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสังเกตได้ เช่น การพูด การเขียน การรับประทานอาหาร การกระทำต่างๆ

(2) พฤติกรรมภายใน คือ พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถทราบโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น ความรู้ ความฝัน การนึกคิด

การวัดผลการปฏิบัติการ มีดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536 อ้างถึงใน ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร, 2556)

- (1) การสังเกต (Observation)
- (2) การจัดอันดับ (Ranking)
- (3) มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale)
- (4) แบบสำรวจพฤติกรรม (Check List)
- (5) แบบบันทึก (Record)

พฤติกรรมของบุคคลนี้ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน การที่จะศึกษาพฤติกรรมนี้สามารถทำได้หลายวิธีถ้าเป็นพฤติกรรมภายนอกที่คนแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ จะทำการศึกษาได้ คือ ใช้สังเกตโดยตรงหรือโดยอ้อม แต่ถ้าเป็นพฤติกรรมภายในไม่สามารถสังเกตได้ ต้องใช้วิธีทางอ้อมโดยการสัมภาษณ์การทดสอบด้วยแบบทดสอบและการทดลองทั้งในห้องปฏิบัติการและชุมชน เพราะฉะนั้นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมอาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตประกอบการสัมภาษณ์หรือใช้เครื่องมืออื่นประกอบ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2542) ได้กล่าวถึง การวัดพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ

(1) การศึกษาพฤติกรรมโดยทางตรงทำได้โดย

- การศึกษาพฤติกรรมสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว เช่น ครูสังเกตเด็กในห้องเรียนโดยบอกนักเรียนให้ทราบว่า ครูจะสังเกตดูว่าใครทำกิจกรรมใดบ้างในห้องการสังเกตแบบนี้บางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมาก็ได้

- การศึกษาแบบธรรมชาติ คือ การที่ผู้สังเกตพฤติกรรมไม่ได้กระทำตนที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ถูกสังเกตและเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกต พฤติกรรมการสังเกตแบบนี้จะได้พฤติกรรมที่แท้จริงมากและจะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอธิบายพฤติกรรมในสถานที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันข้อจำกัดในการสังเกตแบบธรรมชาติคือต้องใช้เวลามากในการสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการได้และการสังเกตต้องทำเป็นเวลาติดต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง

การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตแบบรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ผู้สังเกตต้องสังเกตให้เป็นระบบ มีความละเอียด และทำการบันทึกเมื่อสังเกตพฤติกรรมได้แล้ว นอกจากนี้ผู้สังเกตต้องทำการสังเกตโดยปราศจากอคติต่อผู้ถูกสังเกต ผลที่ได้จึงจะเที่ยงตรงและเชื่อถือได้



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

(2) การศึกษาพฤติกรรมโดยอ้อมแบ่งออกได้หลายวิธี คือ

- การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูลจากบุคคลหรือกลุ่มของบุคคลซึ่งทำได้โดยการซักถามเผชิญหน้ากันโดยตรงหรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถามให้ก็ได้ การสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การสัมภาษณ์โดยตรง โดยซักถามเป็นเรื่องราวๆ ตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายเอาไว้ อีกประเภท คือ การสัมภาษณ์พูดคุยไปเรื่อยๆ โดยสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์

- การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมากและเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้

- การทดลองเป็นการศึกษาพฤติกรรม โดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่คุณศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลอง แต่ในชุมชนการศึกษาพฤติกรรมชุมชน โดยควบคุมตัวแปรต่างๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก

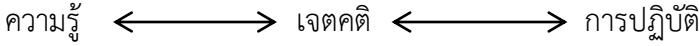
- การทำบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้บุคคลแต่ละคนบันทึกพฤติกรรมของตนเองซึ่งอาจเป็นบันทึกประจำวันหรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท เช่น พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น

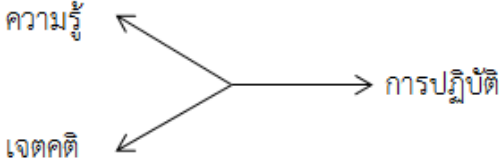
จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตและใช้เครื่องมือทดสอบได้โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามเพื่อทำการศึกษาพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ คือ เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

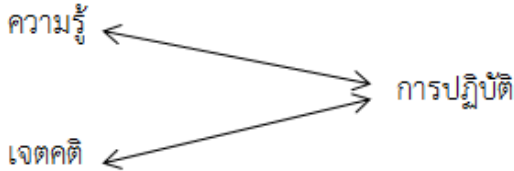
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม

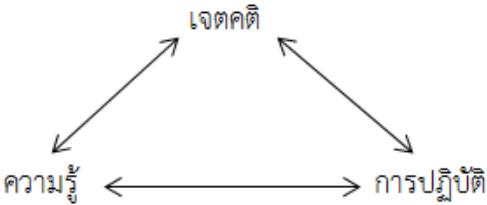
จากแนวคิดความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม ที่กล่าวไปแล้วนั้น พบว่าทั้ง 3 แนวคิดนี้มีความสัมพันธ์กัน บางครั้งจะเรียกว่า แบบจำลอง KAP โดยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Behavior) มีนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้ คือ Schwartz (1975 อ้างถึงใน อีราพร ตันที่ปธรรม, 2554) โดย Schwartz ได้ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ คือ



1.  ความรู้ ↔ เจตคติ ↔ การปฏิบัติ
 เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับ
 เจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ

2. 
 ความรู้ ↔ เจตคติ → การปฏิบัติ
 ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3. 
 ความรู้ → การปฏิบัติ
 เจตคติ → การปฏิบัติ
 ความรู้และเจตคติต่างกันทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติ
 ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน

4. 
 เจตคติ
 ↓ ↓
 ความรู้ ↔ การปฏิบัติ
 ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมสำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติ
 เป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้พบว่าพฤติกรรมแต่ละด้านส่งผลทำให้เกิด
 การปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้ายซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้นั่นเอง

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ จะพบว่า ความรู้นั้นเป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางให้บุคคลทราบว่าควรกระทำสิ่งนั้นหรือไม่ ความรู้จึงเป็นพื้นฐานของพฤติกรรม รวมไปถึงการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเช่นกัน ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก็น่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นเช่นกัน และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเช่น การศึกษาของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา เช่นเดียวกับกษิรา จินาอู (2552) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ขณะที่การศึกษาบางส่วนพบว่าความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เช่น การศึกษาของฉัตรแก้ว เกษมสำราญ (2549) และจากการศึกษาของนภา มาสู่ (2552) พบว่า ความรู้การดูแลตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยอื่นร่วมด้วยอย่างไรก็ดี ผู้วิจัยคาดว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากน่าจะมีส่วนต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพน้อยกว่าและจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความทัศนคติจะพบว่า ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมเกิดจากทัศนคติ โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 อ้างถึงใน ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร, 2556) ดังเช่น การศึกษาของขวัญชีวา สรางหลวง (2552) พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการดื่มสุราทำให้มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และจากการศึกษาของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาผู้วิจัยคาดว่า เมื่อบุคคลมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางบวกน่าจะมีส่วนต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางลบ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความรู้และทัศนคติทำให้เกิดพฤติกรรม แต่ในขณะเดียวกันจะพบว่าความรู้และทัศนคติก็มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งความรู้นั้นเป็นพื้นฐานการปรับเปลี่ยนทัศนคติ นั่นคือหากมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ส่งผลให้มีทัศนคติในด้านนั้นด้วยและจะแสดงออกมาในรูปแบบการยอมรับปฏิบัติ จากความสัมพันธ์นี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้น ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร



1069748963

CT :Thesis 5878410739 thesis / revv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

4. หลักการดูแลสุขภาพ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาภาวะอ้วนด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยภารกิจ 3อ ประกอบด้วยอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยเน้นว่าภารกิจ 3อ เป็นวิธีป้องกันภาวะอ้วนที่ดีที่สุด และเป็นนโยบายหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักโภชนาการ, 2554)

สุขภาพกายที่ดี คือ การที่ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ เราสามารถดูแลสุขภาพให้ดีตลอดไป ด้วยการปฏิบัติตัวตามแนวทางสู่การมีสุขภาพดี และสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เมื่อถึงเวลาป่วยก็ต้องดูแลตนเองเพื่อให้อาการป่วยหายเร็วขึ้นหรือเพื่อบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ ลดโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อน และการมีสุขภาพจิตที่ดีจะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเร็ว สุขภาพแข็งแรงได้เร็วขึ้นเช่นกัน

การมีสุขภาพที่ดีตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ สร้างสุขภาพคนไทย ต้องปฏิบัติดังนี้

(1) อาหาร

การบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ จะทำให้มีการเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสม และมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ หากบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ แม้จะทำให้อ้วนแต่ก็ไม่สามารถทำให้มีสุขภาพดีได้ ในทางตรงข้ามกันจะก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2541; มัชฌนา, 2538:92 อ้างถึงในเกียรติพงษ์ เชื้อนรอบเขต, 2556) ประกอบด้วย

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง อาหารหมู่นี้ให้สารอาหารประเภทโปรตีนเป็นหลัก โดยเฉพาะเนื้อปลาจะให้กรดอะมิโนที่กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน (Growth Hormone) ซึ่งช่วยกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อจากสารโปรตีน และการสร้างกระดูกยาวต่างๆ

หมู่ที่ 2 ข้าว มัน และน้ำตาล อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งสำคัญของพลังงาน แต่น้ำตาลมีคาร์โบไฮเดรตอย่างเดียว ในขณะที่ข้าวและเผือกให้ใยอาหารด้วย

หมู่ที่ 3 ผักผักต่างๆ เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่หลายชนิด โดยเฉพาะผักที่เขียวจัดและเหลืองจะมีสารแคโรทีนมาก ซึ่งร่างกายเปลี่ยนเป็นวิตามินเอได้

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ ให้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต และวิตามิน เกลือแร่

หมู่ที่ 5 ไขมัน เป็นแหล่งสำคัญของพลังงาน การปรุงอาหารควรใช้กรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งมีอยู่ในน้ำมันพืชต่างๆ ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว เพราะนอกจากจะให้กรดไขมันที่จำเป็นแก่ร่างกายแล้ว ยังช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในอนาคตด้วย

2. ฝึกระวังการเพิ่มน้ำหนักตัวและความสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการชั่งน้ำหนักและวัดความสูงอย่างน้อยทุก 3-6 เดือน และเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐาน



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

3. รับประทานไขมันในขนาดที่พอเหมาะ โดยควรจะเป็นพลังงานที่มาจากกรดไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่ากรดไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในอาหารประเภทปลาและน้ำมันพืช

4. รับประทานน้ำตาลแต่พอควร การบริโภคสารอาหารคาร์โบไฮเดรตในรูปข้าว แป้ง ผลไม้จะให้ใยอาหารซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพหลายประการในขณะที่การบริโภคน้ำตาลในรูปขนมหวาน เครื่องดื่ม น้ำอัดลมต่างๆ จะทำให้เกิดโรคอ้วนแล้วยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจในอนาคตอีกด้วย

5. รับประทานอาหารที่ให้กากใยอาหารสม่ำเสมอ ได้แก่ ข้าว แป้ง ผลไม้ ผัก เนื่องจากใยอาหารที่ลักษณะเป็นกากผ่านกระเพาะอาหารช้า ทำให้รู้สึกอิ่มเร็วและสามารถดื่มน้ำ น้ำดี และสารพิษต่างๆ ไว้ที่ตัวของมันได้มาก จึงเพิ่มอุจจาระ และกระตุ้นให้เกิดการถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ ป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ โรคภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเกินและโรคอ้วน

