

การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก  
ของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก  
ของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ

การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก  
ของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

ฐิติวรรณ อูปพงษ์. (2554). การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหญิงที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2553 จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพื้นฐาน การหาความเที่ยงตรง การหาค่าอำนาจจำแนก การหาค่าความเชื่อมั่นและการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

A STUDY OF RELATION IN BEHAVIOR AND PERCEPTION  
RELATE TO CONTROL WEIGHT OF WOMAN STUDENTS  
AT SOME PRIVATE UNIVERSITY IN BANGKOK



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Master of Education Degree in Guidance and Counseling Psychology  
at Srinakharinwirot University

May 2011.

Thitiworrada Ouppong. (2011). *A Study of Relation in Behavior and Perception Relate to Control Weight of Woman Students at Some Private University in Bangkok*. Master thesis, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakarinwirot University. Advisor Committee: Inst. Dr. Monthira Charupheng.

The purpose of this research was to investigate relation in behaviors and perceptions relate to control weight of woman students in some private university in Bangkok. The sample were 380 woman students who were studying in Bachelor Degree at Some Private University in Bangkok, second semester of 2010. The research instrument was a questionnaire of a study of relation in behavior and perception relate to control weight of woman students at some private university in Bangkok. The collected data were analyzed by percentage, t – test and F – test.

The results of this study were as follows:

There were statistically significant differences in consume behavior, exercise behavior, perception in overweight of standard situation and perception in health problems resulted from overweight of standard situation of woman students of Some Private University in Bangkok at .01 level.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ  
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ  
ควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ของ  
ฐิติวรดา อุปพงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญา  
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....  
(อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร มณีศรีขำ)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน  
(อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรามรณีย์ ศรีสวัสดิ์)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์  
(อาจารย์ ดร. สกมล วรเจริญศรี)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์)

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2554

## ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ อาจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง อาจารย์ที่  
ปรีชาสารนิพนธ์และกรรมการสอบสารนิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร มณีศรีขำ และ  
อาจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี ผู้ซึ่งให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการรายละเอียดใน  
ทุก ๆ ขั้นตอน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. นฤมล พระใหญ่ อาจารย์ ดร. ธีระภาพ เพชรมาลัยกุล  
อาจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี และ อาจารย์ศรชิต แสนอุบล ที่ได้ให้คำแนะนำ ตลอดจนข้อเสนอแนะ  
และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจแก้ไขเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต อาจารย์มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต  
และนักศึกษามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ได้ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือตลอดการเก็บข้อมูล  
ในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตร่วมสาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ที่ให้การช่วยเหลือและให้  
กำลังใจ แสดงความห่วงใยผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากสารนิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาคุณบิดามารดา  
ครูอาจารย์ทุก ๆ ท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ผู้วิจัย  
มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนผู้วิจัยประสบความสำเร็จ

ฐิติวรรณ อุปพงษ์



## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์.....	5
กรอบแนวคิดในงานวิจัย.....	6
สมมติฐานในการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา.....	7
เอกสารและงานวิจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก.....	7
การเกิดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก.....	8
การบริโภคอาหาร.....	9
การออกกำลังกาย.....	13
เอกสารและงานวิจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก.....	15
การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	15
การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	16
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนและน้ำหนัก.....	19
ส่วนประกอบของร่างกาย.....	19
การวัดปริมาณไขมันในร่างกาย.....	20
การจำแนกประเภทรูปร่างและวิเคราะห์รูปร่าง.....	21
ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	25
เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	26

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
สภาพการณ์ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน.....	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน.....	32
ทัศนคติและค่านิยมทางด้านรูปร่าง.....	36
แนวคิดทางด้านรูปร่างของสังคมไทย.....	36
เอกสารและงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้อง.....	40
เอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
สัญลักษณ์และอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการวิจัย.....	64
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	65
การอภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	69
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	70

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	71
ภาคผนวก.....	78
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	99



## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1	น้ำหนักตัวมาตรฐานของผู้ใหญ่ไทยตามความสูงและอายุ.....27
2	ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวมาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูงในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป.....28
3	อัตราการเกิดโรคอ้วนในต่างประเทศ.....31
4	ข้อมูลจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา.....57
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก.....61
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการบริโภค.....61
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการออกกำลังกาย.....61
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....62
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....62
10	การหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพจากการที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน.....63

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรม.....	8
3 กระบวนการรับรู้.....	15
4 แสดงการจำแนกลักษณะรูปร่างของมนุษย์เป็นอ้วนกลม สมส่วนและผอมแห้ง.....	22



# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

สังคมไทยตั้งแต่ในสมัยอดีตจวบจนถึงปัจจุบันนี้ให้ความสนใจในด้านการพัฒนาประเทศ และพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น การศึกษา อาชีพการงาน ความเป็นอยู่ สุขภาพ และในด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น เมื่อมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างแพร่หลาย การศึกษา และความรู้ทางด้านวิชาการแขนงต่าง ๆ จึงได้ถูกถ่ายทอดทั้งทางตรง อันได้แก่ การเรียนในชั้นเรียนของ สถานศึกษาและการถ่ายทอดทางอ้อม อันได้แก่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ สาเหตุนี้เอง ที่ทำให้ประชากรได้รับการอบรมถ่ายทอดให้มีความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น จึงส่งผลทำให้ ประชากรส่วนมากของประเทศเกิดความตระหนักต่อปัญหาทางด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจเพิ่ม มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา กลับพบว่ามียุทธการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นเช่นกันและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด หัวใจ เบาหวานและโรคอ้วน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีคนตายด้วยโรคอ้วนปีละกว่า 300,000 คน ส่วนในประเทศอังกฤษประชากรผู้ชายร้อยละ 60 และผู้หญิงร้อยละ 54 มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา National Institute of Health. 2010: online)

ภาวะของน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงเป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นอาหารจานด่วน อาหารต่างชาติหรืออาหารที่มีส่วนผสมของผัก ผลไม้และเส้นใย ค่อนข้างต่ำ พบว่านับวันปัญหานี้จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อัมพาตและอาจหยุดหายใจ ขณะหลับจนเกิดภาวะพ่วงออกซิเจน เมื่อตื่นนอนจะมีอาการมีน ตาเป็นต้อหินง่ายเนื่องจากขาด ออกซิเจน อีกทั้งอาจเป็นโรคทางกระดูกและข้อเพราะแบกรับน้ำหนักตัวที่มากเกินไป โรคเกาต์ โรคนี้ว ในถุงน้ำดี เกิดภาวะการถดถอยมีบุตรยาก เกิดความบกพร่องของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนใน ระยะตั้งครรภ์หรือคลอด (พรทิตา ชัยอำนวนย. 2546: 3) จากรายงานของศูนย์วิจัย 18 แห่งใน สหรัฐอเมริกาที่เฝ้าติดตามคุณคนอ้วน พบว่า คนกลุ่มนี้จะมีสมรรถภาพทางเพศลดลงมากถึงร้อยละ 40 รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากกว่าคนน้ำหนักปกติถึง 30 เท่า นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไปถึง 15 เท่า เป็นโรคอัมพาตมากกว่าคนทั่วไปถึง 11 เท่า และเป็นโรคมะเร็งลำไส้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือความอ้วนนอกจาก จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ แล้วยังทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เกิดปมด้อยเกี่ยวกับ

ภาพลักษณ์ของตนเองเป็นผลเสียต่อบุคลิกภาพเมื่ออยู่ในสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2000: online)

ด้วยความตระหนักในด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจนี้เองที่ทำให้เกิดกระแสต่าง ๆ ในสังคม เช่น ในปัจจุบันที่กระแสสังคมมีการหวาดวิตกต่อการติดเชื้อไข้หวัด 2009 มากเกินเหตุ อันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดมากเกินไปของประชาชน หากจะกล่าวถึงกระแสของการตระหนักในด้านสุขภาพของผู้หญิง พบว่าส่วนใหญ่จะตระหนักในเรื่องความอ้วนมากกว่าเพศชาย โดยให้ความใส่ใจเรื่องการรับประทานอาหารและรูปร่างมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าจำนวนร้อยละ 97.5 ของผู้ที่สมัครเข้าโปรแกรมลดความอ้วนของสถาบันลดน้ำหนักแห่งหนึ่งนั้นเป็นผู้หญิง (สถาบันลดน้ำหนักแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. 2552) การที่ผู้หญิงมักปฏิบัติตามกระแสของสังคม ตัวแบบและกลุ่มเพื่อน เป็นต้น ดังจะเห็นได้ว่าแม้แต่ในดารา นักร้อง นักแสดง พิธีกรและบุคคลที่มีชื่อเสียง ล้วนแล้วแต่ให้ความสำคัญต่อรูปร่างหน้าตาและการแต่งกายที่ดี การสังเกตอย่างง่าย ๆ จะพบว่าคนที่มีชื่อเสียงเหล่านี้มักจะกลายเป็นผู้นำของกระแสแฟชั่นต่าง ๆ ที่คนในสังคมเอาไปลอกเลียนแบบ เช่น ทรงผม การแต่งหน้า การแต่งกาย การพูดจา (ช่อผกา วิริยานนท์; ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข; กมลดา กำภู ณ อยุธยา. 2549: ช่อง 9 โมเดิร์นไนน์ทีวี)

การจัดการศึกษาของประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ยังสอนและเรียนแบบท่องจำข้อมูลเพื่อใช้สอบเป็นวิธีการเรียนที่ล้าสมัยและเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยส่วนใหญ่คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประยุกต์ใช้ไม่เป็นและไม่สามารถที่จะพัฒนาเศรษฐกิจสังคมไทยให้เป็นประโยชน์กับคนส่วนใหญ่ได้ (วิทยากร เชียงกูล. 2548: 13) สาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ทำให้ประชากรบางส่วนนั้นจึงเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบขึ้นมาเป็นกระแสตาม ๆ กัน เป็นเหตุให้ในผู้หญิงปัจจุบันนี้จึงหนีไม่พ้นกับกระแสของการรักสวยรักงาม โดยมีการดูแลรูปร่างของตนเองให้หอมเฟี้ยวในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป อาทิเช่น การอดอาหาร การกินยาลดความอ้วน การกินมังสวิรัต เป็นต้น แม้แต่สินค้าที่วางขายตามท้องตลาด หากมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์ที่ดีต่อสุขภาพและไม่มีผลทำให้ อ้วนแล้ว สินค้านั้นจะเป็นที่ต้องการของตลาดอย่างมากในทันที เช่น นมเปรี้ยวและโยเกิร์ตยี่ห้อใหม่ ยี่ห้อหนึ่งที่มีการโฆษณาถึงสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านรูปร่างที่หอมเฟี้ยวหากได้บริโภคเป็นประจำ ซึ่งทำให้ยอดขายมาแรงแซงหน้ายี่ห้อเดิม ๆ ที่มีอยู่ในท้องตลาด (ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. 2553: สัมภาษณ์)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2531: 583) อาทิปฏิกิริยาทั้งหมดของบุคคลทั้งที่เราสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อมและทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว กิจกรรม

ทุกประเภทที่มนุษย์ทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติและด้านการปฏิบัติ (ไพบูลย์ เทวรักษ์. 2529: 4 – 6)

การควบคุมน้ำหนักนั้นจัดว่าเป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการควบคุมน้ำหนักมีผลโดยตรงต่อมวลรวมของร่างกาย ทำให้น้ำหนักลดลงจากปกติที่ควรจะเป็น มีการรับสารอาหารเข้าไปในปริมาณที่จำกัด เกิดการสะสมพลังงานน้อยลง สามารถเกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อบุคคลได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับสติในการพิจารณาถึงวิธีการในการควบคุมน้ำหนักด้วย (พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน. 2552: นิตยสาร Health Today Thailand.)

มีปัจจัยหลากหลายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีทั้งปัจจัยด้านสังคม ด้านจิตวิทยาและผลทางสรีรวิทยา เนื่องจากการควบคุมน้ำหนักมีลักษณะที่ซับซ้อน เกิดจากหลายปัจจัย จะเห็นได้จากการที่ผู้ต้องการควบคุมน้ำหนักมีความคิดและทัศนคติต่อการควบคุมน้ำหนักที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บางคนอาจเกิดการปลุกฝังเป็นนิสัย อาทิเช่น กินแล้วใช้มีด ล้วงเอาอาหารออก เมื่อทำบ่อยเข้าก็อาจส่งผลให้กินเข้าไปแล้วอาเจียนออกมาได้ทันที กลายเป็นนิสัยอัตโนมัติ ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นนิสัยแบบนี้เป็นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน นอกจากนี้หลายคนที่ควบคุมน้ำหนักมากเกินกว่ามาตรฐานของสารอาหารที่ร่างกายต้องการนั้น อาจทำให้เกิดการขาดสารอาหารบางอย่างจนเกิดความเครียด ผู้หญิงที่พยายามอดอาหารมักอารมณ์ก้าวร้าวฉุนเฉียวหากขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น น้ำตาล ก็อาจทำให้อารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมรอบข้างจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่หล่อหลอมบุคลิกภาพในรูปแบบต่าง ๆ ก่อให้เกิดพฤติกรรมขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นกฎหมาย กฎระเบียบ กฎเกณฑ์หรือจารีต ธรรมเนียมของแต่ละกลุ่มสังคม ความเชื่อ ทัศนคติและการปลุกฝังให้เห็นคุณค่าในทางบวกหรือลบ ความสัมพันธ์และการติดต่อกับคนในสังคม แบบอย่าง การจดจำและลอกเลียนแบบ ฐานะทางเศรษฐกิจการเงิน การได้รับการศึกษาจากสังคม แหล่งที่อยู่อาศัย เป็นต้น (กฤตยกร แสงขาว; นริศ เจนวิริยะ; กฤษฏี โพธิ์ทัต. 2552: นิตยสาร Health today thailand.)

ปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หันมาให้ความสนใจต่อปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วน จึงได้รณรงค์ถึงปัญหาทางสุขภาพและเผยแพร่ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ไม่เชื่อเพียงคำบอกเล่าหรือคำโฆษณาเท่านั้น ดังจะเห็นตัวอย่างจากข่าวที่ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์และออกอากาศทางโทรทัศน์อยู่เสมอถึงการเสียชีวิตจากการรับประทานยาลดน้ำหนักและการศัลยกรรมเพื่อลดความอ้วน และในบางรายที่รอดตายแต่เกิดผลกระทบบ้างเคียงต่าง ๆ กับร่างกาย (กระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต. 2553: online)



ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (โรคอ้วน) รวมถึงสนใจในวิธีการในการลดความอ้วนของแต่ละคนทั้งแบบที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการเพราะการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบันทำให้คนทั่วไปเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคอ้วน ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมน้ำหนักของ นักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเพราะปัจจุบันพบว่ามีการลดความอ้วนด้วยวิธีการต่าง ๆ มากมายในผู้หญิง ผู้วิจัยจึงได้ทำการสร้างแบบสอบถามขึ้นมาเพื่อ สอบถามกลุ่มผู้หญิงอุดมศึกษาในแต่ละมิติของศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้การ ควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลที่ ได้ไปประยุกต์ใช้กับการนำเสนอข้อมูลการควบคุมน้ำหนักที่มีความถูกต้องตามหลักโภชนาการโดย เลือกใช้สื่อและการสอนที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและการรับรู้ เพื่อการเรียนการสอน ตลอดจนให้ ความรู้ทางด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับพฤติกรรมและการรับรู้ในวัยรุ่นต่อไป

### **ความมุ่งหมายของการวิจัย**

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของ นักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

### **ความสำคัญของการวิจัย**

ผลจากการวิจัยทางการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง หน่วยงานและ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องทางการศึกษา ตลอดจนผู้ที่มีความสนใจในงานวิจัยนี้ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อทราบถึงการศึกษารูปร่างความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ เพื่อเป็น แนวทางการจัดรูปแบบการให้การศึกษา นำเสนอความรู้ ปลูกฝังความเชื่อ ตลอดจนทัศนคติที่ถูกต้อง รวมทั้งแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการโฆษณาเพื่อสื่อสารให้บรรลุเป้าหมาย เหมาะสม กับสภาพปัญหาและสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม ตลอดจนได้รับทราบข้อเท็จจริงในด้านปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานครทั้งทางตรงและทางอ้อม

### **ขอบเขตการวิจัย**

#### **ประชากรที่ใช้ในการวิจัย**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่2 ปีการศึกษา2553 จำนวน5,546คน

## กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาเฉพาะนักศึกษาปริญญาตรี ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 เพศหญิง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน จากประชากร 5,546 คน โดยใช้สูตรการคำนวณหาจำนวนตัวอย่างจากประชากรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1967, 886 – 887) โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือยอมให้มีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

สุ่มอย่างง่ายจากคณะวิชาที่ศึกษาของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จากทั้งหมดจำนวน 8 คณะ คือ นิติศาสตร์ นิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ บริหารธุรกิจภาคภาษาอังกฤษ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากได้คณะนิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

## ตัวแปรที่ศึกษา

### 1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

#### 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก

##### 1.1.1 พฤติกรรมการบริโภค

##### 1.1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

#### 1.2 การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก

##### 1.2.1 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

##### 1.2.2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

### 2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **การควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิง** หมายถึง การจำกัดปริมาณสารอาหารที่เข้าสู่ร่างกายเพื่อให้มวลรวมของร่างกายคงที่ในปริมาณที่จำกัดในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ได้แก่ การกินอาหารเสริมลดน้ำหนัก การออกกำลังกายลดน้ำหนัก การกินยาลดความอ้วน การนำเอาอาหารออกจากร่างกายด้วยการล้วง/กินยา การจำกัดปริมาณแคลอรีของกินที่รับประทานต่อวันการอดอาหาร กินอาหารน้อยกว่า 3 มื้อและอาจงดเว้นการรับประทานอาหารบางหมู่เนื่องจากเชื่อว่าทำให้อ้วน

2. **พฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษาหญิง** หมายถึง การแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก โดยเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ รับประทานอาหารตรงเวลารับประทานอาหารระหว่างมื้อ รับประทานอาหารครบหรือไม่ครบ 5 หมู่รับประทานอาหารเสริม รับประทานอาหารชีวิต อาหารจานด่วน

รับประทานอาหารที่มีการส่งเสริมการขายหรือโฆษณา การดื่มน้ำเปล่า ซากาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำหวานหรือน้ำที่ให้พลังงานอื่น ๆ

**3. พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาหญิง** หมายถึง การแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก โดยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ได้แก่ เข้าฟิตเนส ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที กีฬาที่มักเล่นเป็นแบบแอโรบิกหรือแอนาโรบิกและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

**4. การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของนักศึกษาหญิง** หมายถึง กระบวนการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการมีสิ่งเร้าเข้าไปเร้าอินทรีย์แล้ว ทำให้อินทรีย์เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ได้แก่ รู้ถึงวิธีการคำนวณน้ำหนักมาตรฐาน รู้ว่าตนเองน้ำหนักเป็นเช่นไรเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

**5. การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของนักศึกษาหญิง** หมายถึง กระบวนการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการมีสิ่งเร้าเข้าไปเร้าอินทรีย์แล้ว ทำให้อินทรีย์เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ได้แก่ รู้จักโรคต่าง ๆ ที่มักจะเกิดกับคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน รู้ข้อดีของการมีน้ำหนักมาตรฐานและรู้ถึงการยอมรับชื่นชมของคนในสังคมต่อคนที่มีรูปร่างหน้าตาแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ดังที่นำเสนอในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมติฐานในการวิจัย

พฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก
  - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก
  - 1.2 การเกิดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก
  - 1.3 การบริโภคอาหาร
  - 1.4 การออกกำลังกาย
2. เอกสารและงานวิจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก
  - 2.1 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
  - 2.2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนและน้ำหนัก
  - 3.1 ส่วนประกอบของร่างกาย
  - 3.2 การวัดปริมาณไขมันในร่างกาย
  - 3.3 การจำแนกประเภทรูปร่างและวิเคราะห์รูปร่าง
  - 3.4 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
  - 3.5 เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
  - 3.6 สภาวะการณ์ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน
  - 3.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน
  - 3.8 ทักษะและค่านิยมทางด้านรูปร่าง
  - 3.9 แนวคิดทางด้านรูปร่างของสังคมไทย
4. เอกสารและงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้อง
5. เอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

#### 1. เอกสารและงานวิจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก

##### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

หากสังเกตบุคคลที่อยู่รอบ ๆ ตัวจะพบว่า ในสถานการณ์เดียวกันหรือสังคมเดียวกันมีการแสดงออกทางพฤติกรรมแตกต่างกันไป สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเหล่านี้มีได้มากมาย ที่เกิดมา

จากสภาพแวดล้อมก็มี เกิดจากแรงผลักดันภายในของบุคคลก็มี เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ก็มี ทั้งนี้ จึงมีหลายท่านที่ให้ความสนใจศึกษาและให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้ ดังนี้

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2529: 9) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจมีทั้งที่เป็นรูปธรรม นามธรรม เช่น ปฏิบัติของอวัยวะในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ มักเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถเห็นได้ชัด ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิบัตินี้ที่คนเราแสดงออกตลอดเวลาของการดำรงชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นทั้งจากวาจาและการกระทำ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534: 583) ให้ความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตซึ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม ซึ่งแบ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก สำหรับพฤติกรรมภายในนั้น หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัตินี้ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล รวมทั้งความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อและค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกให้ผู้อื่นเห็นได้ ทั้งการพูด การกระทำ กิริยาท่าทางของบุคคล

บลูม (Bloom. 1975: 65) กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยหรือองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิดและสติปัญญา พฤติกรรมด้านทัศนคติและการปฏิบัติ

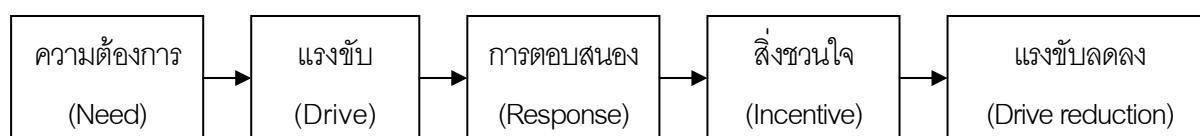
อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์แสดงออกมาทั้งโดยเปิดเผยและซ่อนเร้นเพื่อการจำกัดปริมาณสารอาหารที่เข้าสู่ร่างกายเพื่อให้มวลรวมของร่างกายคงที่ในปริมาณที่จำกัดในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

## 1.2 การเกิดพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ประสาธ อิศรปริดา (2522: 23) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำ ปฏิบัติของมนุษย์หรืออินทรีย์ (Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งเป็นสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}
 B &= F(O, E) \\
 B &= \text{พฤติกรรม} \\
 F &= \text{ผลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ} \\
 E &= \text{สิ่งแวดล้อม}
 \end{aligned}$$

พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้น เรียกว่า “พฤติกรรมที่จูงใจ” (Motivated behavior) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของพฤติกรรม ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรม

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การเกิดพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักนั้นมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นทำให้เกิดความต้องการในการควบคุมน้ำหนัก จึงพยายามหาทางตอบสนองความต้องการในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อได้รับการตอบสนองก็จะแสดงออกมา คือ พอใจหรือไม่พอใจ ถ้าหากพอใจความต้องการก็จะลดลง ถ้าหากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความต้องการนั้นอยู่ แรงขับก็จะไม่ลดลง

### 1.3 การบริโภคอาหาร

อาหารสำคัญกับมนุษย์นับแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดา ทารกในครรภ์รับสารอาหารที่จำเป็นจากมารดาผ่านทางรก หลังจากคลอดจากครรภ์มารดาจนเติบโตใหญ่ ยังต้องการอาหารที่มีประโยชน์กับวัย ทั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการเสริมสร้างความเจริญเติบโตให้กับร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายและป้องกันร่างกายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น อากาศหนาวเย็นหรือเชื้อโรคในอากาศ เป็นต้น

กลานซ์ เลวิสและไรเมอร์ (Glanz; Lewis; & Rimer. 1997: 413) กล่าวว่า การรับประทานอาหารเป็นรูปแบบความซับซ้อนของปัจจัยด้านพฤติกรรม ความสำคัญของอิทธิพลนั้นคาดว่าเกิดจากรูปแบบอุปนิสัยของการรับประทานอาหาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบในรสชาติอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์และการยอมรับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมจะมีอิทธิพลหลัก เช่น รับประทานสเต็กเป็นสัญลักษณ์ของบุคคลสังคมชั้นสูงในการคบหาสมาคมระหว่างชาวยุโรปอเมริกัน และอาหารที่แสดงถึงระดับสังคมชั้นสูงในประเพณีของชาวอินเดีย คือ การใช้เครื่องเทศที่มีราคาแพง การรู้จักเลือกบริโภคอาหารครบทุกหมวดหมู่ทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามินอย่างเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคต่าง ๆ ได้

สำหรับประเทศไทยนั้น กองโภชนาการร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการกำหนดแนวทางการบริโภคขึ้น เรียกว่า “โภชนบัญญัติ 9 ประการ” โดยเน้นความหลากหลายของอาหารเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสม ดังนี้

1.3.1 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว ควรได้สารอาหารที่จำเป็นจากโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่และวิตามิน รวมถึงน้ำและใยอาหารครบถ้วนและเพียงพอ อีกทั้งควรชั่งน้ำหนักตัวอยู่เสมอเพื่อตรวจสอบไม่ให้น้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะอาจเกิดโรคอ้วนหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้

1.3.2 รับประทานข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งอื่น ๆ เป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีนหรือขนมปัง สลับกันได้ ข้าวที่ดีควรเป็นข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องที่ขัดสีแต่น้อย เนื่องจากมีคุณค่าทางสารอาหารและมีกากใยอาหารในปริมาณสูง

1.3.3 รับประทานผักและผลไม้ให้มากเป็นประจำเพราะนอกจากให้วิตามิน แร่ธาตุและใยอาหาร ยังมีสารอาหารอื่นที่ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดและช่วยให้เยื่อบุเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรง

1.3.4 รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเหลืองเป็นประจำ ดังนี้

1.3.4.1 เนื้อสัตว์ทุกชนิดมีโปรตีน แต่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเพื่อลดการสะสมไขมันในร่างกายและควรรับประทานปลาอย่างสม่ำเสมอ

1.3.4.2 ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูกหาซื้อได้ง่าย เด็กสามารถรับประทานได้ทุกวัน แต่สำหรับผู้ใหญ่ไม่ควรรับประทานไข่เกินสัปดาห์ละ 2 – 3 ฟอง

1.3.4.3 ถั่วเหลืองโปรตีนที่ดีและราคาถูก ควรกินสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ

1.3.5 ดื่มนมให้เหมาะกับวัย เนื่องจากนมมีโปรตีน วิตามินดีและแคลเซียมที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตสร้างความแข็งแรงให้กระดูกและฟัน จึงเหมาะกับบุคคลทุกวัย ในผู้สูงอายุและคนอ้วนควรดื่มนมพร่องมันเนย

1.3.6 ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันพอควร เนื่องจากไขมันช่วยให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทั้งยังปกป้องร่างกายจากการได้รับบาดเจ็บจากแรงกระแทกประเภทต่างๆ จากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังเป็นตัวช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ ดี อีและเคเพราะวิตามินดังกล่าวเหล่านี้สามารถละลายได้ในน้ำมันหรือไขมันเท่านั้น โดยจะต้องมีความระมัดระวังในการรับประทานอย่างจำกัด ดังนี้

1.3.6.1 กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) พบมากในเนื้อสัตว์ไขมันสัตว์ กะทิ น้ำมันปาล์ม หากรับประทานมากเกินไปจะเปลี่ยนเป็นคอเลสเตอรอลได้ จึงควรรับประทานเพียงร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

1.3.6.2 กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน (Monosaturated fats) มีในน้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ถ้าสัดส่วนไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโนเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลงควรรับประทานประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน นอกจากนี้ยังทำให้ความดันโลหิตลดลงและการควบคุมน้ำตาลดีขึ้น (สุนันท์ พันธุ์แพ; และคณะ. 2541: 23)

1.3.6.3 กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดพอลิ (Polysaturated fats) ได้จากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันงาและน้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น เป็นไขมันที่ช่วยให้ระดับของคอเลสเตอรอลลดลง ควรรับประทานในสัดส่วนร้อยละ 10 ของพลังงานที่รับประทานแต่ละวัน อีกทั้งไขมันจากปลาทะเลต่าง ๆ เช่น ปลาทูน่า ปลาแซลมอน ปลาทู มีคุณสมบัติทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงและความดันโลหิตลดลง แต่ถ้ารับประทานมากเกินไปจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอล

ลสูงขึ้นได้ (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541: 23 อ้างอิงจาก Nestle. *American Journal Epidemiology*. 28) จึงควรรับประทานปลาทะเลเพียง 2 – 3 มื้อต่อสัปดาห์

ดังนั้นการบริโภคไขมันทั้ง 3 ชนิดควรเป็นอัตราส่วน 1:1:1 รวมแล้วไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งวัน (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541: 23) และรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด เพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร

1.3.7 หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัดและเผ็ดจัด เนื่องจากรสหวานจัดทำให้ได้พลังงานเพิ่มทำให้อ้วน รสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะผู้สูงอายุและจะทำให้ไตทำงานหนักขึ้นและอาหารรสเผ็ดจัดทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

1.3.8 รับประทานอาหารสะอาดที่ปรุงสุกใหม่ ไม่ปนเปื้อน ปกปิดป้องกันเชื้อโรคและแมลงต่าง ๆ มีบรรจุภัณฑ์ที่มิดชิดสะอาด มีอุปกรณ์หยิบจับที่ถูกต้อง สิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยและร่างกายได้รับประโยชน์จากอาหารอย่างเต็มที่

1.3.9 งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะมีโทษกับร่างกายมาก นอกจากทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาดสติ เกิดอุบัติเหตุง่าย สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินแล้ว ยังเกิดความเสี่ยงเป็นโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร

อาหารทางเลือกใหม่สำหรับผู้ใส่ใจสุขภาพ

#### 1) อาหารมังสวิรัต

เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบอายุเวทอินเดียหรือกลุ่มคนจีนที่อยู่ในเมืองไทยโดยเรียกว่า “อาหารเจ” ดังความเชื่อที่ว่า อาหารพวกพืช ผัก ผลไม้ เป็นอาหารของมนุษย์ หากบริโภคเป็นประจำจะทำให้ร่างกายบริสุทธิ์สามารถป้องกันและรักษาโรคได้ทุกชนิด

ผลการสำรวจผู้บริโภคอาหารมังสวิรัต (Edlin, Golanty; & Brown. 1997: 89) พบผู้ป่วยโรคหัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวานและโรคอ้วนในอัตราต่ำกว่าผู้ไม่บริโภคอาหารมังสวิรัตและพบว่าประเทศที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์มากจะมีจำนวนผู้เป็นโรคหัวใจและมะเร็งที่สูงกว่าประเทศที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์น้อย แต่ไม่ควรแนะนำให้เด็กบริโภคอาหารมังสวิรัตเป็นประจำเพราะทำให้ขาดสารอาหารโปรตีนที่มีคุณค่าต่อการเจริญเติบโต เช่น ไอโอดีน ทอรีน วิตามินบี12 และกรดไขมัน DHA เป็นต้น เนื่องจากสารเหล่านี้ไม่พบในพืชผักมากนักหรือแม้แต่ผู้ใหญ่ก็อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเนื่องจากอาหารจากพืชมักมีสารโพลีฟีนอลและไฟเตทที่ขัดขวางการดูดซึมเหล็ก สังกะสีและแคลเซียม ได้แก่ ธัญพืชที่ไม่ขัดสี ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วมีเปลือกแข็งและเมล็ดต่าง ๆ โดยไฟเตทจะจับกับเหล็กทำให้เหล็กลดลง (สมใจ วิชัยดิษฐ์. 2541: 33 – 34) ดังนั้นผู้ที่รับประทานเต้าหู้มากจึงมีปัญหการดูดซึมเหล็กได้ ดังนั้น ผู้บริโภคอาหารมังสวิรัตจึงควรมีความรู้ที่จะเลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กอย่างเพียงพอและบริโภคอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น วิตามินซี (Ascorbic acid)



กรดซิตริก (Citric acid) ในผักและผลไม้หรือกรดแลคติก (Lactic acid) ที่พบในผักกาดดอง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ร่างกายเกิดการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น

## 2) อาหารแมคโครไบโอติกส์

เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบญี่ปุ่น คล้ายอาหารมังสวิรัต โดยมีที่มาจากอาหารของพระที่วัดเซน ต่อมานายจอร์จไอซาวา (ยูคิกาสู ซากุระซาวา) เขียนหนังสือ “แมคโครไบโอติกส์” โดยนำข้อดีแห่งวิถีตะวันออกกับตะวันตกมาผสมผสานกัน เป็นพื้นฐานของการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวและจักรวาลมากที่สุดเพราะอาหารธรรมชาติเป็นแหล่งรวมของมูลฐานชีวิต ได้แก่ แสงแดด ดิน น้ำและอากาศ ถูกลำมาผสมผสานกันอยู่ในอาหารนั้น สามารถเสริมสร้างคุณภาพให้แก่ร่างกายได้ดีที่สุด ซึ่งทำให้ร่างกายแข็งแรง หลักสำคัญในการบริโภคอาหารแมคโครไบโอติกส์ คือ การรับประทานอาหารหลักที่มีอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ ได้แก่ อาหารต่อไปนี้ (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2537: 57 – 58)

- 2.1) ข้าวกล้องและเมล็ดธัญพืชที่ยังไม่ขัดขาว ประมาณร้อยละ 50 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ ได้แก่ ข้าวสาลี ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ ข้าวโพด เป็นต้น
- 2.2) ผักต้ม ประมาณร้อยละ 25 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ แต่ผักนั้นจะต้องปลูกในดินบริสุทธิ์ที่ไม่มีสารเคมี ยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดศัตรูพืช
- 2.3) สหรัยทะเลและถั่วต่าง ๆ โดยเฉพาะถั่วเหลือง ร้อยละ 15 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ
- 2.4) ซุปเต้าหู้และเครื่องปรุงธรรมชาติ มีปลาและผลไม้ร้อยละ 10 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ

## 3) อาหารชีวจิต

เป็นอาหารจากธรรมชาติ หลักการเดียวกับอาหารแมคโครไบโอติกส์ โดยเน้นอาหารที่มาจากท้องถิ่นนั้น ๆ และเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมไทย สาทิส อินทรกำแหง (2541: 57 – 58) ได้กำหนดสูตรซึ่งใกล้เคียงกับอาหารแมคโครไบโอติกส์ไว้ ดังนี้

- 3.1) อาหารประเภทแป้ง ประมาณร้อยละ 50 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ ได้แก่ ข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องซึ่งเป็นข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี เนื่องจากการขัดสีทำลายเยื่อเมล็ดข้าวที่อยู่ใต้ข้าวเปลือก ซึ่งมีโปรตีน ธาตุฟอสฟอรัส ทองแดง เหล็กและไขมันเจือปนอยู่ ถ้าเป็นข้าวโพดก็ควรเป็นทั้งเมล็ดหรือทั้งฝัก ขนมปังต้องเป็นขนมปังโฮลวีท (Whole wheat) เป็นต้น
- 3.2) ผัก ประมาณร้อยละ 25 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ โดยใช้ผักดิบและผักสุกอย่างละครึ่งทำเป็นสลัดผัก ผักลวกน้ำจิ้มหรือผัดผักใช้น้ำมันพืชน้อย ผักควรปลูกเองโดยไม่ใช้สารเคมีต่าง ๆ จะดีที่สุด แต่ถ้าต้องซื้อให้เลือกผักที่มั่นใจว่าปลอดสารพิษ ล้างโดยแช่น้ำนาน ๆ และแช่ด้วยต่างทาบิ

3.3) **ถั่วต่าง ๆ** ประมาณร้อยละ 15 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วดำและผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตรหรือผลิตภัณฑ์ซึ่งดัดแปลงจากถั่วในรูปแบบต่าง ๆ อาจจะใช้โปรตีนได้บ้างเป็นครั้งคราว คือ ปลาและอาหารทะเลประมาณอาทิตย์ละครั้ง

3.4) **เบ็ดเตล็ด** ได้แก่ แยก ของกินเล่นและผลไม้ ประมาณร้อยละ 10 เช่น แยกจืด แยกเคี้ยวหรือซูป ทำจากเต้าเจี้ยวญี่ปุ่นผสมในน้ำแกง สำหรับทะเลใส่แกงและผัดผักต่าง ๆ งาสดและงาคั่วใช้โรยอาหารได้ทุกอย่าง ถั่วต่าง ๆ สามารถใช้เป็นของขบเคี้ยวหรือของกินเล่นได้ ถ้าเป็นผลไม้ควรเป็นผลไม้เขียวและไม่หวาน เช่น ฝรั่ง มะม่วงดิบ เป็นต้น

**ข้อห้ามสำหรับผู้บริโภคอาหารชีวิตที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด คือ**

- ห้ามสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าและสิ่งเสพติดต่าง ๆ
- งดอาหารเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อ หมู ไก่
- งดน้ำตาลขาวทุกชนิด รวมทั้งอาหารขนมและเครื่องดื่มจากน้ำตาล เช่น ทองหยิบ ทองหยอด เค้กฝอยทอง ไอศกรีม น้ำหวานต่าง ๆ
- งดอาหารที่ใช้น้ำมัน นม เนย กะทิ
- งดแป้งขาวทุกชนิด เช่น ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังขาว เป็นต้น

#### 1.4 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นการกระทำหรือกิจกรรมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง เสริมสร้างกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เผาผลาญไขมันส่วนเกินสะสม ลดความเครียด ช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพดี สามารถป้องกันและรักษาอาการของโรคบางอย่างได้

เมลโลวิทซ์ (Mellorowitz, 1973: 55) กล่าวว่า การออกกำลังกายมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายเสมอทำให้หัวใจเปลี่ยนแปลงมีขนาดโตขึ้น น้ำหนักหัวใจเพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพของหัวใจดีขึ้น นอกจากนี้เส้นเลือดฝอยที่ห่อหุ้มจะมีมากขึ้น ปริมาณการสูบฉีดโลหิตของหัวใจจะมีมากขึ้น

สุชาติ โสมประยูรและคณะ (2542: 39) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การออกแรงเพื่อกิจกรรมทางร่างกายในทุก ๆ ลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการเล่นกีฬาหรือการทำงานใด ๆ ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมที่สมัครใจหรือฝืนใจ ไม่ว่าจะกิจกรรมนั้นจะทำเป็นอาชีพหรือสมัครเล่น การออกกำลังกายที่ดีจำเป็นต้องออกแรงให้มากพอจนรู้สึกเหนื่อยเพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว (Isotonic Exercise) หรือบางครั้งอาจจะอยู่กับที่ก็ตาม (Isometric Exercise) ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นกว่าปกติ

การออกกำลังกายในเวลาว่าง (Leisure – time exercise) ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายที่คำนึงถึงความแข็งแรงของร่างกาย (Health related fitness) เป็นหลัก จำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1.4.1 การออกกำลังกายชนิดที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ออกแรงมากในระยะเวลาสั้นเพื่อเพิ่มกำลังและความทนทานกล้ามเนื้อ เช่น การวิ่ง 100 ม. การกระโดดสูง ยกน้ำหนักและทุ่มน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายชนิดนี้ใช้พลังงานน้อยกว่าชนิดการแอโรบิกถึง 19 เท่า จึงไม่เกิดประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลการสันดาปพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจนนี้จะทำให้เกิดกรดแลคติก (Lactic acid) สะสมในกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการล้าและเกิดเป็นตะคริวได้ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้สูงอายุหรือมีปัญหาสุขภาพ จึงไม่ควรออกกำลังกายประเภทนี้ เพราะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ก่อให้เกิดการบาดเจ็บกล้ามเนื้อและข้อต่อได้ง่าย การออกกำลังกายชนิดนี้จึงเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดีหรือเป็นนักกีฬาเท่านั้น

1.4.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายเพิ่มพูนความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน (Aerobic capacity) เป็นเวลานานพอที่จะทำให้ออกซิเจนเร็วขึ้นเพื่อให้ได้ปริมาณอากาศมากที่สุด หัวใจเต้นเร็วขึ้นและสูดเลือดเร็วขึ้น เลือดในร่างกายไหลเวียนมากขึ้นและออกซิเจนถูกจ่ายไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจึงทำให้การทำงานของปอด หัวใจและหลอดเลือดมีประสิทธิภาพขึ้น เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของร่างกายสูงสุดดังที่ได้กล่าวมา การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การว่ายน้ำ การวิ่ง การขี่จักรยาน การเดิน แอโรบิกแดนซ์ เป็นต้น

1.4.3 การออกกำลังกายแบบการดัดตัวหรือยืดเส้น (Relaxation exercise) เป็นการฝึกเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายร่วมกับการฝึกสมาธิและการหายใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมจะช่วยเพิ่มแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular tone) ช่วยยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อให้เคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่ การออกกำลังกายชนิดนี้ใช้พลังงานน้อยมาก แต่มีความปลอดภัยจากการกระทบกระแทก จึงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการออกกำลังกายมาก่อน แต่จะไม่ค่อยมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ปอดและการไหลเวียนโลหิตในร่างกายมากนัก ตัวอย่างของการออกกำลังกายชนิดนี้นิยมกันมาก ได้แก่ การรำมวยจีนหรือไทเก๊ก การฝึกโยคะ เป็นต้น

1.4.4 การออกกำลังกายแบบกายบริหาร (Calisthenics exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทนทานกล้ามเนื้อพร้อมกับยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อให้เคลื่อนไหวคล่องตัว เช่น แกว่งแขน ยืนก้มใช้มือแตะพื้น วิดพื้นหรือบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องโดยลุกจากท่านอนเป็นนั่ง ในขณะที่นอนหงาย (sit – up) เป็นต้น การบริหารร่างกายหากทำถูกต้องและเหมาะสมจะไม่เกิดแรงกระแทกกระทั้นหรือความเครียดต่อข้อต่อมากขึ้น จึงเหมาะกับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนหรือมีปัญหากระดูกและข้อ แต่ไม่มีผลในการลดน้ำหนักหรือไขมันส่วนเกิน เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานน้อย เว้นแต่จะใช้ร่วมกับออกกำลังกายประเภทแอโรบิก

## 2. เอกสารและงานวิจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก

### 2.1 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการตีความสิ่งที่เห็น ได้ยินและรู้สึกด้วยประสาทสัมผัสอื่น ๆ เพื่อให้รู้ว่าคืออะไร สิ่งที่รับรู้มีทั้งที่เป็นวัตถุ มนุษย์ด้วยกันและความเป็นไปภายในจิตใจของเรา เราจึงสามารถแบ่งการรับรู้่ออกตามสิ่งที่รับรู้ เป็นการรับรู้โลกทางวัตถุ การรับรู้โลกทางจิตและการรับรู้โลกทางสังคม (ชัยพร วิชชาวุธ. 2525: 188)

การรับรู้หรือสัญชาตญาณ (Perception) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน โดยสรุปได้ดังนี้ (วิไลวรรณ ศรีสงคราม; สุชัยญา รัตนสัญญา; โรจน์วี พจนพัฒนพล; พีรพล เทพประสิทธิ์. 2549: 121)

ก. ความหมายที่หนึ่ง การรับรู้เป็นผลของความรู้เดิมบวกเข้ากับการรับสัมผัส (Sensation) หรือเป็นผลของการเรียนรู้รวมเข้ากับความรูสึกจากการสัมผัส สัมผัสอย่างเดียวนั้นมักไม่มีความหมาย ผู้รับสัมผัสจะต้องแปลความหมายของการสัมผัสนั้นออกมา โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐานเพื่อที่จะให้แปลความได้ว่า สิ่งที่เร้าที่มาสัมผัสประสาทสัมผัสของเรานั้นมีความหมายเป็นอย่างไร การแปลความหมายความรู้สึกจากการสัมผัสนี้เองที่เรียกว่า “การรับรู้” (Perception) ฉะนั้น การรับรู้จึงเป็นผลของความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่เรามีรวมเข้ากับการรับรู้สัมผัสใหม่ที่ได้รับ

ข. ความหมายที่สอง พิจารณาในแง่พฤติกรรม พบการรับรู้เป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการมีสิ่งเร้าเข้าไปเร้าอินทรีย์แล้ว ทำให้อินทรีย์เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น แสดงให้เห็นได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 3 กระบวนการรับรู้

ค. ความหมายที่สาม การรับรู้ คือ อาการสัมผัสที่มีความหมาย เป็นการแปลความหมายการสัมผัสที่ได้รับให้เป็นที่เข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่น โดยอาศัยความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมเข้าช่วย ถ้าปราศจากสิ่งเหล่านี้ ก็เป็นเพียงการรับสัมผัสอย่างเดียวไร้ความหมายว่าคืออะไร