6. ลดการรับประทานเกลือและอาหารโซเดียมสูงให้น้อยลง การศึกษาระบาดวิทยาพบว่าประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกินโซเดียมมากกว่า อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารที่ใส่ผงชูรส หรือผงฟู เครื่องดื่มเกลือแร่ ขนมขบเคี้ยว เป็นต้น

7. รับประทานอาหารให้ตรงเวลา ปัจจัยที่กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนที่ใช้ในการเจริญเติบโตของร่างกาย (Growth Hormone) คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ซึ่งทำให้รู้สึกหิว ดังนั้นการรับประทานอาหารจุกจิกไม่เป็นเวลา ทำให้ร่างกายไม่รู้สึกหิว จึงไม่กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ทำให้อาหารที่บริโภคไม่ถูกนำไปสร้างเสริมความสูงของร่างกาย จึงเหลือใช้เป็นไขมันพอกพูนเป็นความอ้วนแทน

8. รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันโรคมะเร็ง การศึกษาระบาดวิทยาพบว่า มีวิตามินและเกลือแร่หลายตัวที่ช่วยลดการเกิดมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ ได้แก่ วิตามินเอเบต้า-แคโรทีน เป็นวิตามินซึ่งได้จากผัก/ผลไม้ วิตามินอีซึ่งได้จากน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสังกะสีแมงกานีส ซีลีเนียม และทองแดง ซึ่งล้วนเป็นส่วนประกอบของเอ็นไซม์ที่ใช้ในการกำจัดเซลล์มะเร็งในเม็ดเลือดขาวในระบบภูมิคุ้มกันโรค และได้จากส่วนของรำข้าวและจมูกข้าว

9. เลือกอาหารโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการบริโภค ได้แก่ เลือกอาหารที่ปรุงสดใหม่ ได้รับการปิดที่มิดชิดป้องกันแมลง เลือกบริโภคอาหารตามธรรมชาติ ประกอบอาหารรับประทานเองมากกว่าซื้ออาหารสำเร็จรูปมาบริโภค ไม่บริโภคอาหารจำเจ หรือซ้ำๆ ป้องกันการได้รับสารพิษสะสมถึงขีดอันตราย ผักและผลไม้ควรบริโภคอาหารทุกวัน และควรล้างให้สะอาด ไม่ให้มีสารตกค้างจากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามวัดความรู้ในด้านอาหาร

(2) ออกกำลังกาย

กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวออกกำลังกายสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวัน สัปดาห์ละประมาณ 5 วัน ด้วยแรงปานกลาง โดยรู้สึกเหนื่อยใจเร็วขึ้น แต่ยังคงพูดกับคนอื่นรู้เรื่อง ได้แก่ การออกกำลังกาย

ที่เป็นเรื่องเป็นราว เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน บริหารร่างกาย ว่ายน้ำ กระโดดเชือก รำมวยจีน หรือเล่นกีฬาอื่นๆ รวมทั้งการออกกำลังกายในการทำงานบ้านตามชีวิตประจำวัน

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2545) ได้ให้ความหมายว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อสุขภาพเพื่อความสนุกสนานและเพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันง่ายๆ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเล่น การฝึก การกระทำใดๆ ที่ทำให้ร่างกายหรือส่วนของร่างกายมีการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนานและเพื่อสังคม โดยจะเคร่งครัดต่อกฎกติกาการแข่งขัน หรือไม่ก็ได้ เช่น การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การบริหารร่างกาย การเล่นกีฬาประเภทต่างๆ

ความสำคัญของการออกกำลังกาย

กาญจนศรี สิงห์ภู (2555) ได้ให้ความสำคัญของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพ เนื่องจาก

1. ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้มากขึ้น ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตต่ำ มีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น และป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม

2. ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้ทรงตัวดีขึ้น และทำให้เคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น

3. ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

4. ช่วยลดความเครียด ทำให้การนอนหลับพักผ่อนดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพของร่างกายเป็น ประจำสม่ำเสมอจะเป็นยาอายุวัฒนะอย่างหนึ่งที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายหลายสิ่งหลายประการ โดยผู้จัดทำได้ยกตัวอย่างจากนักวิชาการท่านหนึ่งซึ่งให้ข้อคิดเห็นดังนี้

ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ (2539 : 3-6 อ้างถึงใน สุณีภา ยุวกิจนุกูล, 2555) ได้อธิบายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาที่มีต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. **ทางด้านร่างกาย** อวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายสามารถทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง อดทน มีบุคลิกภาพที่ดี

2. **ทางด้านจิตใจ** การออกกำลังกายสม่ำเสมอนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์แล้ว จิตใจร่าเริง แจ่มใส เบิกบาน ก็จะไปด้วย

3. **ทางด้านอารมณ์** มีอารมณ์เยือกเย็น ไม่หุนหันพลันแล่น ความเครียดจากการประกอบอาชีพน้อยลง เมื่อได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ



1069748963

4. **ทางด้านสติปัญญา** การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้ความคิดอ่านปลอดโปร่ง มีไหวพริบ มีความคิดสร้างสรรค์ การค้นหาวิธีเอาชนะคู่แข่งต่อสู้ในวิถีของเกมสกีการแข่งขัน ซึ่งบางครั้งสามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง

5. **ทางด้านสังคม** สามารถปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและผู้อื่นได้ดีเพราะการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายร่วมกันหลายๆ คน ทำให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมผู้อื่น ความเข้าใจและมีบุคลิกภาพที่ดี มีความเป็นผู้นำ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กาญจนศรี สิงห์ภู (2555) ได้กล่าวไว้ในปัจจุบันวิทยาทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น สามารถป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ ได้มากมาย ดังนั้นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิต จะมาจากโรคที่ไม่ติดเชื้อและจากพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรายาเสพติด ฯลฯ ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้เราสามารถป้องกันได้หรือทำให้ทุเลาลงได้ โดยการออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่เหมาะสม การป้องกันเสริมสร้างสุขภาพ เป็นวิธีการที่ได้ผล และประหยัดที่สุด สำหรับการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจึงมีประโยชน์ ดังนี้

1. ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน สมรรถภาพการทำงานของหัวใจจะดีขึ้นมาก ถ้าออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอติดต่อกัน 3 เดือน ชีพจรหรือหัวใจจะเต้นช้าลง ซึ่งจะเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ
2. ลดไขมันในเลือด เพราะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
3. เพิ่ม High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL-C) ในเลือด ซึ่งถ้ายิ่งสูงจะยิ่งดีจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
4. ลดความอ้วน (ไขมัน) เพิ่มกล้ามเนื้อ (น้ำหนักอาจไม่ลด)
5. ป้องกัน และรักษาโรคเบาหวาน
6. ช่วยลดความดันโลหิต (สำหรับผู้มีความดันโลหิตสูง) ลดได้ประมาณ 10-15 มม.ปรอท
7. ช่วยทำให้หัวใจ ปอด ระบบหมุนเวียนของโลหิต กล้ามเนื้อ เอ็น เอ็นข้อต่อ กระดูก และผิวหนังแข็งแรงยิ่งขึ้น ช่วยลดความเครียด ทำให้นอนหลับดียิ่งขึ้น ความจำดี เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ชะลออายุ ช่วยป้องกันอาการปวดหลัง (เพราะกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงขึ้น)
8. ป้องกันโรคกระดูกพรุน โดยเฉพาะสภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน
9. ร่างกายเปลี่ยนไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเป็นการประหยัดการใช้แป้ง (Glycogen) ซึ่งมีอยู่น้อย และเป็นการป้องกันโรคหัวใจ
10. ช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิด เชื่อ ลำไส้ใหญ่ เต้านม ต่อมลูกหมาก
11. ทำให้มีสุขภาพดี ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค



หลักการและวิธีการออกกำลังกาย

กาญจนศรี สิงห์ภู (2555) ได้กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ และเราควรทำโดยสม่ำเสมอไม่ว่าจะมีอายุเท่าใด การศึกษาวิจัยในระยะหลังบ่งชี้ว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งในชีวิตที่ต้องทำเพราะจะทำให้เกิด ผลดีมากมาย เช่น ทำให้สุขภาพแข็งแรง สมรรถภาพของหัวใจและปอดดีขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้นถึงที่สุด คือ ทำให้อายุยืนยาว โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัย ไร้เจ็บ สำหรับท่านที่ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอก็ขอให้ทำต่อไป แต่ถ้าไม่เคยออกกำลังกายเลย และอายุเกิน 35 ปีแล้ว ควรพบแพทย์เพื่อตรวจดูสุขภาพทั่วไปว่าไม่มีโรคที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวว่าควรจะทำอย่างไรดี โดยวิธีใด ที่ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย

คำแนะนำว่าสมควรออกกำลังกายเพียงใด จึงจะไม่เกินกำลังของตัวเอง ขึ้นแรก คือ เราควรจะทำจำนวนครั้งของตัวเราเองในขณะที่ออกกำลังกาย โดยคำนวณข้อมือทางด้านหัวแม่มือ จับชีพจรเป็นเวลา 30 วินาที นับจำนวนครั้งที่ชีพจรเต้นแล้วคูณด้วย 2 เป็นชีพจรเต้นต่อนาที หลักการของการออกกำลังกายที่ดี คือ ควรทำให้หัวใจเต้นเร็วใกล้เคียงกับชีพจรเต้นสูงสุด โดยชีพจรเต้นสูงสุดที่เหมาะสม สำหรับแต่ละช่วงอายุจะไม่เท่ากัน และมีสูตรคำนวณง่าย ๆ ดังนี้

$$\text{ชีพจรเต้นสูงสุดสำหรับแต่ละช่วงอายุ} = (220 - \text{อายุ}) \times 75/100$$

เช่น ท่านที่อายุ 40 ปี ถอดสูตรคำนวณได้ว่า $= (220 - 40) \times 75/100 = 135$ ครั้งต่อนาที การออกกำลังกายที่ดีสำหรับคนอายุ 40 ปี คือ ควรออกกำลังกายให้ได้สม่ำเสมอ โดยให้หัวใจเต้นเร็วใกล้เคียง 135 ครั้ง/นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละครึ่งชั่วโมง จะทำให้สุขภาพดี ปอด และหัวใจแข็งแรงหลังจากเราได้ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอไประยะหนึ่ง เมื่อจับชีพจรของเราในขณะที่พักอยู่เฉยๆ จะพบว่าหัวใจเต้นช้าลง โดยบางคนอาจจะเต้นช้ากว่าปกติ คือ 60 ครั้ง/นาที แสดงว่าการเต้นแต่ละครั้ง หัวใจสามารถบีบตัวเอาเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้มาก หากหัวใจเต้นเร็ว แสดงว่าร่างกายไม่แข็งแรง ผู้ที่เริ่มต้นออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป อย่าหักโหมในระยะแรกจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและข้อต่อได้ หลังจากทำติดต่อกันไป 2-4 สัปดาห์ จึงค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้นร่างกายจะปรับตัวได้ดีขึ้น ไม่เหนื่อยมากเกินไป นอนหลับได้ดี

การออกกำลังกายที่มีการวิจัยว่า 'ดี' มีประโยชน์ต่อหัวใจและปอดมาก คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งมี 3 ชนิด ดังนี้ วิ่ง Jogging การวิ่งเหยาะๆ ช้าๆ ไปเรื่อยๆ หรือเดินเร็วๆ ถีบจักรยาน ไม่ว่าจะถีบจักรยานจริงๆ หรือถีบจักรยานออกกำลังกายอยู่กับที่ และว่ายน้ำ

ประเภทของการออกกำลังกาย

กุลธิดา เจริญลาด (2549 : 9) ได้อธิบายของประเภทของการออกกำลังกายดังนี้



1069748963

1. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่เน้นวิธีการให้ร่างกายเกิดการ พัฒนาและรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงโดยการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่ทำให้ เกิดการพัฒนา สุขภาพ หรือการออกกำลังกายให้แข็งแรงสร้างเสริมสมรรถภาพของการออกกำลังกาย ที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยการเลือกประเภทการออกกำลังกาย ให้เหมาะสม ตามจุดประสงค์ที่ต้องการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลการออกกำลังกาย หากจำแนกตามผลที่เกิดต่อสุขภาพสามารถจำแนกได้ 4 ประเภทดังนี้

1.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการ ออกกำลังกายที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาทำให้ต้องการออกซิเจนสำหรับการสร้าง พลังงานตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยให้การทำงานของ ระบบหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การว่ายน้ำ การ ฝึกจักรยาน การเดินแอโรบิก การวิ่งเหยาะ ฯลฯ

1.2 การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องการให้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาอันสั้น ๆ ตามความต้องการของการ ออกแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายประเภทนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง แต่ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการ ทำงาน

1.3 การออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดความแข็งแรงและคงทน (Strength And Endurance) เป็นการออกกำลังกายซึ่งทำให้เกิดความแข็งแรง ความคงทนของ กล้ามเนื้อและระบบ โครงร่างของร่างกาย ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การฝึก ยกน้ำหนักการเพาะ กาย ฯลฯ

1.4 การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Stretching Activities) เป็นการเคลื่อนไหวที่ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ได้ยืดตัว เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อการออกกำลังกายประเภทนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้ระบบ ไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทรวดทรงดีขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตัวอย่าง กิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น โยคะ การเดินระบำ ฯลฯ

2. การออกกำลังกายเพื่อเล่นกีฬา คือการออกกำลังกายชนิดหนึ่งซึ่งมีกฎกติกา แน่นนอนแล้วแต่แต่ละชนิดของกีฬาแตกต่างกันไป สำหรับนักกีฬานั้นมุ่งเน้นการแข่งขันกีฬาเพื่อความ เป็นเลิศ มีการฝึกซ้อมออกกำลังกายซึ่งมีความหนักมากจนบางครั้งอาจเกิดอันตรายเป็นผลเสีย ต่อสุขภาพ การแข่งขันนั้นมีหลายระดับ เช่น อาจแข่งขันกันเพื่อความสนุกสนานเป็นนันทนาการ เพื่อ เชื่อมความสัมพันธ์ หรือแข่งขันเพื่อความ เป็นเลิศทางกีฬา

3. การออกกำลังกายเพื่อรักษาทรุดทรองและสัดส่วน เป็นการออกกำลังกายที่เน้น การบริหารกายเฉพาะส่วนเพื่อให้มีรูปร่างที่ดี



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

4. การออกกำลังกายเพื่อแก้ไขความพิการ เป็นการออกกำลังกายที่เน้นให้อวัยวะหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายที่อ่อนแอหรือพิการให้แข็งแรงขึ้นสามารถทำงานได้

5. การออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนานเป็นกิจกรรมนันทนาการ เป็นการออกกำลังกายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต คลายความเครียด ลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความสามัคคี

สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพ แนะนำนันทนาการ กรมพลศึกษา (2543 : 61) เสนอแนะ หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายไว้ คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำดังนี้

ก. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ออกต่อเนื่อง ครั้งละ 20-30 นาที

ข. ออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือ 3 วัน ติดกัน พักไม่เกิน 3 วัน และถ้าจะให้ดีควรออก ทุกวันๆละนาน 20-30 นาที และเลือกเวลาที่เหมาะกับตน ทำให้ตนมีความสุข มีความพึงพอใจ

(3) อารมณ์ หมายถึง ประสบการณ์ในความรู้สึกสำนึกและอัตวิสัยที่ถูกกำหนดลักษณะเฉพาะ โดยการแสดงออกเชิงอารมณ์ การแสดงออกทางจิตสรีรวิทยาเมแทบอลิซึมปฏิกิริยาทางชีววิทยา (Steven J. C. And Donald H. Mcburney. Evolutionary Psychology. Prentice Hall. 2003. ISBN 978-0-13-111529-3, Chapter 6, P. 121-142.) เสรีวิทยาของอารมณ์มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับภาวะกระตุ้นของระบบประสาท ด้วยสถานะและความแรงของการกระตุ้นที่หลากหลายซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์เฉพาะอย่างโดยชัดเจน ถึงแม้ว่าการแสดงออกอารมณ์อาจดูเหมือนว่าเป็นการกระทำโดยไม่ต้องใช้ความคิด แต่มุมมองที่สำคัญของอารมณ์ก็คือการรับรู้องค์ประกอบโดยรวมที่นำไปสู่การตีความหมายและการระบุภาวะ กระตุ้นเป็นสถานะอารมณ์ อารมณ์ก็มีความเชื่อมโยงกับแนวโน้มของพฤติกรรม การวิจัยเกี่ยวกับ อารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมากภายในสองทศวรรษที่ผ่านมาในหลายสาขาที่ศึกษาอย่างเช่น จิตวิทยา ประสาทวิทยา แพทยศาสตร์ สังคมวิทยา และแม้แต่วิทยาการคอมพิวเตอร์ ทฤษฎีจำนวนมากที่พยายามอธิบายแหล่งกำเนิด ประสาทชีววิทยา ประสบการณ์ และการทำงานของอารมณ์ ได้แก่ เพียงระดับประการการวิจัยที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับเรื่องนี้ อารมณ์ในลักษณะต่างๆ คือ ความรู้สึกที่โดยทั่วไปมีองค์ประกอบทั้งสรีรวิทยาและการรับรู้ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ มีคนเป็นจำนวนไม่น้อยที่การรับประทานอาหารนั้นขึ้นอยู่กับจิตใจและอารมณ์ เช่น การรับประทานที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อระบายความเครียด ระบายความโกรธ ความคับแค้นใจ กลุ้มใจ กังวลใจหรือดีใจ บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าการรับประทานอาหารทำให้จิตใจสงบ จึงหันมายึดเอาอาหารไว้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสบายใจ ตรงกันข้ามกับบางคนกลุ่มใจเสียใจก็รับประทานอาหารไม่ได้ถ้าในระยะเวลาานาน ๆ ก็มีผลทำให้ขาดอาหารเป็นต้น ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสมมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesis / revc: 02082562 15:48:25 / seq: 15

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในจ.สระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคซีเมนต์ไทย ท่าหลวง จำนวน 344 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เบญจพร แก้วมีศรี (2551) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2550 จำนวน 219 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง 2. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ที่มีชั้นปีที่กำลังศึกษา ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา อาชีพของบิดาของผู้ปกครอง รายได้ที่ได้รับต่อเดือนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน 3. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอิทธิพลจากสื่อมวลชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

อนุกุล พลศิริ (2551) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง ประชาที่ใช้ศึกษาเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2550 จำนวน 1,351 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น แบบโควตา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมและทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกิจ ไชยชมภู (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขตกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 414 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) พบว่าทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค การใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01



1069748963

CT :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ส่วนตัวแปรด้านอายุ เพศ การศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สมุนไพรรักษาโรค

สินีนารถ ศรีสรสิทธิ์ (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกันกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กล่าวคือนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับดีจะมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพด้วย

สมพงษ์ แก้วประยูร (2558) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบบังเอิญ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา มีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับมาก โดยประชาชนที่มีที่อยู่อาศัย อายุ การศึกษาอาชีพ และรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแตกต่างกัน ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัย เพศ แตกต่างกัน มีทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแตกต่างกัน และประชาชนที่มีที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ความรู้ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลาง

พลากร สืบสำราญ (2560) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ต่ออันตรายของการสูบบุหรี่กับการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมปลาย : กรณีศึกษา อ.ค้อวัง จ.ยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา อ.ค้อวัง จ.ยโสธร จำนวน 110 คน พบว่า นักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ในระดับดีมีโอกาสสูบบุหรี่ไม่ แตกต่างจากนักเรียนที่มีความรู้ในระดับต่ำ (OR = 0.76, 95%CI = 0.08 – 6.83) แต่นักเรียนที่มีทัศนคติต่ออันตรายของ การสูบบุหรี่ในระดับดีมีโอกาสสูบบุหรี่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีทัศนคติต่อ



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

อันตรายของการสูบบุหรี่ในระดับปานกลางและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.22, 95% CI = 0.06 – 0.80)

งานวิจัยต่างประเทศ

Diana Jacobson และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพทางเลือกและพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนในวัยสูงอายุ จำนวน 1,023 คน: การให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ดี แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจของเด็กในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ความเชื่อและทางเลือกในการดำเนินชีวิตที่มีต่อสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น

Elaine M. Rutkowski และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงโรคอ้วนและการออกกำลังกายในครอบครัวของวัยรุ่น จำนวน 534 คน: พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความรู้ที่ได้รับมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไปของพฤติกรรมสุขภาพ

Jyu-Lin Chen และคณะ (2015) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพสำหรับเด็กที่มีน้ำหนักเกินและเด็กอ้วนอเมริกันที่มีรายได้ต่ำในคลินิกปฐมภูมิ จำนวน 675 คน: พบว่า ความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของเด็ก

Li Cai และคณะ (2016) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การรับรู้แห่งตนของน้ำหนักและ ความสัมพันธ์กับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับน้ำหนักของเด็กที่กวางโจว ประเทศจีน จำนวน 420 คน: พบว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเด็กที่มีน้ำหนักเกินในกวางโจวประเทศจีนมีการประเมินน้ำหนักต่ำเกินไป เด็กที่ปฏิเสธตัวเองมีความไม่พอใจน้ำหนักมาก และความเต็มใจที่จะเปลี่ยนน้ำหนักตัวของพวกเขา อย่างไรก็ตามพวกเขามีแนวโน้มที่จะประพฤติไม่ดีต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักมากกว่าผู้รับรู้ในเชิงบวก

Patricia Decosta และคณะ (2017) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็ก จำนวน 365 คน พบว่า สังคมสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็ก