สรุปได้ว่า การรับรู้ เกิดขึ้นได้ตามลำดับ ดังนี้

- สิ่งเร้าเข้ามากระทบ อวัยวะรับสัมผัสของเราซึ่งอาจเป็น หู ตา จมูก ลิ้นและกายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- กระแสประสาทสัมผัสจะวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์กลางที่สมอง
- มีการแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจ โดยอาศัยความจำมาจากความรู้เดิม (Past knowledge) ประสบการณ์เดิม (Past experiences) ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่ว่ามี

อย่างน้อยแค่ไหน ถ้าบุคคลใดมีความจำดี การเร้าใหม่จะทำให้รับรู้ได้เร็วและชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความต้องการ ค่านิยม ทัศนคติและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไปด้วย

ธรรมชาติการรับรู้ของบุคคลเป็นไปโดยธรรมชาติ ตามระบบสรีรวิทยา มีจุดที่น่าสนใจ ดังนี้

- การเลือกที่จะรับรู้ (Selectivity) เพราะสิ่งแวดล้อมมีมากเกินไปกว่าความสามารถของมนุษย์ที่จะรับรู้ได้ จึงเลือกเอาเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องหรือเป็นสิ่งที่เร้าที่มีลักษณะดังนี้ เช่น สาวสวย เด่น เก่ง เท่ แปลกประหลาด (แต่งตัว กิริยา) ใหม่ เช่น สินค้าใหม่ ครูคนใหม่ เลือกสิ่งที่ตรงกับความสนใจ
- การจัดหมวดหมู่ของสิ่งที่รับรู้ (Organization) ก่อนที่จะเกิดการรับรู้ จะมีการจัดระเบียบของสิ่งเร้าเข้าเป็นหมวดหมู่

พัฒนาการทางการรับรู้ (Perceptual development) เกิดจากข้อมูลทางการรับรู้ได้ ถูกจัดการในหนทางที่หลากหลายกลายเป็นโลกของประสบการณ์ทันทีทันใด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางอวัยวะรับรู้ความรู้สึก ที่ได้ถูกแปรเปลี่ยนไปในการที่ได้มีประสบการณ์ในวัตถุ เหตุการณ์ เสียงและการรู้สึก เป็นต้น (Roth 1986 อ้างถึงใน Eysenck 2002: 291)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานตามการรับรู้ นั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าตนเองนั้นมีภาวะน้ำหนักเกินหรือมีไขมันส่วนเกินตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการประเมินภาวะน้ำหนักเกินในบุคคลที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินอาจเกิดขึ้นจากการประเมินด้วยตนเองหรือจากสิ่งแวดล้อม

2.1.1 การประเมินด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การส่องกระจกดูสัดส่วนของร่างกาย การนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีรูปร่างเล็กกว่าหรือผอมกว่า

2.1.2 การประเมินตนเองจากสิ่งแวดล้อม เช่น การบอกกล่าวของเพื่อน ผู้ร่วมทำงาน ครอบครัวหรือถูกทักว่าอ้วนขึ้น

บุคคลที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ที่ไม่ได้มีการเปรียบเทียบน้ำหนักของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น อาจทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักของตนเองในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง

## 2.2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การรับรู้ถึงผลเสียของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุทางตรงและทางอ้อมของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ตามมา ได้แก่

2.2.1 ปัญหาด้านร่างกาย เช่น การเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ การทำให้ภาวะโรคที่มีอยู่รุนแรงขึ้นและการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร โรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่

2.2.1.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย รวมทั้งเสียชีวิตเฉียบพลัน (Walcott – McQuigg, 1966: 313) เนื่องจากเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หากเกิดต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคหัวใจวายได้ โดยผู้ที่มิ

น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายมากขึ้นถึงสามเท่า (ดำรง กิจกุลศล. 2538: 28) อย่างไรก็ตาม การเกิดโรคหัวใจในผู้ที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน มักมีปัจจัยร่วมจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงเพราะทุก 10% ของน้ำหนักที่เพิ่ม จะทำให้ความดันซิสโตลิสเพิ่มขึ้น 6.6 มิลลิเมตรปรอท คอลเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและกลูโคสเพิ่มขึ้น 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Shils, et al. 1994: 989) ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นจนอาจหัวใจวาย ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเป็นเหตุให้หลอดเลือดอุดตันไม่เต็มที่หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบเพราะมีไขมันเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นอันตรายถึงชีวิต

2.2.1.2 โรคเบาหวาน การเกิดเบาหวานในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินพบเกิดจากการสะสมไขมันในเซลล์ไขมันมากขึ้น ความไวการตอบสนองต่อการกระตุ้นของอินซูลินน้อยลง ร่างกายจำเป็นต้องใช้อินซูลินมากขึ้นทำให้เบต้าเซลล์ต้องทำงานหนักกว่าปกติ เมื่อเกิดนานเบต้าเซลล์จะเสื่อมสภาพลงและตาย จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น (วิชัย ต้นไพจิตร. 2530: 27) ซึ่งความเสี่ยงการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในคนอ้วนเล็กน้อย เพิ่มขึ้น 5 เท่าในคนอ้วนปานกลางและจะเพิ่มเป็น 10 เท่าในคนอ้วนรุนแรง (Walcott – MaQuigg. 1966: 314; citing U.S. Internation commission on diabetes. 1975) และจากการศึกษาของจันท์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2539: 109) พบอัตราการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีน้ำหนักปกติ น้ำหนักเกินและอ้วน คือ ร้อยละ 2.1, 5.2 และ 6.3 ตามลำดับ จะเห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือโรคอ้วนมีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 2 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ

2.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในผู้หญิงที่อ้วนจะพบเริ่มมีประจำเดือนตอนอายุยังน้อยหรือเข้าสู่ระยะวัยหมดประจำเดือนช้าและมีประจำเดือนโดยไม่มีตกไข่ที่สัมพันธ์กันในรอบเดือน ในผู้ชายอาจมีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและมีเชื้ออสุจิน้อย นอกจากนี้ อาจพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอื่นอีกหลายชนิด เช่น ฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโต (Growth hormone) เป็นต้น

2.2.1.4 โรคกระดูกและข้อ ในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ต้องรับน้ำหนักตัวที่มากเกินไปตลอดเวลา เมื่อนานเข้าจะทำให้กระดูกอ่อนที่บอบอยู่ถูกทำลาย เป็นสาเหตุให้ปลายกระดูกเสียดสีกัน ทำให้มีอาการปวดข้อและข้อเสื่อมในที่สุด จากการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบในผู้ป่วยอ้วนด้วยวิธีการลดน้ำหนักของดุซณี สุทธิปริยาศรี (2534: อัดสำเนา) พบว่า การลดน้ำหนักมีผลต่อการหายจากอาการของโรคข้อเข่าอักเสบดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก ในเด็กบางรายจะพบความผิดปกติของเขา คือ เป็นเข่าชิดกัน (Knock knee) บางรายมีขาโค้ง (Bowleg) เพราะรับน้ำหนักมาก ในเด็กที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่นนั้นอาจทำให้เกิดการเสื่อมของส่วนหัวกระดูกสะโพก ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและพิการได้ (จันท์ชิตา พุกอานนท์. 2545: 90)

2.2.1.5 ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก มักมีอาการง่วงซึม หลับง่าย หายใจบ่อยกว่าคนน้ำหนักปกติ ซึ่งกลุ่มของอาการดังกล่าว เรียกว่า พิควิกเคียน ซินโดรม (Picwickian syndrome) เกิดจากการทำงานของปอดถูกขัดขวางจากไขมันในช่องท้องและบริเวณกระบังลม ไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่ดีจนเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในปอด และกระแสเลือด ร่างกายจึงพยายามปรับตัวโดยหายใจเพิ่มขึ้น นอกนั้นยังใช้แรงช่วยในการหายใจ จึงพบคนอ้วนมักรู้สึกหอบเหนื่อยตลอดจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดี เป็นผลให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด ทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น (Secondary polycythemia) จนหัวใจห้องล่างขวาโตในที่สุด เป็นปัจจัยชี้้นำของภาวะหัวใจวาย (Shils, et al., 1994: 991)

2.2.1.6 มะเร็ง มีการคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราการตายใกล้เคียงโรคหัวใจ โดยพบว่า ผู้ชายเป็นโรคมะเร็งตับสูงสุด ในขณะที่ผู้หญิงเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงสุด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552) มะเร็งเกี่ยวข้องกับโรคอ้วนคือคนอ้วนจะมีเซลล์ไขมันมากกว่าในคนปกติ นอกจากเซลล์ไขมันจะเป็นแหล่งสะสมฮอร์โมนแล้ว ยังกลายเป็นฮอร์โมนเพศซึ่งกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้หญิง ได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูก รังไข่ ต่อมและท่อนำนมหรือที่ต่อมลูกหมากของผู้ชาย เมื่อถูกกระตุ้นนานเข้าอาจกลายเป็นเนื้อร้าย โดยเฉพาะผู้หญิงอ้วนมักมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงกว่ามะเร็งอื่น ๆ

2.2.1.7 โรคตับและทางเดินน้ำดี ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โดยเฉพาะคอเลสเตอรอล ซึ่งจะถูกทำลายโดยน้ำดี แต่เมื่อมีมากเกินไป ร่างกายไม่สามารถทำลายได้หมด นอกจากจะเกาะตามเส้นเลือดดำทำให้เส้นเลือดแข็งแล้ว บางส่วนจะตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในถุงน้ำดีสอดคล้องกับการศึกษาของ สเตอर्टีแวนและคณะ (อาภรณ์ รัตนาวิจิตร. 2533: 33; อ้างอิงจาก Sturdevant. 1991) พบคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีโอกาสเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าคนน้ำหนักปกติ นอกจากนั้น ผลจากภาวะไขมันสูงยังก่อให้เกิดการสะสมของไขมันและแทรกในเนื้อตับ ทำให้เกิดภาวะไขมันในตับ ทำให้ตับเสียหายที่สุดในที่สุด

2.2.1.8 โรคผิวหนัง คนอ้วนมีเหงื่อออกมากทำให้เกิดผิวหนังอักเสบขึ้น โดยเฉพาะตามซอกคอ ซอกขาและข้อพับ เกิดการติดเชื้อง่าย นอกจากนี้ ผิวหนังบริเวณที่เสียดสีขณะเคลื่อนไหวจะเกิดการอักเสบบ่อย ร้อยละ 50 ของเด็กที่อ้วนมาก พบว่า ผิวหนังที่คันคอหรือรั้งแสบเป็นสีดำคล้ำ ซึ่งมักพบร่วมกับภาวะเบาหวานที่ติดต่อการรักษาด้วยยาฉีด Insulin (จันทิชาติตา พฤชานานนท์. 2545: 90)

2.2.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ คนมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าคนน้ำหนักปกติ (Drake. 1998: 81) มีปมด้อยอับอาย ถูกล้อเลียนในภาพลักษณ์ คนอื่นมองว่าเชื่องช้า ทำงานไม่ดี ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีปัญหาจิตใจได้และความเครียดจากสภาพแวดล้อม เช่น ถูกประเมินว่าอ่อนแอ ถูกปิดกั้นจากอาชีพที่ต้องการความคล่องตัวสวยงาม ทำให้ผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเครียดมากขึ้น ถ้าไม่สามารถเผชิญและยอมรับปัญหาอาจเกิดความผิดปกติทางจิตใจในที่สุด

### 3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนและน้ำหนัก

#### 3.1 ส่วนประกอบของร่างกาย

ส่วนประกอบของร่างกาย ประกอบด้วย 2 ส่วน (ประทุม ม่วงมี. 2527: 248) คือ

3.1.1 เนื้อแท้ (Lean Body Mass or Lean Body Weight) ในเนื้อแท้มีส่วนประกอบที่เป็นน้ำ (Water) ประมาณ 70 – 72% แร่ธาตุ (Mineral) ประมาณ 7% อวัยวะและกล้ามเนื้อ (Organ and Muscle) ประมาณ 20 – 30%

3.1.2 ไขมันหรือเนื้อเยื่อไขมัน (Fat Tissue Weight) ไขมันในร่างกาย (Body fat หรือ Fat mass) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในร่างกายมนุษย์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

3.1.2.1 ไขมันที่จำเป็น (Essential fat) พบอยู่ในไขกระดูก หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต ลำไส้ กล้ามเนื้อ ระบบประสาทส่วนกลาง ทำหน้าที่ทางด้านสรีรวิทยาและชีวภาพให้เป็นปกติ ในเพศหญิงมีไขมันที่จำเป็นมากกว่าเพศชายเพราะลักษณะทางเพศหญิงที่มีไขมันสะสมในเนื้อเยื่อของเต้านมและรอบมดลูก ไขมันในเพศหญิงไม่ควรต่ำกว่า 12% ของน้ำหนักตัว ในเพศชายไม่ควรต่ำกว่า 3% (Robergs; & Roberts. 1997: 523; McArdle; Katch; & Katch. 1994: 454)

3.1.2.2 ไขมันที่สะสมไว้ (Storage fat) มีสองชนิด ชนิดแรก คือ ไขมันสีเหลือง (Yellow fat) มีประมาณ 99% ของไขมันที่สะสมทั้งหมด พบในเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) ทำหน้าที่ 3 อย่าง คือ รักษาความอบอุ่นของร่างกาย เป็นแหล่งสร้างพลังงานและป้องกันการบาดเจ็บ ชนิดที่สอง คือ ไขมันสีน้ำตาล (Brown fat) ซึ่งอยู่ในไมโตรคอนเดรีย (Mitochondria) ทำหน้าที่เปลี่ยนพลังงานที่เก็บไว้ให้เป็นความร้อน เนื้อเยื่อไขมันส่วนใหญ่พบบริเวณใต้ผิวหนัง เพศชายจะเก็บไขมันส่วนใหญ่ไว้บริเวณเอว ทำให้เกิดลักษณะอ้วนแบบผู้ชาย (Android obesity) ต่างกับเพศหญิงซึ่งจะเก็บไขมันไว้บริเวณสะโพกและต้นขา ทำให้อ้วนแบบผู้หญิง (Gynoid obesity) (Robergs; & Robergs. 1997: 523)

การพัฒนาเนื้อเยื่อไขมันในเด็กแรกเกิดถึง 9 เดือนจะมีเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้นรวดเร็วและจะลดลงเมื่ออายุเลย 2 ปีครึ่ง แล้วค่อย ๆ ลดลงจนอายุ 5 ปีครึ่งและไม่เปลี่ยนแปลงจนอายุ 11 ปี จากนั้นจะเพิ่มอย่างรวดเร็วเมื่ออายุ 11 – 13 ปี แต่เข้าวัยรุ่นจะลดลง ทำให้รูปร่างเพรียวขึ้น (Hurlock. 1989: 114)

ไขมันมีผลเสีย 2 ประการ คือ เซลล์ไขมันไม่ค่อยมีบทบาทในการสร้างและใช้พลังงานเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายที่มีปริมาณไขมันมากเกินไป ชายและหญิงมีสมรรถภาพร่างกายต่างกัน ส่วนหนึ่งอธิบายได้ว่าผู้หญิงมีไขมันเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายในทุกช่วงอายุตั้งแต่ 17 ถึงมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ที่ออกกำลังกายประจำ ออกกำลังกายเป็นครั้งคราวและไม่เคยออกกำลังกายก็ตาม (การกีฬาแห่งประเทศไทย. 2539: 38)