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

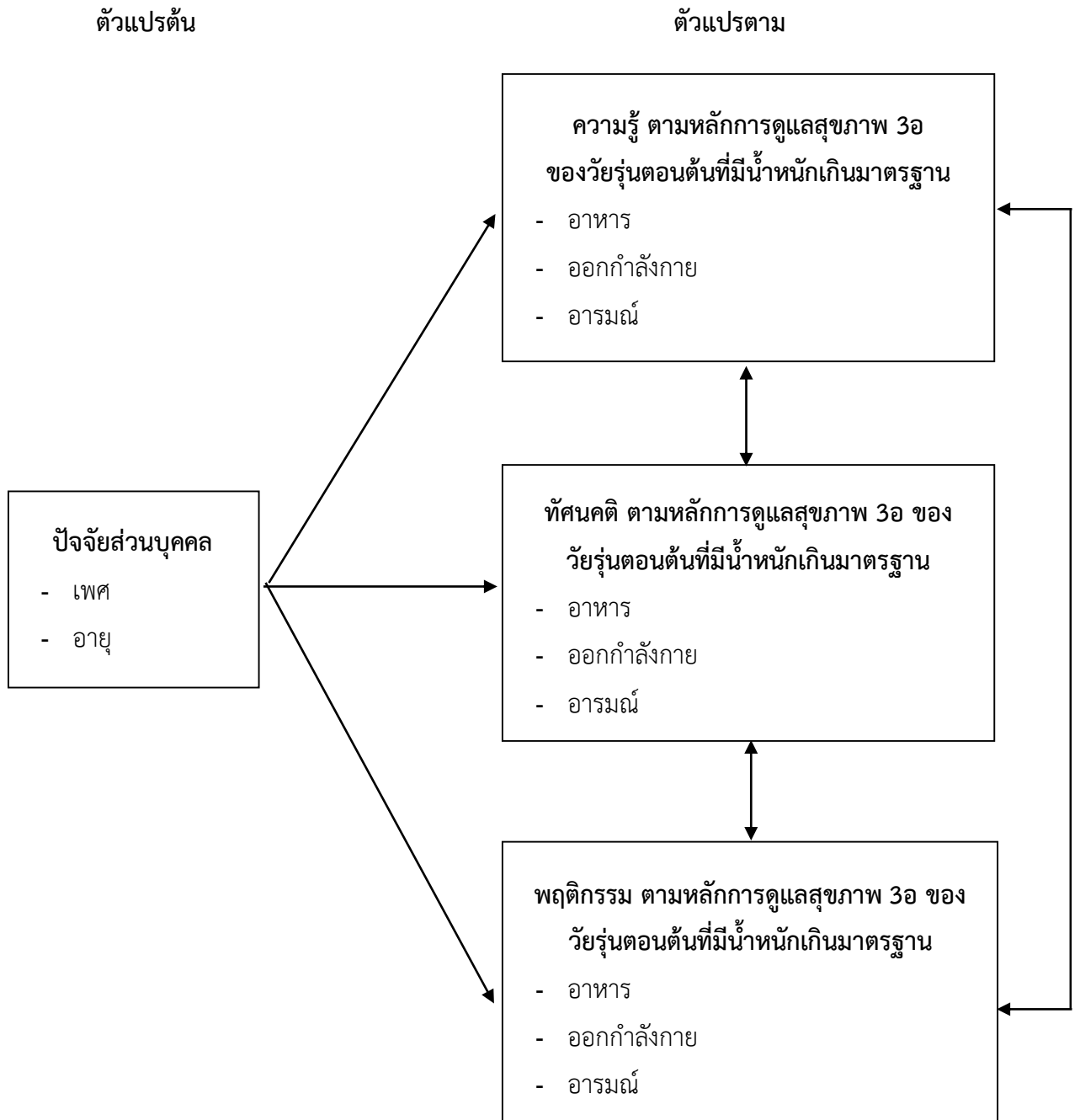
จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมพบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งหรือในทุกๆทาง แสดงให้เห็นว่าหากเรามีความรู้ หรือทักษะไปในทิศทางใดก็มี แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมไปในทิศทางนั้นด้วยเช่นกัน อย่างเช่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกันกับทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของประภาพร สุวรรณ (2532 อ้างถึงใน ชาญชลักษณ์ เขียมมิตร, 2556) ที่กล่าวไว้ว่าความรู้ เป็นพฤติกรรมข้างต้นที่ทำให้เกิดทักษะ นอกจากนี้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Zimbardo And Ebbesen (1977 อ้างถึงใน ศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง, 2558) ที่สรุปว่า ทักษะต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ดี ทักษะต่อสิ่งนั้นก็จะได้ด้วย



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o วิทยาลัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานของทุกโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครจำนวนทั้งสิ้น 31,268 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 และ 2, 2559)

โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานของทุกโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครจำนวน 31,268 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 และ 2, 2559) มาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามสูตรการคำนวณของ ทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง .05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

จากสูตรของทาโร ยามาเน่ ให้มีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5 หรือ 0.05 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{31,268}{1 + 31,268(0.05)^2}$$

$$\text{ผลจากการคำนวณ} = 394.95$$

จากขนาดตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 400 คน เพื่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลน้อยลง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้แผนการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-Stage Cluster Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเขตพื้นที่ (Area Cluster Sampling) โดยแบ่งตามเขตพื้นที่การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 เขตพื้นที่การศึกษามีรายละเอียดดังนี้

เขตพื้นที่การศึกษาที่ 1 ประกอบด้วย 23 เขตท้องที่ ได้แก่ เขตพญาไท เขตบางซื่อ เขตดุสิต เขตสัมพันธวงศ์ เขตปทุมวัน เขตราชเทวี เขตพระนคร เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตบางแค เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน เขตทุ่งครุ เขตราชบุรีบูรณะ เขตจอมทอง เขตคลองสาน เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ เขตตลิ่งชัน เขตทวีวัฒนา เขตบางพลัด เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ และ เขตหนองแขม

เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 ประกอบด้วย 27 เขตท้องที่ ได้แก่ เขตบางรัก เขตวัฒนา เขตสาทร เขตพระโขนง เขตบางนา เขตคลองเตย เขตบางคอแหลม เขตยานนาวา เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตจตุจักร เขตลาดพร้าว เขตบางเขน เขตสายไหม เขตบึงกุ่ม เขตบางกะปิ เขตวังทองหลาง เขตดอนเมือง เขตหลักสี่ เขตลาดกระบัง เขตสะพานสูง เขตคันนายาว เขตมีนบุรี เขตคลองสามวา เขตหนองจอก เขตประเวศ และเขตสวนหลวง รวมทั้งหมด 50 เขต

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากสุ่มเขตอัตราส่วน 5:1 จากทั้งหมด 50 เขต จะได้ 4 เขตท้องที่จากเขตพื้นที่การศึกษาที่ 1 และ 6 เขตท้องที่จากเขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 รวมทั้งสิ้น 10 เขต ดังต่อไปนี้

เขตพื้นที่การศึกษาที่ 1 ได้แก่ เขตบางซื่อ เขตภาษีเจริญ เขตจอมทอง เขตพระนคร

เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 ได้แก่ เขตดินแดง เขตจตุจักร เขตวังทองหลาง เขตห้วยขวาง เขตบางนา เขตสาทร

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากสุ่มโรงเรียนในแต่ละเขตที่สุ่มได้จากขั้นที่ 2 เขตละ 1 โรงเรียน ดังนี้

เขตท้องที่	โรงเรียน	จำนวน (คน)
บางซื่อ	โยธินบูรณะ	40
ภาษีเจริญ	วัดนวลนรดิศ	40
จอมทอง	มัธยมวัดสิงห์	40
พระนคร	สตรีวิทยา	40



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

เขตท้องที่	โรงเรียน	จำนวน (คน)
ดินแดง	สุรศักดิ์มนตรี	40
จตุจักร	หอวัง	40
วังทองหลาง	บดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี)	40
ห้วยขวาง	เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ รัชดา	40
บางนา	สิริรัตนาร	40
สาทร	วัดสุทธิวราราม	40
รวม		400

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนละ 40 คน จากนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุ 12-14 ปี ประจำปีการศึกษา 2560

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ออกแบบงานวิจัยให้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยกำหนดประชากรไว้ในขอบเขตจำกัดเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการค้นคว้าหาจำนวนประชากรที่ชัดเจนแน่นอน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่างให้ได้อย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักเกณฑ์ทางวิชาการ ซึ่งมีผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้อย่างแท้จริง

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสร้างแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีความครอบคลุมตัวแปรและวิธีการวัดตัวแปรทั้งหมดที่ต้องการทำการศึกษา

3. ผู้วิจัยได้วางแผนการเก็บข้อมูล โดยประสานงานล่วงหน้ากับโรงเรียนต้นสังกัดเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะทำการเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

4. เมื่อได้รับการอนุมัติจากทางโรงเรียน ผู้วิจัยจะทำการประสานงานกับอาจารย์ห้องพยาบาลเพื่อขอรายชื่อเด็กที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จากนั้นผู้วิจัยจะนำรายชื่อมาสุ่มจับฉลากให้ได้จำนวนโรงเรียนละ 40 คน ระดับชั้นละเท่าๆกันเพื่อเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยนำใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยเพื่อให้ผู้ปกครองของนักเรียนได้รับทราบและอนุญาตให้เข้าร่วมงานวิจัย และให้ลงนามร่วมกับนักเรียนในใบยินยอม

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนิสิตที่จบการศึกษาปริญญาโทจากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬาในการทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการซักซ้อมวิธีการเก็บข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถามจนเข้าใจตรงกัน ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย โดยจะใช้เวลาระหว่างพักรับประทานอาหารกลางวัน ประมาณ 15 – 20 นาที เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามนักเรียนจะได้รับการแนะนำความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ

7. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ประเมินผลข้อมูล และอภิปรายผลข้อมูลต่อไปตามลำดับ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสารรายงานผลการวิจัยบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของคำถามในแบบสอบถาม เพื่อให้ครอบคลุมเรื่องที่ต้องการจะศึกษาและมีลักษณะที่ทุกคนสามารถให้ข้อเท็จจริงได้ และกำหนดกฎเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล

3. สร้างแบบทดสอบข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์



4. นำแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลคุณภาพ 3อ ที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอรับคำแนะนำ คำวิจารณ์เพื่อปรับแก้ไข เพื่อให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมกับกรอบแนวคิดการวิจัย รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสม

5. นำแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลคุณภาพ 3อ ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยพิจารณาตาม ดัชนีความสอดคล้อง (Index Of Item Objective Congruence : IOC) เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมในเนื้อหาว่าสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามที่ ผู้วิจัยต้องการ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ที่ 0.85

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทำการทดสอบ (Try Out) กับคนที่ มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งหมดโดยวิธีของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20) เพื่อหาความยากง่าย (Difficulty) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลคุณภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (พิชิต ฤทธิจรูญ, 2549) โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่าความยากง่ายที่ระดับ 0.20-0.80 ผลการทดสอบค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ตามหลักการดูแลคุณภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขต กรุงเทพมหานคร ในแต่ละรายข้อมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.40 – 0.80 โดยมีค่าความยากง่ายของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.56 และใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลคุณภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครเท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับโดยค่าความเที่ยงของวิจัยฉบับนี้เท่ากับ 0.79

7. นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม พร้อมใช้วิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และรหัสโรงเรียน (สำหรับผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกข้อคำตอบที่ถูกต้องที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

สำหรับคะแนนรวมของการทดสอบความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (3อ) อยู่ในช่วง 0 – 15 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ที่อยู่ในระดับดี ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ที่อยู่ในระดับน้อย แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1968 อ้างถึงใน นภา มาสู่, 2552) ดังนี้

ระดับความรู้

ดี	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ที่อยู่ในระดับดี
ปานกลาง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง
น้อย	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ที่อยู่ในระดับน้อย

โดยพิจารณาช่วงคะแนนจากค่า ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100	หมายถึง	12 คะแนนขึ้นไป
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79	หมายถึง	9 – 11 คะแนน
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง	ต่ำกว่า 9 คะแนน

การหาค่าเฉลี่ยคะแนน (Arithmetic Mean) จากสูตร ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด.

2545 : 102)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของคะแนน
	N	แทน	จำนวนคนทั้งหมด



1069748963

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

ทัศนคติ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์นั้น เป็นการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ในด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์โดยมี ข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักหรือคะแนนในการตอบแบบสอบถาม 5 ระดับ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

โดยจัดข้อความเชิงบวก อยู่ในข้อ 1,2,3,4,5,6,8,9,10

จัดข้อความเชิงลบ อยู่ในข้อ 7

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เป็น 3 ระดับ คือ

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

สำหรับเกณฑ์การแปลผลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่มีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การจัดช่วงระดับคะแนน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 แปลผล มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

พฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์นั้น เป็นการวัดความคิดเห็น ความเชื่อ การปฏิบัติตนของนักเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ในด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ โดยมี



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักหรือคะแนนในการตอบแบบสอบถาม 3 ระดับ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ประจำ	5	1
ครั้งคราว	3	3
ไม่เคย	1	5

โดยจัดข้อความเชิงบวก อยู่ในข้อ 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,14,17,18,19,20
จัดข้อความเชิงลบ อยู่ในข้อ 5,12,13,15,16

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o เป็น 3 ระดับ คือ

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

สำหรับเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่มีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การจัดช่วงระดับคะแนน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับ ควรปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับ ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	แปลผล มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์โดยขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะประชากรศาสตร์ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ระดับความรู้ /ระดับทัศนคติ/ระดับพฤติกรรมใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)



1069748963

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐาน ใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (r) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

โดยการใช้หลักการแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541 อ้างถึงใน สินีนาถ ศรีสรสิทธิ์, 2558) กำหนดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าแปล
$r > 0.7$	ความสัมพันธ์ในระดับสูง
$0.3 \leq r \leq 0.7$	ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r < 0.3$	ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย



1069748963

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นนักเรียนชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 12-14 ปี ที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จำนวน 400 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเนื้อหาการนำเสนอผลตามลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

จำแนกตามเพศ อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำแนกตามเพศ (n=400)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	217	54.25
	หญิง	183	45.75
อายุ	12 ปี	127	31.75
	13 ปี	127	31.75
	14 ปี	146	36.50
น้ำหนักตาม	น้ำหนักเกิน (>+2 SD ถึง +3 SD)	261	65.25
เกณฑ์ส่วนสูง	อ้วน (>+3 SD)	139	34.75

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.25 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45.75 และมีอายุ 12 ปี และ 13 ปี ในจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 31.75 และอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.50 และมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักเกิน (>+2 SD ถึง +3 SD) คิดเป็นร้อยละ 65.25 และอ้วน (>+3 SD) คิดเป็นร้อยละ 34.75



1069748963

CU_Thesis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ	เพศชาย (217 คน)		เพศหญิง (183 คน)		รวมทั้งหมด (400 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100	7	3.23	12	6.56	19	4.75
ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79	103	47.46	102	55.74	205	51.25
ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	107	49.31	69	37.70	176	44.00
รวม	217	100.00	183	100.00	400	100.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือมีความรู้ในระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 คิดเป็นร้อยละ 51.25 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนใหญ่มีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 49.31 และเพศหญิงส่วนใหญ่มีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.74

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายชื่อ (n=400)

คำถามความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o	ถูก		ผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปริมาณของสารอาหารที่นักเรียนควรรับประทานมากไปหาน้อยใน 1 วัน คือข้อใด	168	42.00	232	58.00
2. หากต้องการควบคุมน้ำหนักควรจำกัดอาหารประเภทใด	283	70.75	117	29.25
3. อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ มีส่วนประกอบของสารอาหารใดมากที่สุด	363	90.75	37	9.25
4. ท่านจะเลือกซื้ออาหารในข้อใดที่มีคุณค่าทางอาหารแทนเนื้อสัตว์	286	71.50	114	28.50
5. อาหารจานใดที่ให้สารอาหารประเภทไขมันมากที่สุด	251	62.75	149	37.25
6. อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำ ส่งผลให้อ้วนง่าย	135	33.75	265	66.25
7. อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำ ส่งผลดีต่อสุขภาพ	343	85.75	57	14.25
8. บุคคลในข้อใดที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	200	50.00	200	50.00
9. หากต้องการคลายเครียด การกระทำตามข้อใดส่งผลดีที่สุดต่อร่างกายและจิตใจ	179	44.75	221	55.25
10. ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคอะไร	310	77.50	90	22.50
11. การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อยกี่นาที	300	75.00	100	25.00
12. ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่วัน เพื่อช่วยควบคุมและลดน้ำหนัก	75	18.75	325	81.25
13. บุคคลในข้อใดน่าจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้	119	29.75	281	70.25
14. การออกกำลังกายทุกครั้ง ควรทำแบบข้อใดถูกต้องที่สุด	315	78.75	85	21.25
15. กิจกรรมใดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก	76	19.00	324	81.00

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานตอบข้อคำถามความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 3. อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ มีส่วนประกอบของสารอาหารใดมากที่สุด ถูกร้อยละ 90.75 รองลงมา ข้อที่ 7. อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำ ส่งผลดีต่อสุขภาพ และข้อที่ 14. การออกกำลังกายทุกครั้ง ควรทำแบบข้อใดถูกต้องที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.75 และร้อยละ 78.75 ตามลำดับ และตอบข้อคำถามความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3o ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 12. ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่วัน เพื่อช่วยควบคุมและลดน้ำหนัก ผิดร้อยละ 81.25 รองลงมาข้อที่ 15. กิจกรรมใดเป็น

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก และข้อที่ 13. บุคคลในข้อใดน่าจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้ คิดเป็นร้อยละ 81.00 และร้อยละ 70.25 ตามลำดับ



1069748963

CU Thesais 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

เพศ	จำนวน(คน)	\bar{X}	SD	t	p-value
ชาย	217	8.12	2.28	4.095	0.00*
หญิง	183	8.97	1.85		

*p≤0.05

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)

ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ	12 ปี (127 คน)		13 ปี (127 คน)		14 ปี (146 คน)		รวมทั้งหมด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100	8	6.30	6	4.72	5	3.42	19	4.75
ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79	55	43.31	61	48.03	89	60.96	205	51.25
ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	64	50.39	60	47.24	52	35.62	176	44.00
รวม	127	100.0	127	100.0	146	100.0	400	100.0

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ พบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุ 12 ปี มีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.39 วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุ 13 ปี และ 14 ปี มีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.03 และร้อยละ 60.96 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)

อายุ	จำนวน(คน)	ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ			
		\bar{X}	SD	F	p-value
12 ปี	127	8.28	2.12	2.01	0.135
13 ปี	127	8.42	2.09		
14 ปี	146	8.78	2.18		

p>0.05

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

ทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ	เพศชาย (217 คน)		เพศหญิง (183 คน)		รวมทั้งหมด (400 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	135	62.21	106	57.92	241	60.25
ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	82	37.79	76	41.53	158	39.50
ระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	-	-	1	0.55	1	0.25
รวม	217	100.00	183	100.00	400	100.00

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือ มีทัศนคติอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คิดเป็นร้อยละ 60.25 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย และเพศหญิงมีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับดี คือ มีทัศนคติอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คิดเป็นร้อยละ 62.21 และร้อยละ 57.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายชื่อ (n=400)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับทัศนคติ
1. หากต้องการลดหรือควบคุมน้ำหนักต้องรับประทานอาหารจำพวกแป้งให้น้อยลงและออกกำลังกายมากขึ้น (+)	4.44	0.80	ดี
2. การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (+)	2.47	1.40	ปานกลาง
3. การเลือกรับประทานเฉพาะผักและเนื้อสัตว์ งดการรับประทานอาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาลส่งผลดีต่อสุขภาพมากกว่า (+)	3.17	1.18	ปานกลาง
4. การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารมากกว่าความอร่อย (+)	4.20	0.89	ดี
5. อารมณ์ส่งผลต่อสุขภาพ หากเรามีอารมณ์ดีเสมอ ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพ (+)	4.27	0.87	ดี
6. การหุดหิด อารมณ์เสียเป็นประจำไม่ได้ส่งผลต่อน้ำหนักและสุขภาพ (+)	2.96	1.20	ปานกลาง
7. การควบคุมอารมณ์ให้เป็นปกติเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก (-)	2.85	1.07	ปานกลาง
8. การออกกำลังกายเป็นประจำนั้นดีต่อสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก (+)	4.45	0.78	ดี
9. การออกกำลังกายให้ได้ต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ จะสามารถป้องกันโรคได้ (+)	4.08	0.83	ดี
10. ความตั้งใจจริง คือ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ (+)	4.48	0.74	ดี
รวม	3.74	0.39	ดี

หมายเหตุ : (+) ข้อคำถามเชิงบวก

(-) ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.39$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่า ทัศนคติดี 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 10. ความตั้งใจจริง คือ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 4.48$, $SD = 0.74$) รองลงมา คือ ข้อที่ 8. การออกกำลังกายเป็นประจำนั้นดีต่อสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.78$) และข้อที่ 1. หากต้องการลดหรือควบคุมน้ำหนักต้องรับประทานอาหารจำพวกแป้งให้น้อยลงและออกกำลังกายมากขึ้น ($\bar{x} = 4.44$, $SD = 0.80$)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

เพศ	จำนวน(คน)	\bar{X}	SD	t	p-value
ชาย	217	3.78	0.40	2.48	0.01*
หญิง	183	3.68	0.38		

*p≤0.05

จากตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)

ทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ	12 ปี (127 คน)		13 ปี (127 คน)		14 ปี (146 คน)		รวมทั้งหมด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	81	63.78	68	53.54	92	63.01	241	60.25
ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	46	36.22	59	46.46	53	36.30	158	39.50
ระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	-	-	-	-	1	0.68	1	0.25
รวม	127	100.0	127	100.0	146	100.0	400	100.0

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่มีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.25 เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุพบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุ 12 ปี 13 ปี และอายุ 14 ปี มีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับดี ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.78 ร้อยละ 53.54 และร้อยละ 63.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)

อายุ	จำนวน(คน)	ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ			
		\bar{X}	SD	F	p-value
12 ปี	127	3.76	0.43	0.49	0.61
13 ปี	127	3.73	0.35		
14 ปี	146	3.72	0.40		

p>0.05

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของระดับทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

พฤติกรรมตามหลักการ ดูแลสุขภาพ 3อ	เพศชาย (217 คน)		เพศหญิง (183 คน)		รวมทั้งหมด (400 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	44	20.28	29	15.85	73	18.25
ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	168	77.42	152	83.06	320	80.00
ระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	5	2.30	2	1.09	7	1.75
รวม	217	100.00	183	100.00	400	100.00

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือมีพฤติกรรมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คิดเป็นร้อยละ 80.00 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชาย และเพศหญิง มีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อยู่ในระดับปานกลาง คือมีพฤติกรรมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คิดเป็นร้อยละ 77.42 และร้อยละ 83.06 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกเป็นรายชื่อ (n=400)

พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน (+)	3.36	1.03	ปานกลาง
2. รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่จำเจ (+)	3.70	1.10	ดี
3. รับประทานอาหารผักและผลไม้มากกว่าวันละ 4 ท็อปพี (+)	2.97	1.22	ปานกลาง
4. รับประทานอาหารรสไม่จัด ไม่เติมน้ำปลาเพิ่มในถ้วยเดียว (+)	3.37	1.38	ปานกลาง
5. รับประทานอาหารไขมันสูง รวมถึงอาหารฟาสต์ฟู้ด (-)	2.85	0.85	ปานกลาง
6. หลีกเลี่ยงของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลเยอะ (+)	2.92	0.91	ปานกลาง
7. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน (+)	3.64	1.18	ปานกลาง
8. รับประทานอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชม. (+)	3.39	1.32	ปานกลาง
9. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น (+)	3.76	1.27	ดี
10. เมื่อรู้สึกโกรธสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ (+)	3.34	1.27	ปานกลาง
11. ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ (+)	3.62	1.39	ปานกลาง
12. คิดมาก กังวลใจ จนทำให้นอนไม่หลับ (-)	3.20	1.27	ปานกลาง
13. อารมณ์แปรปรวน (-)	2.90	1.22	ปานกลาง
14. ปรึกษาหรือเล่าให้คนใกล้ชิดฟังเมื่อเกิดปัญหา (+)	3.42	1.28	ปานกลาง
15. ออกกำลังกายอย่างหักโหม (-)	3.49	1.33	ปานกลาง
16. หยุดพักทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกาย (-)	2.73	1.35	ปานกลาง
17. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ (+)	2.78	1.34	ปานกลาง
18. ออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 30 นาที (+)	3.25	1.29	ปานกลาง
19. ออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก เช่น เดิน วิ่งเหยาะ (+)	3.55	1.15	ปานกลาง
20. อบอุ่นร่างกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย (+)	3.74	1.25	ดี
รวม	3.30	0.40	ปานกลาง