### 3.2 การวัดปริมาณไขมันในร่างกาย

ในอดีตการวัดปริมาณไขมันในร่างกายทำในศพ โดยนำไขมันจากส่วนต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับ การชั่งน้ำหนักได้น้ำ พบความหนาแน่นไขมัน 0.901 กรัมต่อมิลลิเมตร ความหนาแน่นของเนื้อแท้ 1.1 กรัมต่อมิลลิเมตร ศพที่ศึกษาครั้งนั้นเป็นชายผิวขาววัยกลางคน (Robergs; & Roberts. 1997: 524) ซึ่งเป็นการวัดโดยตรงแต่ไม่นิยมทำเนื่องจากวิธีการยุ่งยาก ปัจจุบันมีการวัดปริมาณไขมันทางอ้อมด้วย หลักการว่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับความหนาแน่นของร่างกาย (ประทุม ม่วงมี. 2527: 250) วิธีการวัดปริมาณไขมันในร่างกายที่แม่นยำมีหลายวิธี ได้แก่ (จุฬารภรณ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. 2534: 186 – 187; ประณีต ผ่องแผ้ว. 2539: 276; ประทุม ม่วงมี. 2527: 251 – 257)

3.2.1 การชั่งน้ำหนักได้น้ำ (Hydrostatic Weighting: HW) ใช้หลักของอิมมิตัส คือ ชั่ง น้ำหนักร่างกายในน้ำและอากาศ นำค่าที่ได้มาคำนวณความหนาแน่นของร่างกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน เป็นวิธีที่แม่นยำ แต่เทคนิคยุ่งยาก เครื่องมือวัดราคาแพงและไม่เหมาะสมกับเด็กและผู้สูงอายุ

3.2.2 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Measurement of Skinfold Thickness: SKF) อาศัยหลักการว่าไขมันที่เก็บสะสมอยู่ใต้ผิวหนังจะมีอยู่ราวครึ่งหนึ่งของไขมันที่ร่างกายสะสมไว้ทั้งหมด หากทราบปริมาณไขมันใต้ผิวหนังจะสามารถประมาณไขมันในร่างกายทั้งหมดได้ โดยวัด ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังอย่างน้อย 2 ตำแหน่งที่เหมาะสม เช่น หน้าท้อง หน้าอก หลัง ได้คาง แขนหรือขาที่อนบน บั้นเอว เข่าและน่อง เมื่อได้ค่าความหนาของไขมันใต้ผิวหนังแล้ว นำไปคำนวณ ความหนาแน่นของร่างกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันตามลำดับ วิธีนี้ค่าใช้จ่ายน้อยแต่ผู้วัดต้องมีทักษะดี

3.2.3 การวัดขนาดของบริเวณต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (Arthropometry) โดยวัดขนาดบริเวณ ต่าง ๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า เข่า สะโพก บั้นเอว ข้อศอกและไหล่ นำค่าที่ได้มาคำนวณหาปริมาณเนื้อแท้ และเปอร์เซ็นต์ไขมันตามลำดับ วิธีนี้ค่าใช้จ่ายน้อยและมีความสัมพันธ์กับวิธีการชั่งน้ำหนักได้น้ำสูง

3.2.4 การวัดไบโออิเล็กทริคอลล อิมพีแดนซ์ อนาไลซิส (Bioelectrical Impedance Analysis: BIA) วัดความต่างศักย์เมื่อใช้ขั้วไฟฟ้าขั้วหนึ่งอยู่ที่แขน อีกขั้วที่ขา แล้ววัดแรงต้านไฟฟ้า จะ ได้ค่าที่สัมพันธ์กับส่วนของน้ำในร่างกาย จากนั้นมีสูตรคำนวณหาไขมันในร่างกาย เป็นวิธีการที่ง่าย เครื่องมือไม่แพง

3.2.5 การวัดโททอล บอดี้ อิลีคทริคอลล คอนดักทิวิตี (Total – body Electrical Conductivity: TOBEC) อาศัยหลักคลื่นไฟฟ้าผ่านตัวกลางซึ่งเป็นส่วนของกล้ามเนื้อและไขมัน แต่เครื่องมือมีราคาแพง

3.2.6 คอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (Couterized Tomographic: CT) และนิวเคลียร์แมก เนติกเร-โซแนนสแกน (Nuclear Magnetic Resonance Scan) คำนวณหาส่วนของไขมันและร้อยละส่วนของไขมันที่อยู่ในและนอกช่องท้องได้ วิธีนี้เครื่องมือมีราคาแพงและต้องสัมผัสกับกัมมันตภาพรังสี

3.2.7 การใช้คลื่นเสียง (Ultrasound) โดยให้คลื่นเสียงผ่านตัวกลางที่เป็นไขมัน กล้ามเนื้อและรอยต่อระหว่างกัน จะสามารถแสดงความหนาแน่นของไขมันได้

3.2.8 นิวตรอน แอคติเวชัน (Neutron Activation) สามารถวัดปริมาณไนโตรเจน โปรตีน แคลเซียม คลอไรด์และไขมันในร่างกาย วิธีนี้ยุ่งยากและเครื่องมือราคาแพง

3.2.9 การนับโพแทสเซียม 40 (Potassium – 40 Counting) ประเมินโพแทสเซียมใน เซลล์และเนื้อแท้ วิธีนี้ต้องการวิธีวัดที่เหมาะสมและเครื่องมือแพง

3.2.10 แมกเนติก เรโซแนนซ์ อิมเมจิง (Magnetic Resonance Imaging: MRI) ใช้คลื่น แม่เหล็กไฟฟ้าเพื่อวัดขนาดของอวัยวะ กล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำและการกระจายของไขมัน แต่เครื่องมือราคาแพง

### 3.3 การจำแนกประเภทรูปร่างและวิเคราะห์รูปร่าง

การจำแนกประเภทของรูปร่างจะพิจารณาจุดสำคัญของร่างกายเป็นหลัก คือ ไหล่ ออก เอวและสะโพก โดยสามารถจำแนกและวิเคราะห์รูปร่างออกเป็น 4 แบบดังนี้

#### 3.3.1 นาฬิกาทราย

จุดสังเกตผู้หญิงที่รูปร่างนาฬิกาทราย คือ หน้าอกใหญ่ เอวเล็กคอด สะโพกใหญ่ ปัญหาที่เกิด คือ ใส่เสื้อผ้าสำเร็จรูปมักติดหน้าอกกับสะโพก ถ้าใส่ใหญ่ขึ้นจะหลวมตรงเอว กลายเป็น คนตัวใหญ่ ตัวอย่างดารารูปร่างแบบนี้ เช่น สการ์เล็ต โจแฮนสัน, เจสสิก้า อัลบา, บียอนเซ เป็นต้น

#### 3.3.2 สามเหลี่ยมหรือลูกแพร์

จุดสังเกต คือ ไม่ค่อยมีหน้าอก (สำหรับคนไทยและเอเชีย) ไหล่แคบ ไม่ค่อยมีเอว สะโพกผายออก ต้นขาค่อนข้างอวบ ดูต้นช่วงล่าง ปัญหาคือ ใส่เสื้อตัวยาวหรือเดรส ข้างบนพอดี แต่ติด สะโพก กลับกันถ้าสะโพกผ่านท่อนบนหลวม ตัวอย่างผู้หญิงหุ่นลูกแพร์ เช่น รีฮันน่า, ซากีร่า, อลิเชีย คียส์

#### 3.3.3 สามเหลี่ยมคว่ำ ลักษณะจะกลับกันกับแบบที่ 3.3.2

จุดสังเกต คือ ไหล่กว้างและอกค่อนข้างใหญ่ สะโพกเล็กคล้ายผู้ชาย ขาค่อนข้าง เรียวสวย สังเกตเวลาเลือกกางเกงจะได้ขนาดใกล้เคียงกะเอว ไม่ค่อยมีปัญหาติดสะโพก จะมีปัญหา ก็คือ ไหล่กว้างใหญ่และค่อนข้างเด่น ทำให้ต้องเลือกเสื้อใหญ่ขึ้น ดูเป็นผู้หญิงที่หนาไปทั่วทั้งตัว ตัวอย่าง เช่น เจสสิก้า ซิมป์สัน, วิคตอเรีย เบ็คแฮม, เรเน่ เซลวิกเกอร์และคุณแม่นานาชาติเองเจลิน่า โจลี่

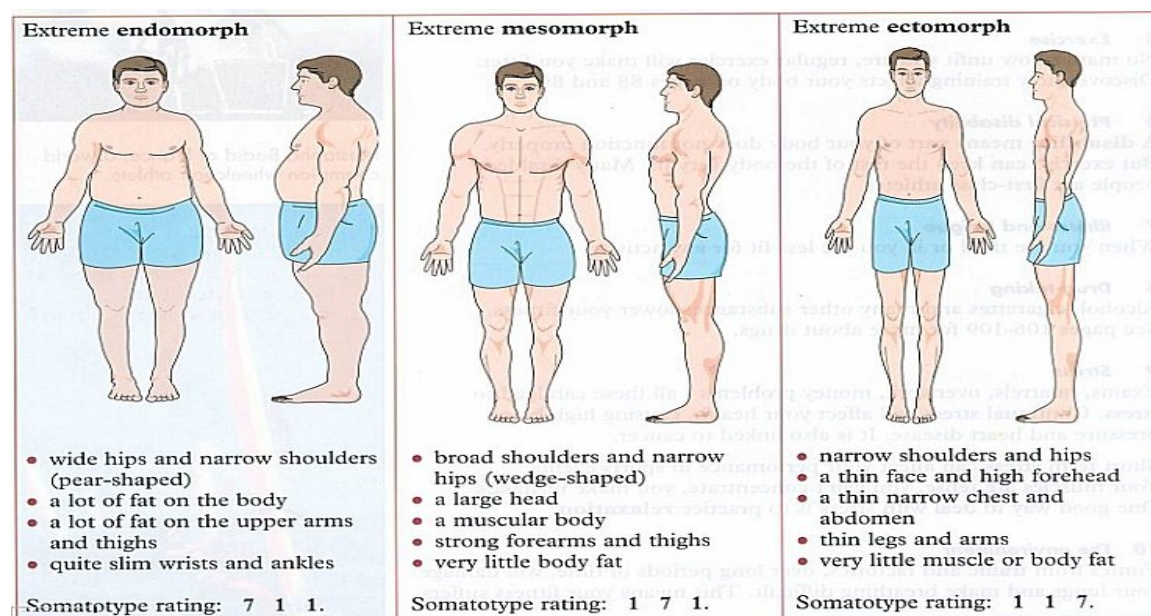
#### 3.3.4 สี่เหลี่ยมผืนผ้า

จุดสังเกต คือ ไม่มีเอวหรือคอดน้อยมาก มองเห็นเป็นแท่งตรง ช่วงอกกว้างพอ ๆ กับสะโพก ปัญหาคือ ถ้าผอมจะเป็นผู้หญิงที่รูปร่างไร้ส่วนโค้ง แต่ถ้าน้ำหนักขึ้น รูปร่างดูตันและกลม ตัวอย่าง เช่น คาเมรอน ดิแอซ, แอนน์ แฮตทาเวย์, อิลารี ดัฟฟ์และซัลมาแบลร์

ถ้าหากทุกคนลองสำรวจร่างกายตัวเองและพิจารณาดูก็จะทราบว่าตัวเองรูปร่างใกล้เคียง แบบไหน ตรงจุดไหนคือปัญหาและตรงไหนคือส่วนดีของเราเอง

### พันธุกรรมด้านรูปร่าง ( Body Type ) กับ การฝึกเพาะกาย

ในช่วงปี ค.ศ.1940 นักมานุษยวิทยา แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด Dr. William Herbert Sheldon ได้ศึกษาจากรูปถ่ายชายและหญิงจำนวน 46,000 ภาพ แล้วกำหนดทฤษฎีว่าด้วยการจำแนกลักษณะรูปร่างของคน ออกเป็น 3 แบบใหญ่ ๆ คือ (1) ผอมแห้ง (2) อ้วนกลม (3) สมส่วน



ภาพประกอบ 4 แสดงการจำแนกลักษณะรูปร่างของมนุษย์เป็นอ้วนกลม สมส่วนและผอมแห้ง  
ที่มา: University of Liverpool, <http://img122.imageshack.us/i/somatotypes10si.jpg/> (Online)

(1) ผอมแห้ง = เอกโตมอร์ฟ (Ectomorph) ลักษณะของคนประเภทนี้คือ

- โครงกระดูกเล็ก ผอม เปรี้ยว
- คอ แขน ขายาวแต่ลำตัวสั้น ช่วงไหล่แคบ หน้าอกแบน สะโพกเล็ก
- ไขมันในร่างกายมีน้อย และกล้ามเนื้อมีลักษณะบาง ยาวและมีน้อยด้วย
- เมตาบอลิซึม (Metabolism) ในร่างกายจะเกิดขึ้นเร็ว

(2) อ้วนกลม = เอนโดมอร์ฟ (Endomorph) ลักษณะของคนประเภทนี้คือ

- โครงกระดูกใหญ่ อ้วน ตัวกลม ๆ
- คอ แขน ขา สั้น หน้ากลม
- ช่วงบน , กลาง , ล่างของลำตัวใหญ่เท่า ๆ กันหมด
- มีเซลล์ไขมันมากและมองไม่เห็นกล้ามเนื้อ
- เมตาบอลิซึม (Metabolism) ในร่างกายจะเกิดขึ้นช้า

(3) สมส่วน = มีโซมอร์ฟ (Mesomorph) ลักษณะของคนประเภทนี้เป็นรูปร่างในอุดมคติ คือ

- โครงกระดูกใหญ่และกล้ามเนื้อที่หุ้มอยู่ก็ใหญ่และหนาแน่นตามไปด้วย

- ไหล่กว้าง ช่วงอกกว้างและหนา ลำตัวยาว เรียวไปหาเอวที่เล็กจนเป็นรูปตัววี
- ข้อมือ นิ้วมือและปลายแขนมีขนาดใหญ่
- ไขมันในร่างกายมีระดับต่ำ
- กล้ามเนื้อขึ้นได้ง่ายและมองเห็นชัดเจน
- เมตาบอลิซึม (Metabolism) ในร่างกายจะเกิดขึ้นเร็ว

อย่างไรก็ตามการแบ่งรูปร่างเป็น 3 แบบนี้ เป็นการแบ่งในลักษณะสุดขั้วเพื่อให้เห็นความแตกต่างชัดเจนระหว่างรูปร่าง 3 แบบเท่านั้น ในโลกความเป็นจริง รูปร่างแต่ละคนอาจเป็นลูกผสม คือ ผสมผสานระหว่าง 2 แบบ หรือ 3 แบบเข้าด้วยกัน โดยมีลักษณะเด่นในแบบใดแบบหนึ่งมากกว่า

ประโยชน์สำคัญที่ได้จากการแบ่งคนตามรูปร่างนั้นก็เพื่อกำหนดเทคนิคในการฝึกเพาะกายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับคนรูปร่างแต่ละแบบ ผนวกกับโปรแกรมโภชนาการที่เหมาะสมกับแต่ละรูปร่าง เพื่อมุ่งไปสู่การปรับปรุงรูปร่างเดิมที่ได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรมให้ดีขึ้น

**เทคนิคที่ใช้ในการฝึกสำหรับรูปร่างแต่ละแบบ**

คนที่มีรูปร่างต่างกัน จะมีเป้าหมายในการฝึกเพาะกายที่ต่างกัน จึงทำให้เทคนิคที่จะนำมาใช้ในการฝึกต่างกันตามไปด้วย

(1) รูปร่างประเภทผอมแห้ง = เอกโตมอร์ฟ (Ectomorph)

เป้าหมายในการฝึก : เพิ่มมวลกล้ามเนื้อให้ใหญ่ขึ้น

เป้าหมายของคนผอมในการฝึกเพาะกาย คือ การเพิ่มน้ำหนักตัวให้มากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการให้น้ำหนักตัวที่มากขึ้นมาจากกล้ามเนื้อที่ใหญ่ขึ้น ไม่ต้องการน้ำหนักที่เกิดจากไขมันที่เพิ่มขึ้น แต่มีข้อจำกัดทางพันธุกรรมก็คือ คนผอมมีอัตราเมตาบอลิซึม ที่สูงมาก กินเท่าไร ก็ถูกเผาผลาญเป็นเชื้อเพลิงไปหมด น้ำหนักตัวขึ้นยากและกล้ามเนื้อขึ้นยากด้วย

เทคนิคที่แนะนำให้ใช้ :

(1.1) ฝึกเพาะกาย

- เน้นฝึกใช้น้ำหนักมากเร็ปน้อย (Heavy Weights & Low Reps) คือยกน้ำหนักมากจำนวนครั้งที่ยกน้อย จำนวนครั้งควรอยู่ที่ 6 - 8 reps ซึ่งวิธีนี้จะเหมาะมากสำหรับคนรูปร่างแบบนี้

- พักระหว่างเซตให้นานเพียงพอให้กล้ามเนื้อได้ฟื้นกำลังอย่างเต็มที่ ประมาณ 1.5 นาที สำหรับท่าที่ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กประมาณ 4 ถึง 5 นาที สำหรับท่าที่ฝึกกล้ามเนื้อมัดใหญ่

- ยังไม่ควรใช้ท่าฝึกแบบ Isolation Movement ซึ่งเหมาะสำหรับ การปรับแต่งกล้ามเนื้อมากกว่าควรใช้ท่าฝึกแบบ Compound Movement ที่เน้นการสร้างมวลกล้ามเนื้อต่อไป

อก : Dumbbell หรือ Barbell Incline Press

ไหล่ : Dumbbell หรือ Barbell Front Press

หลัง : Chin-Up , Dumbbell หรือ Barbell หรือ T-Bar Row

ขา : Squat , Stiff-Legged Deadlift , Donkey Calf Raise

ไทรเซพ : Close-grip Bench Press , Dip , Lying EZ-bar French Press

ไบเซพ : Dumbbell หรือ Barbell Curl

- ฝึกกล้ามเนื้อแต่ละส่วนสัปดาห์ละครั้ง หากมากกว่านี้จะเผาผลาญแคลอรีมากเกินไป แต่ถ้าต้องการฝึกถี่กว่านี้ ควรให้กล้ามเนื้อส่วนนั้นหยุดพัก 48 ชั่วโมงก่อนฝึกรอบถัดไป

- ควรจัดโปรแกรมการฝึกแบบ Split Routine

(1.2) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทของแอโรบิกความเข้มข้นสูง เช่น วิ่ง แต่ควรจะทำร่างกายในประเภทแอโรบิกความเข้มข้นต่ำ เช่น เดิน ขี่จักรยาน

(1.3) โภชนาการคนประเภทนี้ เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มน้ำหนักและมวลกล้ามเนื้อ มีข้อแนะนำดังนี้

- ควรกระจายการรับประทานอาหารออกเป็น 5 - 7 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน

- อาหารควรมีสัดส่วนดังนี้ คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน = 45 : 35 : 20

- จำนวนแคลอรีที่รับประทานควรมากกว่าจำนวนแคลอรีที่ใช้ไปในแต่ละวัน

(1.4) ควรนอนหลับให้ได้ 7.5 ถึง 9 ชั่วโมงต่อคืน

(2) รูปร่างประเภท อ้วนกลม = เอนโดมอร์ฟ ( Endomorph )

เป้าหมายในการฝึก : เผาผลาญไขมันหรือแคลอรีส่วนเกิน

เป้าหมายคนอ้วนในการฝึกเพาะกาย คือ เน้นรีดไขมันส่วนเกิน แต่มีข้อจำกัดทางพันธุกรรม คือมีอัตราเมตาบอลิซึมต่ำ กินนิดเดียวก็กลายเป็นไขมันสะสมในร่างกาย ดีที่คนอ้วนมีโครงกระดูกใหญ่ จึงมีกล้ามเนื้อใหญ่ไปด้วย ทำให้มีแรงยกน้ำหนักได้มากเพียงแต่กล้ามเนื้อโดนไขมันบังอยู่จนมืดเทคนิคที่แนะนำให้ใช้ :

(2.1) ฝึกเพาะกาย

- เน้นการฝึกแบบหนักซ้ำ ( High Sets & High Reps )

- ใช้น้ำหนักปานกลางในการยก

- พักระหว่างเซทให้สั้นที่สุด

- ความบ่อยในการฝึก: ยิ่งถี่ยิ่งดี ฝึกกล้ามเนื้อแต่ละมัด มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

- หลีกเลี่ยงการฝึกแบบ Heavy Weights & Low Reps คือ ใช้น้ำหนักมาก ๆ

จำนวนครั้งที่ยกน้อย ๆ ซึ่งวิธีนี้จะเหมาะสำหรับรูปร่างผอมแห้งเท่านั้น

- เทคนิคการฝึกแบบ Circuit Training เหมาะสำหรับคนรูปร่างแบบนี้

(2.2) ออกกำลังกายประเภทแอโรบิกควบกับเล่นเวท อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น วิ่ง

### (2.3) ต้องควบคุมอาหารประเภท แป้ง น้ำตาลและไขมัน

(3) รูปร่างประเภท สมส่วน = มีโซมอร์ฟ ( Mesomorph )

เนื่องจากคนรูปร่างแบบนี้หุ่นดีโดยกำเนิด ประกอบกับกล้ามเนื้อขึ้นเร็ว เป้าหมายการฝึกจึงขึ้นอยู่กับความต้องการของตัวผู้ฝึกแต่ละคน ซึ่งอาจมีได้ 2 แบบคือ

แบบที่ 1 Hardcore: ต้องการเพาะกายให้ได้กล้ามเนื้อแบบนักเพาะกาย กรณีอยากได้แบบ Hardcore สามารถปรับเทคนิคการฝึกของคนผอมแห้งมาใช้ คือ เน้นใช้น้ำหนักมาก ๆ ให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่โต

แบบที่ 2 เพาะกายในรูปแบบของนายแบบ: ต้องการเพียงมีกล้ามเนื้อที่ไม่ใหญ่มากนัก แต่ขอให้หุ่นดีตลอดปี ในกรณีที่เป้าหมายอยากได้สโตนายแบบ สามารถปรับเทคนิคการฝึกของคนประเภทอ้วนกลมมาใช้ในการฝึกเพาะกายได้ คือ เน้นการรีดไขมันส่วนเกินให้หุ่นดีตลอดปีโดยกล้ามเนื้อไม่ค่อยใหญ่มากนัก

### 3.4 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

คำว่า “น้ำหนักเกินมาตรฐาน” (Overweight) และ “โรคอ้วน” (Obesity) โดยทั่วไปแล้ว มักจะใช้ในความหมายเดียวกัน แต่ในความเป็นจริงแล้ว น้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง จำนวน น้ำหนักทั้งหมดของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย เนื้อเยื่อ ไขมัน กระดูก กล้ามเนื้อและน้ำในร่างกาย แต่โรค อ้วน หมายถึง เฉพาะเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายเท่านั้น ดังนั้น เป็นไปได้ที่คนมีน้ำหนักเกินจะไม่เป็นโรค อ้วน เนื่องจากมีโครงสร้างของกระดูกใหญ่หรือมีปริมาณของกล้ามเนื้อมากจึงมีโอกาสที่จะน้ำหนักมาก และอาจจะเป็นไปได้เช่นกันที่คนเป็นโรคอ้วนโดยน้ำหนักไม่เกินมาตรฐาน แต่ค่อนข้างพบได้น้อยมาก เช่น คนที่ไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ได้แต่นั่ง ๆ นอน ๆ ตลอดทั้งวันหรือคนสูงอายุบางคน แต่คนส่วนใหญ่คนที่ มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมักจะเป็นโรคอ้วนด้วย (นัยนา หนูนิล. 2543: 158) ในเชิงวิชาการหรือหลักการ แพทย์นั้น มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 10 – 20 ของน้ำหนัก มาตรฐาน (พัชนี ปฐมวาณิชย์. 2535: 21)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 20 ของ น้ำหนักที่ควรจะเป็นสำหรับความสูงและเพศนั้น ๆ (Luke. 1984:483)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนัก เมื่อเทียบกับส่วนสูงแล้วเกินกว่า มาตรฐาน แต่ไม่เกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินกว่านี้ถือว่าอ้วน (William. 1989: 564)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเมื่อเทียบกับ ความสูงและอาจจะมีเนื้อเยื่อไขมันมากเกินปกติหรือไม่ก็ได้ คนที่มีภาวะอ้วนทุกคนถือว่าเป็นคนมีน้ำหนัก เกินมาตรฐาน แต่คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานบางคนอาจจะไม่มีภาวะอ้วน (Lewis. 1994: 313)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักตัวมาตรฐานเกินมาร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19 ของน้ำหนักมาตรฐาน ส่วนโรคอ้วน หมายถึง มีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานขึ้นไป (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532: 87)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Garrow. 1988: 2)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 24 – 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรสำหรับเพศหญิงและ 25 – 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรสำหรับเพศชาย (Kaplan, et al. 1993: 397)

จากความหมายข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูงร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 20 หรือค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งอาจจะมีการสะสมไขมันหรือมีเนื้อเยื่อไขมันมากหรือทั้งสองอย่าง ซึ่งผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานบางคนอาจไม่เป็นโรคอ้วนก็ได้

### 3.5 เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

เกณฑ์การประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซับซ้อนและยังมีข้อโต้แย้ง เนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่วัดไขมันในร่างกายโดยตรง (Walcott McQuigg. 1997: 309) วิธีการชั่งน้ำหนักร่างกายได้น้ำยังเป็นวิธีการที่ได้ผลใกล้เคียงที่สุด ทำโดยให้คนลงไปแช่น้ำทั้งตัวในถังบรรจุน้ำขนาดใหญ่ น้ำที่ล้นออกมาคือน้ำหนักของไขมันในร่างกาย แต่วิธีนี้ยุ่งยากไม่สามารถทำได้ในการศึกษาประชากรกลุ่มใหญ่และคนที่ไม่สามารถแช่ตัวในน้ำได้ จึงมีเกณฑ์วัดทางอ้อม ดังนี้ (กมลพรรณ เมฆวรวิมล และอัมพร ชัยศิริรัตน์. 2538: 27)

3.5.1 น้ำหนัก - ส่วนสูง โดยใช้ส่วนสูงหน่วยเป็นเซนติเมตรลบด้วย 100 ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นน้ำหนักมาตรฐาน โดยในเพศหญิง หลังจากลบด้วย 100 แล้ว จะต้องลบออกอีกร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่หาได้ เช่น หญิงคนหนึ่งสูง 160 ซม. น้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็นคิดดังนี้  
 น้ำหนักมาตรฐาน = 160 – 100 = 60 กิโลกรัม ลบร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐานที่หาได้ 6 กิโลกรัม  
 น้ำหนักมาตรฐาน = 60 – 6 = 54 กิโลกรัม คำนวณคร่าว ๆ น้ำหนักมาตรฐานที่ได้บวกกลับ 3 – 5 กิโลกรัม

3.5.2 สูตรสำเร็จที่ได้จากการศึกษาความสูงและน้ำหนักของ พญ.พวงมณี วิเศษกุล เสนอสูตรคำนวณ ดังนี้ (ดำรง กิจกุล. 2538: 9) (สูตรนี้ได้จากการศึกษาผู้หญิงจึงไม่เหมาะกับผู้ชาย)  
 น้ำหนักตัวที่เหมาะสม (กิโลกรัม) =  $(0.7 \times \text{ความสูงเป็นเซนติเมตร}) - 60$

3.5.3 การนำน้ำหนักตัวที่ชั่งได้จริงมาเทียบกับตารางมาตรฐานดูว่าคนสูงเท่านี้ควรมีน้ำหนักตัวเท่าใด ตารางที่นิยมใช้ คือ

- Metropolitan Life Insurance Company กำหนดน้ำหนักตัวมาตรฐานส่วนสูงใด ส่วนสูงหนึ่ง คือน้ำหนักที่สัมพันธ์กับอัตราตายต่ำสุดของผู้ประกันชีวิต ข้อจำกัดตารางนี้คือแบ่งโครงสร้าง

คนเป็นขนาดเล็ก กลางและใหญ่ โดยวัดจากรอบกระดูกข้อมือ เนื่องจากเป็นกระดูกที่ใกล้เคียงกระดูกจริงมากที่สุดเพราะกล้ามเนื้อหรือไขมันขังน้อยสุดโดยให้วัดแขนข้างที่ถนัดหรือข้างที่ใช้งานเป็นประจำ

สำหรับผู้หญิง ถ้าวัดได้น้อยกว่า 5.5 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกเล็ก

ถ้าวัดได้ระหว่าง 5.5 – 6.5 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกปานกลาง

ถ้าวัดได้มากกว่า 6.5 นิ้วขึ้นไป ถือว่าโครงกระดูกใหญ่

สำหรับผู้ชาย ถ้าวัดได้น้อยกว่า 6.5 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกเล็ก

ถ้าวัดได้ระหว่าง 6.5 – 7 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกปานกลาง

ถ้าวัดได้มากกว่า 7 นิ้วขึ้นไป ถือว่าโครงกระดูกใหญ่

ตาราง 1 น้ำหนักตัวมาตรฐานของผู้ใหญ่ไทยตามความสูงและอายุ

ความสูง (เซนติเมตร)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
	คนไทย	องค์การอนามัยโลก	คนอเมริกัน		
			โครงร่างเล็ก	โครงร่างปานกลาง	โครงร่างใหญ่
เพศชาย					
150 – 154	45 – 51	54 – 57	-	-	-
155 – 159	49 – 55	57 – 60	56 – 60	57 – 63	59 – 68
160 – 164	52 – 58	60 – 63	58 – 62	59 – 66	62 – 71
165 – 169	55 – 63	63 – 66	59 – 64	61 – 68	64 – 74
170 – 174	58 – 66	67 – 69	61 – 67	62 – 71	66 – 78
175 – 179	59 – 67	70 – 73	63 – 70	66 – 74	68 – 81
เพศหญิง					
140 – 144	39 – 45	45 – 47	-	-	-
145 – 149	44 – 50	47 – 50	44 – 50	48 – 55	52 – 60
150 – 154	46 – 52	50 – 52	46 – 53	49 – 58	53 – 63
155 – 159	49 – 57	53 – 55	47 – 55	51 – 60	56 – 65
160 – 164	52 – 60	56 – 59	49 – 58	54 – 63	58 – 70
165 – 169	53 – 65	59 – 62	52 – 61	57 – 66	61 – 73