หมายเหตุ : (+) ข้อคำถามเชิงบวก
(-) ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.40$) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่า พฤติกรรมในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 9. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น ($\bar{x} = 3.76$, $SD = 1.27$) รองลงมา คือ ข้อที่ 20. อบอุ่นร่างกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.10$) และข้อที่ 2. รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่จำเจ ($\bar{x} = 3.70$, $SD = 1.10$)

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามเพศ (n=400)

เพศ	จำนวน(คน)	\bar{X}	SD	t	p-value
ชาย	217	3.31	0.41	0.88	0.38
หญิง	183	3.28	0.38		

p>0.05

จากตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำแนกตามอายุ (n=400)

พฤติกรรมตามหลักการ ดูแลสุขภาพ 3๐	12 ปี (127 คน)		13 ปี (127 คน)		14 ปี (146 คน)		รวมทั้งหมด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	23	18.11	17	13.39	33	22.60	73	18.25
ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	103	81.10	104	81.89	113	77.40	320	80.00
ระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	1	0.79	6	4.72	0.00	0.00	7	1.75
รวม	127	100.0	127	100.0	146	100.0	400	100.0

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.00 เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุพบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุ 12 ปี 13 ปีและอายุ 14 ปี มีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 81.10 ร้อยละ 81.89 และร้อยละ 77.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ (n=400)

อายุ	จำนวน (คน)	พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ			
		\bar{X}	SD	F	p-value
12 ปี	127	3.35	0.38	5.12	0.01*
13 ปี	127	3.20	0.40		
14 ปี	146	3.34	0.40		

*p<0.05

จากตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันของระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe's) (n=400)

อายุ	\bar{X}	12 ปี	13 ปี	14 ปี
		3.35	3.20	3.33
12 ปี	3.35	-	0.05 (p = 0.02*)	0.05 (p = 0.96)
13 ปี	3.20		-	0.05 (p = 0.03*)
14 ปี	3.33			-

*p<0.05

จากตารางที่ 17 เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานที่มีอายุ 12 กับ 13 ปี และอายุ 13 กับ 14 ปี มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของระดับ พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรม
ความรู้	-	0.019 (p = 0.71)	0.021 (p = 0.68)
ทักษะ		-	0.230 (p = 0.00*)
พฤติกรรม			-

*p ≤ 0.05

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่า ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ทักษะตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.230 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ จำแนกตามตัวแปรเพศ และอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือนักเรียนชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 12-14 ปี ที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แยกเป็น เพศชาย จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 54.25 เพศหญิง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 45.75

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบตามตัวแปรเพศ โดยวิเคราะห์ความแตกต่าง ด้วยค่า “ที” (Independent t-test) ส่วนตัวแปรอายุ วิเคราะห์ความแตกต่างด้วยค่า “เอฟ” (One Way Analysis of Variance) ในกรณี que พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's)

ส่วนที่ 3 ทักษะ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบตามตัวแปรเพศ โดยวิเคราะห์ความแตกต่าง ด้วยค่า “ที” (Independent t-test) ส่วนตัวแปรอายุ วิเคราะห์ความแตกต่างด้วยค่า “เอฟ” (One Way Analysis of Variance) ในกรณี que พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบตามตัวแปรเพศ โดยวิเคราะห์ความแตกต่าง ด้วยค่า “ที” (Independent t-test) ส่วนตัวแปรอายุ วิเคราะห์ความแตกต่างด้วยค่า “เอฟ” (One Way Analysis of Variance) ในกรณี ที่พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe’s)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. จากข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 54.25 และ เพศหญิงร้อยละ 45.75 อายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.75 อายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.75 และอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.50

2. เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ แต่ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 คืออยู่ในระดับต่ำ

3. ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.25 พิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แซนวิชแฮมเบอร์เกอร์ มีส่วนประกอบ ของสารอาหารใดมากที่สุด ร้อยละ 90.75 รองลงมา คือ อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำส่งผลดี ต่อสุขภาพ ร้อยละ 85.75 และการออกกำลังกายทุกครั้งควรทำแบบข้อใดถูกต้องที่สุด ร้อยละ 78.75

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.095$, $p=0.00$)

3.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=2.01$, $p=0.14$)



1069748963

CD iThesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

4. ทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.39$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความตั้งใจจริงคือปัจจัยที่ทำให้ออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 4.48$, $SD = 0.74$) รองลงมา คือ การออกกำลังกายเป็นประจำนั้นดีต่อสุขภาพ และการควบคุมน้ำหนัก ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.78$) และหากต้องการลดหรือควบคุมน้ำหนักต้องรับประทานอาหารจำพวกแป้งให้น้อยลงและออกกำลังกายให้มากขึ้น ($\bar{x} = 4.44$, $SD = 0.80$)

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.48$, $p=0.01$)

4.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของระดับทศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=0.49$, $p=0.61$)

5. พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.40$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ รับประทานอาหารเช้า กลางวัน เย็น ($\bar{x} = 3.76$, $SD = 1.27$) รองลงมา คือ อบอุ่นร่างกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.10$) และรับประทานอาหารหลากหลาย ไม่จำเจ ($\bar{x} = 3.70$, $SD = 1.10$)

5.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.88$, $p=0.38$)

5.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ จำแนกตามอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันของระดับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=5.12$, $p=0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ทักษคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า ทักษคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทักษคติเกิดจากการเรียนรู้จากสิ่งต่างๆ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเลียนแบบบุคคลอื่น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2542) การที่วัยรุ่นมีทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ที่สอดคล้องกับแบบจำลอง KAP ที่ Schwartz (1975 อ้างถึงใน ชีระพรตันทีปธรรม, 2554) ที่กล่าวว่า เจตคติเป็นตัวกลางให้เกิดการปฏิบัติ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบลูจพร แก้วมีศรี (2551) สีนินารถ ศรีสรสิทธิ์ (2558) และพลากร สืบสำราญ (2560) ที่พบว่า ทักษคติมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้พบว่า ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ และความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ

2. ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับปานกลาง (คิดเป็นร้อยละ 51.25) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ไวต่อการยอมรับสิ่งใหม่ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ (2547) ที่พบว่า วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีความคิดบวกกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ส่งผลให้ข้อมูลข่าวสารและสิ่งที่ยั่วยุต่างๆ เข้ามามีอิทธิพล ในขณะที่วัยรุ่นวัยนี้ยังไม่สามารถคัดกรองหรือเลือกรับสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากนัก (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ยังไม่ถูกต้องมากนัก

2.1 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ในระดับปานกลาง (คิดเป็นร้อยละ 55.74) ในขณะที่เพศชายมีความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (คิดเป็นร้อยละ 49.31) อาจเป็นเพราะเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นเพศหญิงเริ่มที่จะมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า

3. ทักษะคิดตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน

มาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะคิดตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.39$) อาจเป็นเพราะวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีประสบการณ์และผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาจากแหล่งทัศนคติต่างๆ เช่น บุคคลในครอบครัว โรงเรียน ฯลฯ คือ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างในทางที่ดีจะส่งผลให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีด้วย รวมถึงการลอกเลียนแบบสิ่งที่เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนทัศนคติด้วยอิทธิพลจากสิ่งต่างๆ รอบตัว เช่น การมีความสัมพันธ์กับโรงเรียน หน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาและสนับสนุนให้บุคคลเกิดทัศนคติในบางอย่างขึ้น (ประภา เพ็ญสุวรรณ อ่างถึงใน มณฑล หวานวาจา, 2557)

3.1 เมื่อเปรียบเทียบทักษะคิดตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีทักษะคิดตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่า นักเรียนชายและหญิงมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะทัศนคติจะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้จากสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่มากมาย เช่น ประสบการณ์เฉพาะอย่าง ที่วัยรุ่นชายและหญิง ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดทัศนคติไปในทิศทางนั้น หรือการเลียนแบบบุคคลที่ตนเองชื่นชอบ ทำให้เกิดทัศนคติขึ้นได้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2542 และ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2552)

4. พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน

มาตรฐาน

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.40$) อาจเนื่องมาจากปัจจุบันเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนในชีวิตประจำวันมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางกายที่ลดลง รวมถึงการละเลยที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (สุรียา พองเกิด, 2560)

4.1 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามอายุ พบว่า อายุ 12 ปี กับ 13 ปี มีความแตกต่างกัน และอายุ 13 ปี กับ 14 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะในช่วงอายุ 12 ปี กลุ่มตัวอย่างเพิ่งจะเริ่มเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ทำให้พฤติกรรมส่วนใหญ่ยังเป็นไปตามผู้ปกครอง จึงยังมีพฤติกรรมที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุ 13 ปี แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นแล้ว จะเริ่มมีความคิด และเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง สอดคล้องกับพิชามญช์ จันทุรัส (2555) ที่พบว่า พฤติกรรมของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่เกิดจากความรู้ ความคิด และการกระทำของตนเองโดยตรง



1069748963

CT :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 14 ปี เป็นช่วงที่จะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลาง ซึ่งอาจเป็นผลให้เริ่มหันมาสนใจรูปลักษณ์ของตน จึงทำให้มีพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 13 ปี

ข้อเสนอแนะจากการงานวิจัย

1. โรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรหาแนวทางวิธีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ 3อ โดยเฉพาะในเรื่องของการออกกำลังกายให้แก่แก่นักเรียนและวัยรุ่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันมากกว่าที่จะรักษาโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต
2. โรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาแนวทางจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในโรงเรียนให้แก่แก่นักเรียนและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมให้ได้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ ในกลุ่มวัยอื่น เช่น วัยรุ่นตอนปลาย, วัยผู้ใหญ่



1069748963

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กองโภชนาการ. (2545). *การสำรวจการบริโภคอาหารของวัยรุ่น*.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560*. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม
2561, จาก <https://apps.boe.moph.go.th/boeeng/download/AESR-6112-24.pdf?fbclid=IwAR3V1tETw8Kvg1mBDaaZxiFgLB5vEI4zrFH7f9dC79x-MHe9pl9k-m1iMI0>.

กษิรา จินาอุ. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก
ส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานการสำรวจภาวะอาหารและ
โภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนศรี สิงห์ภู. (2555). *ความสำคัญของการออกกำลังกาย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2560,
จาก <http://jaisor.blogspot.com/2012/12/blog-post.html>

การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2545). *คู่มือผู้นำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: หจก.ไอ
เดียสแควร์.

กุลธิดา เชิงฉลาด. (2546). *ความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับการให้บริการทาง ด้านอาหารออกกำลัง
กายและกีฬาของวิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยาลัยพลศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร.

กุลธิดา เหมเพชร และคณะ. (2555). *พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรใน
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ.

เกียรติพงษ์ เชื้อนรอบเขต. (2556). *พฤติกรรมการบริโภคอาหาร นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียน
สตรีวิทยา 2 ปีการศึกษา 2556*. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ขวัญชีวา สราลงหลวง. (2552). *ทฤษฎีการสื่อสาร*. เอกสารประกอบการเรียนการสอน สาขาวิชา เทคโนโลยีโฆษณาและประชาสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขต จักรพงษ์ภูวนารถ.
- ฉัตรแก้ว เกษมสำราญ. (2549). *ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบุคลิกภาพการสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฉันทชา สิทธิจรูญ. (2556). *เวชศาสตร์ทันยุค 2556*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ชาญลักษณ์ เยี่ยมมิตร. (2556). *การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2554*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชุตินา ศิริกุลชยานนท์. (2554). *โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน จากอนุชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทักษพล ธรรมรังสี, สิรินทร์ยา พูลเกิด และ สุลัดดา พงษ์อุทธา. (2554). *อ้วนทำไม ทำไมอ้วน : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 20(1)*.
- ทัศนาศิรีโชติ. (2557). *ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราช ภัฏสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ธนวรรษ อธิพิงษ์. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการออกกำลังกายกับดัชนีมวลกายและความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อและแขนของวัยรุ่นที่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีราพร ต้นที่ปธรรม. (2554). *การใช้เฟสบุ๊คที่มีผลกระทบต่อสัลาชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภา มาสู่. (2552). *ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- นริศรา พึ่งโพธิ์สภ. (2552). *ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน. วารสารประชากรศาสตร์, 2(18), 69-87*.
- นันทิกา ไปเร็ว. (2556). *ความรู้และทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมที่จะเลือกใช้บริการ Internet Banking ของลูกค้าธนาคารออมสินในจังหวัดลำปาง*. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเนชั่น.