ที่มา: อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2528). หมอชาวบ้าน: 65

- ตาราง Fogarty center conference ไม่ต้องคำนึงถึงโครงสร้างแต่กำหนด

น้ำหนักมัธยฐาน (Median weight) สำหรับส่วนสูงใดส่วนสูงหนึ่ง ดังแสดงในตาราง 2.2



ตาราง 2 ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวมาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูงในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป

ส่วนสูง (เมตร)	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ชาย	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หญิง
1.45		46.0
1.48		46.5
1.50		47.0
1.52		48.5
1.54		49.5
1.56		50.4
1.58	55.8	51.8
1.60	57.6	52.6
1.62	58.6	54.0
1.64	59.6	55.4
1.66	60.6	56.8
1.68	61.7	58.1
1.70	63.5	60.0
1.72	65.0	61.3
1.74	66.5	62.6
1.76	68.0	64.0
1.78	69.4	65.3
1.80	71.0	
1.82	72.6	
1.84	74.2	
1.86	75.8	
1.88	77.6	
1.90	79.3	
1.92	81.0	

ที่มา: Bray, G.A. Kaplan, et al. (1993). *Health and Human Behavior*. 398

3.5.4 การคำนวณหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) โดยใช้สูตร (Garrow. 1988:2) คือ ดัชนีมวลกายของร่างกาย = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตร<sup>2</sup>

ดัชนีมวลกายปกติ 20 – 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในชายและ 19 – 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในหญิง บุคคลที่น้ำหนักเกินดัชนีมวลกายร้อยละ 20 ถือว่ามากกว่าเกณฑ์ปกติจากการประชุมของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) แบ่งดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2539: 31)

น้อยกว่า	16.00	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมระดับ 3
	16.00 – 16.99	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมระดับ 2
	17.00 – 18.49	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าผอมระดับ 1
	18.50 – 24.99	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ
	25.00 – 29.99	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าอ้วนระดับ 1
	30.00 – 39.99	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าอ้วนระดับ 2
	มากกว่า 40.00	กิโลกรัม/ตารางเมตร	แสดงว่าอ้วนระดับ 3

3.5.5 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Tricep skin fold) เนื่องจากไขมันกระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ดังนั้นการวัดความหนาผิวหนังจึงเป็นเครื่องวัดจำนวนไขมันเช่นกัน แต่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษแรงกดดันสม่ำเสมอ เรียกว่า สกินโฟลด์ แคลิเปอร์ (Skinfold caliper) แรงกด 10 กรัมต่อนิ้วที่ 1 ตารางเซนติเมตร ความหนาผิวหนังชั้นเดียวปกติประมาณ 1 เซนติเมตรและจะหนา 2 เซนติเมตรในผิวหนังสองชั้น การวัดทำได้โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หนีบผิวหนังทั้งสองชั้นขึ้นมาแล้ววัดด้วยแคลิเปอร์ โดยให้หน้าของแคลิเปอร์แตะท่ามุดอกกับผิวหนังที่จับซ้อนกัน นิยมวัดตำแหน่งหลังต้นแขน (Tricep) ผู้ชายและผู้หญิงที่มีค่า Tricep skin fold เกิน 18 และ 25 มิลลิเมตรจัดว่าเป็นโรคอ้วน (วิชัย ต้นไพจิตร. 2530: 26; อ้างอิงจาก Bray 1982)

3.5.6 การวัดรอบอกและรอบเอว (Chest – waist measurement) อาจใช้เป็นเครื่องมือบอกถึงภาวะน้ำหนักเกินได้ แต่ไม่นิยมใช้ในผู้ที่เข้าสู่วัยกลางคนแล้วเพราะจะประเมินได้ยาก วิธีวัดโดยวัดรอบอกส่วนที่อยู่ใต้รักแร้ลงมาแล้ววัดบริเวณรอบเอวระดับสะดือในท่าที่สบาย หากวัดรอบอกได้มากกว่ารอบเอว 10 นิ้ว ถือว่าน้ำหนักมาตรฐาน ถ้าวัดรอบอกและรอบเอวต่างกันน้อยกว่า 5 นิ้วถือว่าอ้วน

### 3.5.7 การวัดเส้นรอบวงเอวและสะโพก (Waist – to hip ratio: WHR)

$$\text{WHR} = \frac{\text{เส้นรอบเอว}}{\text{เส้นรอบสะโพก}}$$

สามารถแบ่งคนอ้วนเป็น 2 ประเภท คือ อ้วนแบบหญิง (Gynoid obesity) มีไขมันมากบริเวณสะโพกและช่วงล่างของท้องและอ้วนแบบชาย (Android obesity) จะมีไขมันมากบริเวณอก แขนและลงพุง

การวัดรอบวงเอวและสะโพกผู้ชายหรือผู้หญิงที่อ้วน มีอัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอวต่อสะโพกเกิน 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ (Walcott – Mcquigg. 1996: 312; citing Bjorntop. 1986)

การเลือกใช้เกณฑ์พิจารณาภาวะน้ำหนักของบุคคลควรศึกษาโดยละเอียดถึงวิธีการและการปฏิบัติจะทำให้ทราบภาวะน้ำหนักที่แท้จริง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเลือกใช่วิธีควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ

3.5.8 วิธีวัดรอบอกและรอบท้องสามารถบอกภาวะไขมันเกินในเพศชายได้โดยวัดรอบอกระดับวอมนมควรมีขนาดกว้างกว่ารอบท้องที่วัดได้ตรงระดับสะดือ คือ ประมาณ 2 – 3 นิ้ว หรือ 2.5 – 4 ซม. เป็นวิธีการประเมินที่ทำได้ง่าย ไม่สัมพันธ์กับส่วนสูง มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับค่าดัชนีมวลกายและเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด (Grodner, Anderson & DeYoung. 2000: 10)

วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักกว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่นั้นยังมีอีกหลากหลายวิธี แต่วิธีการเหล่านั้นค่อนข้างยุ่งยากและไม่ได้รับความนิยม

### 3.6 สภาวะการณ์ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน

ปัจจุบันโรคอ้วนเป็นปัญหาหนึ่งที่พบมาก โดยเฉพาะโรงเรียนสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเขตกรุงเทพฯ พบร้อยละ 31.5 สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 25.9 – 31.5 โรงเรียนเอกชน 25.7 – 28.1 โรงเรียนสังกัดสพช. 23.3 – 27.4 โรงเรียนสังกัด กทม. 11.2 – 14.6 ในภาพรวมทั้งประเทศ 6.7 (กรมอนามัย. 2540: 5)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จำนวน 601 คน พบว่ามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 26.80 และดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 44.40 (มณฑิชา อนุกุลวุฒิมิพงศ์, 2540: 57)

จากการเก็บข้อมูลในผู้ใหญ่ที่อ้วน พบว่า ประมาณร้อยละ 50 – 65 เคยเป็นเด็กอ้วนมาก่อนซึ่งแปลความได้ว่า โรคอ้วนในเด็กเป็นสาเหตุหรือต้นตอของโรคอ้วนในผู้ใหญ่ มีการศึกษาติดตามเด็กวัยก่อนเรียนโดยเฉพาะรายที่อ้วนมากเป็นระยะเวลา 20 ปี พบว่าร้อยละ 25 ของเด็กวัยก่อนเรียนที่อ้วนจะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน หากอ้วนมาตั้งแต่เล็กและยังอ้วนอยู่ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 75 ของเด็กจะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนเมื่อได้ติดตามไป 7 – 35 ปี แต่เด็กที่อ้วนช่วงอายุ 1 – 2 ขวบ ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

จากการสำรวจของกรมอนามัย พบ 1 – 2 ทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยเป็นโรคอ้วนมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40 – 49 ปีและ 20 – 29 ปี มีโรคนี้เพิ่มสูงขึ้นมาก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2540:8)

ตาราง 3 อัตราการเกิดโรคอ้วนในต่างประเทศ

ประเทศ	ชาย	หญิง
ฟินแลนด์	19.0	19.0
รัสเซีย	10.8	27.9
อังกฤษ	17.0	20.0
เยอรมัน	17.2	19.3
ยูเครน	16.3	20.0
สกอตแลนด์	15.9	17.3
เบลเยียม	12.1	18.4
สเปน	11.5	15.2
สวีเดน	10.0	11.9
ฝรั่งเศส	9.6	10.5
เดนมาร์ก	10.0	9.0
เนเธอร์แลนด์	8.4	8.3
อิตาลี	6.5	6.3
สหรัฐอเมริกา	19.5	25.0
ออสเตรเลีย	18.0	18.0
โซมาเลีย	56.0	74.3
จีนไชนส์	15.7	23.0
เม็กซิโก	14.9	25.1
ซาอุดีอาระเบีย	13.0	20.0
แคนาดา	11.8	13.7
ตูนีเซีย	10.0	25.0
ญี่ปุ่น	1.9	2.9
ไทยแลนด์	1.7	5.6
จีน	1.0	1.7

หมายเหตุ BMI > 30 ที่มา [bbc.co.uk](http://bbc.co.uk) (2545): online

### 3.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

#### 3.7.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

3.7.1.1 เพศ การเกิดภาวะน้ำหนักเกินมีอัตราการเกิดแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และหญิง จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยครั้งที่ 1 ในปี 2534 – 2535 พบว่าเพศหญิง มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชายเกือบสองเท่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2539: 57) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1 ของสหรัฐอเมริกาที่พบว่า เพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของเพศชาย (Walcott – Mcquigg. 1966: 310; citing Williamson 1993. *Weight loss a hamps in adult*) ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพร่างกายของผู้หญิง ฮอริโมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนจะเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมันเก็บสะสมไว้โดยไม่มีการเสื่อมสลายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการมีบุตร (อุษณีย์ ตันตรีบุรณ. 2536: 69)

3.7.1.2 อายุ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หลังจากอายุ 20 ปีขึ้นไปแล้ว อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะลดลงประมาณ 2 เปอร์เซ็นต์ทุก 10 ปี โดยเฉพาะเพศหญิงมีการเพิ่มของน้ำหนักมากกว่าเพศชาย (Shils, et al. 1994: 987) ในเพศชาย น้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 25 ปี ส่วนเพศหญิงมักเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532: 97) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเมื่ออายุมากขึ้นอาจเกิดจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งมีการเผาผลาญพลังงานหรือใช้แคลอรีของร่างกายน้อยลง (อินทวิภา วงศ์อัณณภณีกุล. 2537: 66)

3.7.1.3 พันธุกรรม พบว่ามีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 10 (สุภาพ สอนปาน. 2538: 12) จากการศึกษาของลีวิส (Lewis. 1986: 35) พบถ้าบิดาหรือมารดา คนใดคนหนึ่งน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสจะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 – 40 ถ้าทั้งบิดาและมารดามีน้ำหนักเกินมาตรฐานแล้ว บุตรมีโอกาสน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 40 – 80 ในขณะที่บุตรที่บิดามารดามีน้ำหนักตัวปกติมีโอกาสมีน้ำหนักเกินมาตรฐานแค่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น

พันธุกรรมกำหนดรูปร่างมนุษย์และพัฒนาสู่ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คนกลุ่มเอกโตมอร์ฟ (Ectomorph) รูปร่างผอมสูง โครงกระดูกเล็ก กล้ามเนื้อตามตัวมีปริมาณไขมันน้อย มีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานน้อยกว่ากลุ่มเอนโดมอร์ฟ (Endomorph) ซึ่งรูปร่างกลม เน้นมีไขมันกระจายทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก พุง ตะโพกและโคนขา ลำตัวดูใหญ่ แต่ความจริงโครงกระดูกเล็ก (ดำรง กิจกุล. 2538: 1 – 4; อ้างอิงจาก Lewis. 1986) ทำให้กลุ่มเอนโดมอร์ฟมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอื่นและผอมยากกว่า แม้กระทั่งลำไส้เล็กคนเราที่ยาวประมาณ 21 ฟุต บางคนอาจยาว 20 ฟุต บางคนอาจยาวถึง 23 ฟุตและความยาวลำไส้เล็กที่ใช้ดูดซึมอาหารไม่เท่ากันมีผล

ต่อน้ำหนักแต่ละคน หากต่างกัน 3 ฟุตจะมีผลร้อยละ 15 ถ้าคิดแบบดอกเบี๊ยกทบต้น ใน 5 ปี เขาจะมี น้ำหนักตัว 2 เท่าของปัจจุบัน (ใกล้เคียง. 2540: 56)

3.7.1.4 ปัญหาสรีระของร่างกาย เช่น คนที่ท้องผูกเป็นประจำจะเป็นการช่วยเพิ่ม เวลาในการดูดซึมอาหารเข้าสู่ร่างกาย ทางแก้ที่ดีประการหนึ่งคือพยายามทานอาหารประเภทผักและ ผลไม้มากขึ้นเพื่อเพิ่มกากอาหาร จะได้ช่วยเร่งอัตราการเคลื่อนตัวของสารอาหารในลำไส้ให้ขับออก จากร่างกาย ตลอดจนช่วยโอบอุ้มไขมันที่ยากต่อการดูดซึม (ใกล้เคียง. 2540: 56)

3.7.1.5 จำนวนเซลล์ไขมัน ทฤษฎีเซลล์ไขมัน (Fat cell theory) อธิบายว่าน้ำหนัก ของคนเราเกิดจากการเพิ่มขนาดของเซลล์ไขมัน (Hypertrophic) หรือจำนวนของเซลล์ไขมัน (Hyperplastic) หรือทั้งสอง เซลล์จะมีขนาดใหญ่เมื่อมีไขมันสะสมและมีการสร้างเซลล์ไขมันขึ้นมา ใหม่เมื่อมีไขมันมากกว่าขนาดเซลล์ไขมันที่มีอยู่ (อุษณีย์ ตันตรีบุญ. 2536: 70) การเพิ่มขึ้นของเซลล์ ไขมันจะเกิดขึ้นในระยะอยู่ในครรภ์และมีการสร้างหรือหยุดเป็นบางระยะและจะหยุดเพิ่มจำนวนในวัย ผู้ใหญ่ ในวัยเด็กภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เกิดขึ้นมีทั้งเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ไขมัน เด็กที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีจำนวนเซลล์ไขมันเป็น 5 เท่าของเด็กปกติ (Kuplan. 1993: 404) ดังนั้นคนที่ น้ำหนักเกินในวัยเด็กจะมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะน้ำหนักเกินมาตรฐานในวัยผู้ใหญ่