- นิชานา เลิศชัยเพชร. (2553). พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินของประชากรวัยทำงาน: กรณีศึกษาพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. *การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ*, 427-440.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2551). *ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2550*. พยาบาลศาสตรบัณฑิต, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล และ สุภาพ นัฏราภรณ์. (2553). *การออกแบบการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 6*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พชรวรรณ เพิ่มพูน. (2554). *การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของประธานชุมชน: ศึกษากรณีประธานชุมชนเทศบาลเมืองลพบุรี*. ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระทองคำ จันทสาโร (จันทมาลี). (2550). *ทัศนคติต่อการบริโภคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมกษัตริย์พิทยา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พลากร สืบสำราญ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่ออันตรายของการสูบบุหรี่กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย : กรณีศึกษาอำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(3), 12-19.
- พัชรภรณ์อารีย์, ส., และศรีพรรณ กันธวัง,. (2550). ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและ กิจกรรมด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น: การศึกษาเบื้องต้น. *พยาบาลสาร*, 34(2), 98-105.
- พัชรภณัท ไชยสังข์. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2557).
- พัชรนันท์ ศรีม่วง. (2554). *โภชนศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- พิชิต ฤทธิ์จรรยา. (2549). *ระเบียบวิธีทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: แฮ้าส์ออฟเคอร์มีส.
- ภิเชต เสริมสัย. (2554). *การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.



1069748963

CD :Thesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

- มณฑล หวานวาจา. (2557). *ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนต์ชัย ซาลาประวรรตน์. (2551). *โรคอ้วน” ใน Update in Problem-Based Medical Practices*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- มนตร์รัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์. (2554). *การศึกษาผลกระทบ ในเชิงเศรษฐศาสตร์ และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วน ในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชบา คาปัญญา. (2559). *ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพวารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, 25(3), 67-76*.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์.
- ฤทธิรงค์ อัญจะนะ. (2557). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย*. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต), สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2547). *พัฒนา การด้านกายของเด็กไทย: การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ และสมรรถนะทางกาย*. หาดใหญ่: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2554). *ภาวะโภชนาการของเด็ก รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- วารินทร์ มากสวัสดิ์. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการมีกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีราภรณ์ บุตรทองดี. (2557). *การศึกษาทัศนคติต่อการทำงานองค์กร และความจงรักภักดีของพนักงานที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานโรงงาน ในเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี*. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *พฤติกรรมองค์กร; ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2542). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช
- ศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง. (2558). *ประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. *Veridian E-Journal*, Silpakorn University, 8(3), 1051-1062



1069748963

CD iThesis 5878410739 thesis / rev: 02082562 15:48:25 / seq: 15

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). รายงานสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร.
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, ม. (2555). รายงานการสำรวจสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของ
 ไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2559, จาก
<https://sites.google.com/site/exercisemoph/sthankarn-kar-xxk-kalang-kay>
 สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา (หน่วยที่ 1-7) พิมพ์ครั้งที่ 16. นนทบุรี
 :สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
 สมพงษ์ แก้วประยูร. (2558). ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน
 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. รัฐประศาสนศาสตร์
 มหบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดย
 การตรวจร่างกายครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). คนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ 2 ของอาเซียน.
 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/24745-คนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ%202%20ของอาเซียน.html>
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดย
 การตรวจร่างกายครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร:
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานสถิติประชากรและสังคม.
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). สธ แนะนำ 3 อ. ช่วยลดพุง. สืบค้นเมื่อวันที่
 3 มีนาคม 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/6108>
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถี
 ไทย พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพมหานคร.
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2561, จาก
www.nesdb.go.th
 สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
 โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (สุขภาพเด็ก). สืบค้นเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2559, จาก
www.hiso.or.th/hiso5/report/report5.php
 สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดนครนายก. (2554). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของนักเรียนชั้น
 มัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษา จังหวัดนครนายก.
 สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขศึกษา และนันทนาการ กรมพลศึกษา. (2543). คู่มือการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง
 การทดสอบสมรรถภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอส. ดี. เพชร.

- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (2560). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. สืบค้นเมื่อ
วันที่ 6 มิถุนายน 2561, จาก <https://www.rajavithi.go.th/>
- สินี กิตติชนม์วรกุล. (2557). *พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนในจังหวัดสงขลา*.
คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- สินีนารถ ศรีสรสิทธิ์. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาจัดการ
บริหารสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุกิจ ไชยชมภู. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ของประชาชน ใน
เขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2).
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2538). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุนิภา ยวากิจนุกุล. (2555). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกาย
ของวัยรุ่นที่มีสมรรถภาพทางกายต่ำ*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). *อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาพ ฉัตรภรณ์. (2553). *การออกแบบการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมิตรา ชูแก้ว. (2552). *ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือ และ
สร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 18(2), 249-258.
- สุรพงศ์ คล้ายเกตุ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา
วิทยาลัยอาชีวศึกษาในจังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม*. สืบค้นเมื่อ
วันที่ 13 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>
- สุวรรณณา ถาวรรุ่งโรจน์. (2554). *ตัวบ่งชี้และช่วงของค่าที่ใช้บ่งชี้โรคอ้วน*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*,
29(2), 89-96.
- อนุกุล พลศิริ. (2551). *ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัย
รามคำแหง*. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ภาษาอังกฤษ

- Brown, C. L., Halvorson, E. E., Cohen, G. M., Lazorick, S., & Skelton, J. A. (2015). Addressing childhood obesity: opportunities for prevention. *62*(5), 1241-1261.
- Cai, L., Zhang, T., Ma, J., Ma, L., Jing, J., & Chen, Y. (2017). Self-perception of weight status and its association with weight-related knowledge, attitudes, and behaviors among Chinese children in Guangzhou. *27*(7), 338-345.
- Chen, J.-L., Kwan, M., Liu, K., & Yu, F. (2015). The feasibility and efficacy of healthy weight management program for low income Chinese American overweight and obese children in a primary care clinic. *30*(6), 821-828.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *2*(3), 159-171.
- DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B., & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour-A review of experimental research. *113*, 327-357.
- Gurnani, M., Birken, C., & Hamilton, J. (2015). Childhood obesity: causes, consequences, and management. *62*(4), 821-840.
- Jacobson, D., & Melnyk, B. (2011). Psychosocial correlates of healthy beliefs, choices, and behaviors in overweight and obese school-age children: a primary care healthy choices intervention pilot study. *26*(5), 456-464.
- Karnik, S., & Kanekar, A. (2012). Childhood obesity: a global public health crisis. *3*(1), 1-7.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *385*(9986), 2510-2520.
- Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatric*, *159*(1), 35-44.
- Organization, W. H. (2011). Obesity. Retrieved June 2, 2016, from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Organization, W. H. (2016). Obesity and overweight. Retrieved July 23, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Pulgaron, E. R. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *35*(1), A18-A32.

- Reilly, J. J., & Kelly, J. J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *35*(7), 891.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. J. (2003). Health consequences of obesity. *88*(9), 748-752.
- Rutkowski, E. M., & Connelly, C. D. (2011). Obesity risk knowledge and physical activity in families of adolescents. *26*(1), 51-57.
- Thompson, D., et al., Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001. *9*(3): p. 210-18.
- Wolf, A. M., Gortmaker, S. L., Cheung, L., Gray, H. M., Herzog, D. B., & Colditz, G. A. (2003). Activity, inactivity, and obesity. *American Journal of Public Health*, *83*(11), 1625-7.
- World Health Organization. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *363*(9403), 157.



1069748963

CD iThesis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ภาคผนวก



1069748963

CU ThesIs 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์ ดร.ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร
อาจารย์ประจำแขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์
อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต
หัวหน้ากลุ่มวิชาการสุขศึกษา
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



1069748963

CU Thesisis 5878410739 thesis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15

ภาคผนวก ข
ใบรับรองโครงการวิจัย



คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 เลขที่หนังสือรับ 02113
 วันที่ 9 ส.ค. 61 เวลา 16.22 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202
 ที่ จว 890 /2561 วันที่ 6 สิงหาคม 2561
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นี้สิด/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณี กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 125.1/61 เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมตามหลักการดูแลสุขภาพ 3 อ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร (THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR ON 3E'S HEALTH CARE PRINCIPLE OF OVERWEIGHT ADOLESCENT IN BANGKOK) ของ นางสาวภัทรชา เป้ बनाค

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

Dr. Pichan
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ชัยชนะวงศาโรจน์)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน ศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา ชัยชนะวงศาโรจน์
 (อ.อ.ทจช อ.ปัทมา)
 เห็นควรส่ง ก.ก.บ.ล. สู่ ส.ท.
 อ. ปัทมา เสนอ ส.ท. ทบทวน
 ทศพร
 9 ส.ค. 61
 อ. ปัทมา
 9 ส.ค. 61

เรียน
 เห็นสมควร
 ตกลง
 อนุมัติ
 ลงชื่อ
 9 ส.ค. 2561

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 183/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 125.1/61 : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมตามหลักการดูแล
สุขภาพ 3 อ ของวัยรุ่นคนด้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขต
กรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวภัทรา เป็นนาค
หน่วยงาน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทิศนประดิษฐ์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทิศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 3 สิงหาคม 2561

วันหมดอายุ : 2 สิงหาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เอกสารที่โครงการวิจัย 125.1/61
- 3 ส.ค. 2561
วันที่รับรอง
- 4) แบบสอบถาม วันหมดอายุ - 2 ส.ค. 2562
วันหมดอายุ

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการกับข้อมูลการวิจัยก่อน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุรุนแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรือข้อมูลจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัย ไม่เกิน 1 ปี นับเบรจรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ของ
 วิทยุรุ่นคอนคันทันที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัทธรา แบนีนมาศ ตำแหน่ง นิติศปริญญาโท

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สหกรณ์ออมทรัพย์ธนาวิภา โอดิน จำกัด 2509 ม.1. ตำบลกรมหลวงชุมพร

ถนนจรดลดศึกษา ตำบลสัดหีบ อำเภอสัดหีบ จังหวัดชลบุรี 20180

(ที่บ้าน) 598/51 ม.1 ตำบลกรมหลวงชุมพร ตำบลสัดหีบ อำเภอสัดหีบ จังหวัดชลบุรี 20180

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038 - 308723 ต่อ 0 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 08 - 4118 - 1193 E-mail : bigspider05@gmail.com

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
 ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูล
 ต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม้ชัดเจนได้ตลอดเวลา

โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอะไร

โครงการวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด
 และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 ของวิทยุรุ่นคอนคันทันที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 ในเขตกรุงเทพมหานคร

รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามวิทยุรุ่นคอนคันทัน อายุระหว่าง 12 - 14 ปี ที่มี
 น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร
 จำนวนทั้งสิ้น 400 คน

กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการประสานงานล่วงหน้ากับโรงเรียนต้นสังกัดเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจาก
 นักเรียน จากนั้นผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอ
 ต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะทำการเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือ
 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เมื่อได้รับการอนุมัติจากทางโรงเรียน ผู้วิจัยจะทำการประสานงานกับ
 อาจารย์ห้องพยาบาลเพื่อขอรายชื่อนักเรียนที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ที่งานวิจัยได้กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยจะ
 นำรายชื่อมาสุ่มจับสลากให้ได้จำนวนโรงเรียนละ 40 คน ระดับชั้นละเท่าๆกันเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำใบ
 ยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยเพื่อให้ผู้ปกครองของนักเรียนได้รับทราบและอนุญาตให้เข้าร่วมงานวิจัย และให้
 อนุญาตร่วมกับนักเรียนในใบยินยอม นักเรียนจะต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด
 และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) 4 ส่วน จำนวน 49 ข้อ

ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที ช่วงเวลาว่างพักรับประทานอาหารกลางวัน

ชื่อโครงการวิจัย 125-1/11

วันที่รับรอง -3 ส.ค. 2561

-2 ส.ค. 2562

ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนิสิตที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท จากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยผู้วิจัยได้ทำการซักซ้อมวิธีการเก็บข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดใน แบบสอบถามจนเข้าใจตรงกัน การเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดในกรณีที่นักเรียนมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะ อธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจน และเปิดโอกาสให้นักเรียนซักถามข้อสงสัย เมื่อสิ้นสุดการตอบ แบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณนักเรียนที่ให้ความร่วมมือ

วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้แก่ท่าน

ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ท่านโดยผ่านเอกสารฉบับนี้ และยินดีตอบคำถามของท่านทุกคำถาม อย่างดีที่สุด ตลอดเวลา

สิทธิของกลุ่มตัวอย่างประชากร

ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะแบบสอบถาม โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่ มีผลกระทบต่อการศึกษา หรือผลการเรียนของท่านทั้งในปัจจุบันและต่อไปในอนาคต

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยนี้

การเข้าร่วมงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก อย่างไรก็ตาม อาจจะรบกวนเวลาทำกิจกรรม ส่วนตัวของนักเรียนบ้างเนื่องจากเป็นช่วงพักกลางวัน

ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

ในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักเรียนจะได้รับการแนะนำความรู้ในเรื่องของการดูแล สุขภาพตามหลัก 3อ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อส่วนรวมที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัยของท่านในครั้งนี้ต่อไป อีกทั้งโรงเรียนจะได้รับของที่ระลึกเป็นอุปกรณ์กีฬา และนักเรียน จะได้รับเครื่องเขียนเพื่อเป็นการตอบแทนและสนับสนุนการศึกษา

การเปิดเผยข้อมูล

ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่นๆ ที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่านจะได้รับการปกปิด ข้อมูล ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเฉพาะคณะผู้วิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ และจะเปิดเผย เฉพาะภาพรวมที่เป็นสรุปผลการวิจัย

หมายเหตุ หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนวิทยุ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 125-4/61
วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561
ทั้งหมดชุด - 2 ส.ค. 2562



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

ทำที่.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้เกี่ยวข้องเป็น (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของ (ชื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย))

ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้, ทัศนคติ, และพฤติกรรม, ความหลักถาวรดูแลสุขภาพ, 30 ของวัยรุ่น
ตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร.....

ที่อยู่ติดต่อ สภกรณ์อ้อมทวีปนาวิกโยธิน จำกัด, เลขที่ 2509 ม.1 ตำบลกรวดหลวงชุมพร, ถนนจรดวิถีถ่อง
ตำบลตึกหิน, อำเภอตึกหิน, จังหวัดชุมพร, 20180.....

โทรศัพท์..... 08-4118-1193.....

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและ
วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/
อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูล
สำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย
จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วมในการวิจัย และผู้ที่อยู่ใน
ปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูล
สำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ใน
ปกครอง/ในความดูแล ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจาก
การวิจัยนั้น จะ ไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า
ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า
ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ใน
ความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวม
เท่านั้น ไม่มีชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า
และตัวข้าพเจ้า



ผู้ทำโครงการวิจัย 125.4/61

วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561

ในนามของ - 7 ส.ค. 2562

AF06-07

หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ใน เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน คน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: cccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครองเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้า ได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือ แสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
 (.....)
 พยาน

ลงชื่อ.....
 (.....)
 พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล


 เลขที่โครงการวิจัย 125.1/41
 วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561
 ระยะเวลา - 2 ส.ค. 2562

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามงานวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้น
ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ของ
นางสาวภัทรา แปนาค นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะ
วิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ ของวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อความตามความเป็นจริง
ขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ เรื่อง อาหาร
ออกกำลังกาย และอารมณ์ มี 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะ ความรู้ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ เรื่อง อาหาร
ออกกำลังกาย และอารมณ์ มี 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3๐ เรื่อง
อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ มี 20 ข้อ

จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

นางสาวภัทรา แปนาค
ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ : ชาย หญิง
2. อายุ : _____ ปี
3. ระดับชั้น : มัธยมศึกษาปีที่ 1 มัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 3
4. น้าหนัก : _____ กก. ส่วนสูง : _____ ซม.



สำหรับผู้วิจัย
รหัสโรงเรียน : _____

เลขที่โครงการวิจัย 125-1/61
วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561
วันหมดอายุ - 2 ส.ค. 2562



1069748963

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 3อ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์
คำชี้แจง ข้อ 1-15 ให้กากบาท X ทับข้อที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ปริมาณของสารอาหารที่นักเรียนควรรับประทานมากไปหน่อย ใน 1 วัน คือข้อใด
ก. คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน เกลือแร่ วิตามิน ข. คาร์โบไฮเดรต โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ ไขมัน
ค. โปรตีน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ วิตามิน ไขมัน ง. โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่
2. หากต้องการควบคุมน้ำหนัก ควรจำกัดอาหารประเภทใด
ก. ผัก ผลไม้ ข. ข้าว ของหวาน ค. ของทอด แกงกะทิ ง. ถูกทั้ง ข และ ค
3. อาหารที่สาคัดฟัด เช่น แซนวิช แยมเบอร์เกอร์ มีส่วนประกอบของสารอาหารใดมากที่สุด
ก. วิตามิน เกลือแร่ ข. เกลือแร่ โปรตีน
ค. คาร์โบไฮเดรต ไขมัน ง. คาร์โบไฮเดรต วิตามิน
4. ท่านจะเลือกซื้ออาหารในข้อใดที่มีคุณค่าทางอาหารแทนเนื้อสัตว์
ก. เนื้อหมู, เนื้อไก่ ข. ถั่วเหลือง, เต้าหู้
ค. พริกทอง, ถั่วเขียว ง. ข้าวโพด, มันฝรั่ง
5. อาหารจานใดที่ให้สารอาหารประเภทไขมันมากที่สุด
ก. ข้าวมันไก่ ข. ข้าวขาหมู (ไม่เอาหนัง)
ค. ข้าวผัดกระเพราไก่ไข่ดาว ง. ราดหน้าทะเล
6. อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำ ส่งผลให้อ้วนง่าย
ก. ร่าเริง แจ่มใส ข. สงบ ปลอดภัย ค. โกรธ หงุดหงิด ง. เครียด หดหู่
7. อารมณ์ประเภทใดหากมีเป็นประจำ ส่งผลดีต่อสุขภาพ
ก. ดีใจ เบิกบาน ข. ซินซม ขอมริบ ค. หวาดกลัว ตื่นตระหนก ง. โกรธ หงุดหงิด
8. บุคคลในข้อใดที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี
ก. พิจารณาคิดหาทางแก้ปัญหาทุกเรื่องให้ได้ ข. พยายามคอยระวังคนนับหน้าว่าร้ายตัวเอง
ค. โย้อ้อยตั้งใจทำงานอย่างเป็นสุข ง. ป้าปริกเข้าวัดฟังธรรมตามกระแสสังคม
9. หากต้องการคลายเครียด การกระทำตามข้อใดส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจ
ก. รับประทานอาหารขนมกรุบกรอบ ดื่มน้ำหวาน ข. เดินเล่น ออกกำลังกาย
ค. ดูหนัง ฟังเพลง ง. นอนพัก ทำสมาธิ



เลขที่โครงการวิจัย 125.1/61
วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561
กรรมการฯ - 2 ส.ค. 2562

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์
 คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความข้อ 1-10 แล้วใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	หากต้องการลดหรือควบคุมน้ำหนัก ต้องรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ให้น้อยลงและออกกำลังกายมากขึ้น					
2.	การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ					
3.	การเลือกรับประทานเฉพาะผักและ เนื้อสัตว์ งดการรับประทานอาหาร จำพวกข้าว แป้ง น้ำตาลส่งผลดีต่อ สุขภาพมากกว่า					
4.	การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควร คำนึงถึงคุณค่าทางอาหารมากกว่า ความอร่อย					
5.	อารมณ์ส่งผลต่อสุขภาพ หากเรามี อารมณ์ดีเสมอ ก็จะส่งผลดีสุขภาพ					
6.	การหุดหิด อารมณ์เสียเป็นประจำ ไม่ได้ส่งผลต่อน้ำหนักและสุขภาพ					
7.	การควบคุมอารมณ์ให้เป็นปกติเป็น สิ่งที่ทำได้ยาก					
8.	การออกกำลังกายเป็นประจำนั้น ดีต่อสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก					
9.	การออกกำลังกายให้ได้ต่อเนื่องอย่าง น้อยวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ จะสามารถป้องกันโรคได้					
10.	ความตั้งใจจริง คือ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ให้ออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ					



เลขที่โครงการวิจัย 125.1/61
 วันที่รับรอง - 3 ส.ค. 2561
 วิทยามหาวิทยาลัย - 7 ส.ค. 2562

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม ตามหลักการดูแลสุขภาพ 30 เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์
คำชี้แจง กรุณาใส่ ✓ ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ตามความเป็นจริง

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	ประจำ	ครั้งคราว	ไม่เคย
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน			
2. รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่จำเจ			
3. รับประทานอาหารผักและผลไม้มากกว่าวันละ 4 ทิปพี			
4. รับประทานอาหารรสไม่จัด ไม่เติมน้ำปลาเพิ่มในถ้วยเดียว			
5. รับประทานอาหารไขมันสูง รวมถึงอาหารฟาสต์ฟู้ด			
6. หลีกเลี่ยงของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลเยอะ			
7. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน			
8. รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชม.			
9. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เข้า กลางวัน เย็น			
10. เมื่อรู้สึกโกรธสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้			
11. ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ			
12. คิดมาก กังวลใจ จนทำให้นอนไม่หลับ			
13. อารมณ์แปรปรวน			
14. ปรีกษาหรือเล่าให้คนใกล้ตัวฟังเมื่อเกิดปัญหา			
15. ออกกำลังกายอย่างหักโหม			
16. หยุดพักทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกาย			
17. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์			
18. ออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 30 นาที			
19. ออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก เช่น เดิน วิ่งเหยาะ			
20. อบอุ่นร่างกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย			

หมายเหตุ:

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์
 ครั้งคราว หมายถึง ปฏิบัติ 1-4 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยต่อสัปดาห์



เลขที่โครงการวิจัย 125.1/61
 วันที่รับรอง -3 ส.ค. 2561
 วิทยานิพนธ์ -2 ส.ค. 2562



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.ภัทรชา แป้นนาค
วัน เดือน ปี เกิด	5 กรกฎาคม 2534
สถานที่เกิด	จ.ชลบุรี
วุฒิการศึกษา	จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสิงห์สมุทร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขา วิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	114/232 ม.7 ต.พลูดาวหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180
ผลงานตีพิมพ์	ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ธุรการ สหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด
รางวัลที่ได้รับ	-



1069748963

CD Thesisis 5878410739 thesisis / recv: 02082562 15:48:25 / seq: 15