3.7.1.6 ความผิดปกติในการผลิตความร้อนในร่างกาย (Heat production) เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะความผิดปกติในการผลิตความร้อนในร่างกายทำให้เพิ่ม การสะสมพลังงานรูปไขมันซึ่งเกิดจากการบกพร่องในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อไขมันสีน้ำตาล (Brown adipose tissue) ซึ่งเป็นรูปแบบจำเพาะของเนื้อเยื่อไขมัน มีบทบาทในการสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกาย ในทารกแรกเกิดเมื่อต้องสัมผัสกับอากาศหนาวเย็น ป้องกันการหนาวสั่นและเพิ่มการผลิตความร้อนใน ร่างกายเพื่อรักษาอุณหภูมิให้คงที่ ถ้าจำนวนเนื้อเยื่อไขมันสีน้ำตาลมีน้อย ทำให้มีการผลิตความร้อนใน ร่างกายน้อย ร่างกายก็นำพลังงานจากอาหารมาใช้น้อยตามไปด้วย จึงเกิดการสะสมของพลังงานใน รูปของไขมันเกิดเป็นภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Lewis. 1986: 315)

3.7.1.7 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ การทำงานผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ที่ สร้างฮอร์โมนออกมาน้อยทำให้ร่างกายใช้พลังงานในกระบวนการเมตาบอลิซึม (Basal metabolism) ลดลง มีการสะสมพลังงานมากขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดภาวะร่างกายมีฮอร์โมนอินซูลินมากเกินไป (hyperinsulin)

### 3.7.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

3.7.2.1 บริโภคนิสัยหรือพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญของ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของ ร่างกายทำให้มีการสะสมของไขมันจนเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เช่น การรับประทานอาหารจุน

เกินไปทำให้ศูนย์ควบคุมความอ้วนกำหนดระดับของสารเคมี ได้แก่ กลูโคส กรดไขมันและกรดอะมิโนสูงกว่าเดิม หากเกิดบ่อยจะทำให้ศูนย์ควบคุมสูญเสียหน้าที่ในที่สุด อีกทั้งการรับประทานอาหารด้วยอัตราที่เร็วเกินไปนั้น อาหารที่รับประทานยังไม่เปลี่ยนเป็นสารเคมีในระดับที่เพียงพอจะกระตุ้นศูนย์ควบคุมความอ้วน ทำให้บุคคลรับประทานไปเรื่อย ๆ จนมากเกินความต้องการ นอกจากนี้ ได้แก่ การกินจุบจิบ การรับประทานอาหารบ่อยหรือรับประทานอาหารระหว่างมื้อ จำนวนมื้ออาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน คือ 3 – 4 มื้อ (Russ Ciararuea; & Atkinson. 1984: 444 – 446) หากรับประทานอาหารมากกว่านี้มีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานอีกพฤติกรรมคือรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง เช่น ขนมหวาน อาหารจานด่วน อาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงหรือบางครั้งอาจจะเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ หมากรั้ว ซาและกาแฟ เป็นต้น บ่อยครั้งที่รับประทานอาหารอ้วนแล้วพบไฮโปกรีมีที่ชอบก็รับประทานอีกทั้งที่อ้วนแล้ว สิ่งนี้เป็นผลมาจากความรู้สึกต้องการไม่ใช่ความต้องการอย่างแท้จริงของร่างกายและเราเองมักมองข้าม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักจะถูกปลูกฝังมาจากในครอบครัว (พัชนี ปฐมวานิชย์. 24: 22)

3.7.2.2 สิ่งแวดล้อม มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมาก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของอาหาร ความหลากหลายของอาหาร การซื้อหาอาหารได้ง่าย ตลอดจนสภาพแวดล้อมในครอบครัวก็เป็นสาเหตุหนึ่ง โดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ร่วมกันและรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็มีแนวโน้มที่จะชอบอาหารที่มีไขมันตามไปด้วย (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532: 92) เนื่องจากถ่ายทอดลักษณะนิสัย ความนิยมในชนิดอาหารและรสชาติการปรุงทำให้นิสัยการบริโภคคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้อาจเกิดจากการประกอบอาหารที่รสชาติถูกใจหรือถูกปากจากบุคคลในครอบครัวทำให้รับประทานอาหารได้มากจนเกิดภาวะน้ำหนักเกิน

3.7.2.3 การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คนเรามีการใช้พลังงาน 3 ทาง คือ พลังงานที่ร่างกายใช้เพื่อการดำรงชีวิต เช่น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ตามปกติ ร้อยละ 60 – 70 พลังงานที่ถูกใช้เผาผลาญสารอาหารที่เข้าไปในร่างกาย ร้อยละ 10 และพลังงานสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 20 – 30 ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะพบน้อยในบุคคลที่ดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นระดับกระฉ่ง (Active live) และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่จะพบได้ทั่วไปในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตแบบสบาย ๆ (Largely secondary)

3.7.2.4 ความเครียด นอกจากส่งผลร้ายต่อสุขภาพจิตแล้วยังนำไปสู่ความอ้วน โดยเฉพาะผู้ที่เครียดบ่อยเรื้อรัง เนื่องจากสมองมนุษย์มีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความเครียดหรือ Stress hormone ออกมา ซึ่งกระตุ้นให้เซลล์ไขมันที่มีความเกี่ยวพันในช่องท้องของร่างกายเก็บไขมันมากขึ้น นอกจากนี้จะเกิดการเก็บสะสมไขมันเมื่อถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกของการต่อสู้เหมือนเป็นกลไกในการป้องกันตนเอง

วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการหลั่ง Stress hormone คือ ออกกำลังกายประจำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 30 – 40 นาทีทั้งชายและหญิงเพราะขณะออกกำลังกายร่างกายจะผลิต Beta endorphin นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่ดีก็สำคัญ ควรจำกัดอาหารประเภทโปรตีน และแป้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลัง 5 โมงเย็นเป็นต้นไป การแก้ความเครียดที่ต้นตอคือต้องเข้าใจสิ่งที่ทำให้เราเครียด ถ้าหากสามารถแก้ไขจุดที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์. 2547: online)

3.7.2.5 เศรษฐกิจและสังคม ในประเทศพัฒนาแล้วพบว่าภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานมักถูกพบในกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ (Sherman; et al. 1995: 28 – 36) การศึกษาของเบย์ (Bray. 1982: 1052 – 1062) พบว่า ระดับเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว คือ พบความชุกโรคอ้วนร้อยละ 9 ในกลุ่มรายได้มากกว่า 20,000 เหรียญ/ปีและพบโรคอ้วนถึงร้อยละ 40 ในกลุ่มรายได้ไม่เกิน 20,000 เหรียญ/ปี ในไทยมีการศึกษาของดุชนิ สุทธิปริยาศรี (2532: 18) พบว่า คนน้ำหนักเกินคือคนมีฐานะความเป็นอยู่ดีและอาศัยในเขตเมือง ซึ่งมีโอกาสและอำนาจเลือกซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ ตามความพอใจ ในด้านอาชีพการศึกษาระดับมัธยม มัธยมศึกษา (2522: ค) พบว่าอาชีพที่ใช้แรงกายทำงานน้อยทำงานนั่งโต๊ะ เช่น ผู้บริหาร จะมีปัญหาการเพิ่มของน้ำหนัก ขณะเดียวกันอาชีพที่ต้องเกี่ยวข้องกับธรรมเนียมสังคม เช่น รับประทานอาหารว่างหรือรับประทานอาหารร่วมกัน มักทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ (Lewis, 1986: 316)

3.7.2.6 ความรู้ความเข้าใจของแต่ละบุคคล นับว่าการขาดความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จากการศึกษาของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2532: 8) พบกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความรู้ด้านโภชนาการถึงร้อยละ 40.98 ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มาจากความเชื่อและค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ในอดีตคนไทยและคนจีนมีความเชื่อว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นเครื่องบ่งชี้ความแข็งแรงสมบูรณ์ ความมีบุญและอำนาจวาสนาของบุคคล ทำให้มีการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แต่ในปัจจุบันความเชื่อนี้ลดลง

3.7.2.7 การรับประทานยาบางชนิด ทำให้ร่างกายเกิดความอยากอาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น เช่น ยาเจริญอาหาร (Cyprohrpladine, Pizotifen) ยากลุ่ม Phenothiazine ยาคุมกำเนิดทั้งชนิดเม็ดและฉีด ยาพวงกสเตียรอยด์ (ประณีติ หงส์ประภาศ. 2538: 33; กมลพรรค์ เมฆวรวิมล; และอัมพร ชัยศิริรัตน์. 2538: 42)

3.7.2.8 การเลิกสูบบุหรี่ (ในผู้ที่สูบบุหรี่) สำหรับผู้สูบบุหรี่สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Croll; & Smith, 1992: 89) วารสารการแพทย์นิวอิงแลนด์ รายงานว่า การสูบบุหรี่วันละ 24 มวนต้องใช้แคลอรีมากขึ้นร้อยละ 10 คนที่สูบบุหรี่ยิ่งใช้



พลังงานมาก ดังนั้น ผู้เลิกสูบบุหรี่จะทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง อีกทั้งอาจมีการทดแทนการสูบบุหรี่ด้วยการรับประทานอาหารมากขึ้น (Carroll; & Smith. 1992: 89) เพื่อให้ปากไม่ว่างที่จะไปสูบบุหรี่ จึงทำให้มีน้ำตัวเพิ่มขึ้นได้

ปัจจัยข้างต้นส่งผลให้เกิดปัญหาเนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเพื่อให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

### 3.8 ทศนคติและค่านิยมทางด้านรูปร่าง

กระแสแรงจูงใจด้านรูปร่างได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งที่น่าำให้เกิดผลทางธุรกิจ เช่น โฆษณา ปรากฏน้ากระป๋องยี่ห้อหนึ่งทีชูลอแกนในการลดความอ้วน การโฆษณาอย่างรุนแรงในการแข่งขันของสถาบันลดน้ำหนักหลายแห่งทางหน้าหนังสือพิมพ์และนิตยสารแทบทุกฉบับ การจัดประกวดบุคคลหน้าตาและรูปร่างดีหลายเวที เช่น ประกวดนางสาวไทย มิสโมเดล มิสแม็กซิม ไทยซูเปอร์โมเดล ดัชชี บอยแอนด์เกิร์ล เป็นต้น ตรงข้ามกับการจัดประกวดธิดาข้าง คนมักจะหัวเราะและนำมาล้อเลียนเป็นเรื่องตลก สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้คนในสังคมตระหนักในรูปร่างตนและรูปร่างที่สังคมมีความคาดหวัง และให้การยกย่องชื่นชม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เองที่สร้างทศนคติและค่านิยมให้กับบุคคลในสังคม

### 3.9 แนวคิดทางด้านรูปร่างของสังคมไทย

แนวคิดด้านรูปร่างเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและแต่ละสังคม แต่ละสังคมมีแนวคิดที่แตกต่างกันไป บางประเทศเชื่อว่า ผู้หญิงที่มีรูปร่างอวบอ้วนเป็นหญิงที่มีความสมบูรณ์ในการเป็นแม่ที่สามารถให้กำเนิดลูกที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ บางประเทศเชื่อว่าหญิงรูปร่างดีจะเป็นพันธุกรรมที่ดีซึ่งจะให้กำเนิดลูกที่มีรูปร่างดีและไม่ทำให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ จากความอ้วน

วิไลวรรณ ศรีสงคราม (2549: 47 – 50) อธิบายว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิตของบุคคลก็ว่าได้ ทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานที่ทำงานและสื่อสารมวลชน บุคคลจึงเป็นผลมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทั้งสรุปว่า พัฒนาการของบุคคล = พันธุกรรม + สิ่งแวดล้อม

ดำรงศักดิ์ ชัยสนิทและประสาน หอมพูล (2538: 49 – 51) ให้คำอธิบายว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อบุคคลตั้งแต่สิ่งแวดล้อมระยะปฏิสนธิและสิ่งแวดล้อมสะสมหลังกำเนิด โดยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ สถาบันศาสนา สถาบันสังคม สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา

ความสนใจสังคม (Social Interest) อัลเฟรด แอดเลอร์ (Alfred Adler) นักจิตวิทยาชาวออสเตรีย เชื่อว่ามนุษย์ปรารถนาไปผูกสัมพันธ์กับคนอื่นแต่เกิด ความสนใจสังคมเป็นสัญชาตญาณ ความพึงใจหรือไม่พึงใจที่ได้จากสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมเป็นสิ่งกำหนดสุขทุกข์ ความสำเร็จ ความล้มเหลวในชีวิตของบุคคล รวมทั้งเป็นองค์ประกอบบุคลิกภาพ เป็นทางออกหรือชดเชยปมด้อยของบุคคลด้วย แม้ความสนใจสังคมเป็นสัญชาตญาณ (คือญาณที่ได้มาเมื่อกำเนิดเป็นคน) แต่การแสดงออกของพลัง

อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับคำแนะนำฝึกฝนอบรมแต่เด็ก ดังนั้น แอดเลอร์จึงอุทิศเวลาให้งานคลินิก  
แนะแนวเด็กและให้ความรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามแนวทางที่เห็นว่าถูกต้อง

ในวิจัยเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่ในที่สุดก็มีข้อสรุปว่าบุคลิกภาพมีผลมาจาก 3 องค์ประกอบ คือ  
พันธุกรรม (Heredity), สิ่งแวดล้อม (Environment Factors) และสถานการณ์ (Situation Conditions)

พันธุกรรม (Heredity) การวิจัยพบว่า ลักษณะทางชีวภาพ กายภาพและจิตวิทยาภายใน  
ถูกถ่ายทอดจากบิดามารดาสู่บุตรผ่านทางยีนที่อยู่ในโครโมโซม ทั้งนี้จาก

1) การสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ในวัยเยาว์ ซึ่งพบว่าลักษณะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น  
ความวิตก ความกังวล ความกลัว ฯลฯ จะถูกถ่ายทอดผ่านยีนพอ ๆ กับลักษณะทางกายภาพ เช่น  
ความสูง สีผม ฯลฯ

2) การศึกษาคู่แฝดที่ถูกแยกเลี้ยงดูให้ห่างกันตั้งแต่เยาว์วัย โดยนักวิจัยได้ศึกษาคู่แฝด  
กว่า 100 ราย พบว่า แม้จะถูกแยกเลี้ยงดู ก็จะมีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายประการ เช่น แผลคู่หนึ่งที่ถูก  
เลี้ยงห่างกัน 45 ไมล์ เป็นเวลา 39 ปี ยังใช้รถยนต์สี และรุ่นเดียวกัน สวมบุหรี่ยี่ห้อเดียวกัน เลี้ยงสุนัข  
ชื่อเดียวกัน

สิ่งแวดล้อมมีส่วนช่วยกล่อมเกล่าและอาจจะเป็นตัวแบบทางสังคมให้บุคคล เช่น สถาบัน  
ครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันทางศาสนา ฯลฯ จากงานวิจัยพบเด็กเกิดในครอบครัวที่พ่อแม่สูบบุหรี่หรือดื่ม  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เด็กมีแนวโน้มที่จะเห็นการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ

สถานการณ์ต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลเจอมีส่วนสำคัญเพราะเป็นประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับ  
จนเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์จากการเรียนรู้ทางตรงนี่เองที่จะมีส่งต่อการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ

จากวิจัย “บริษัทหาคู่ชื่อดังเผยผลสำรวจชาย - หญิงไทยเกี่ยวกับคู่ครอง พบมองเรื่องทัศนคติ  
เป็นอันดับแรกด้วยกันทั้งสองฝ่าย ฝ่ายหญิงสนใจเรื่องของรูปร่างหน้าตาเป็นอันดับสุดท้ายแต่ผู้ชายให้  
ความสำคัญมากเป็นอันดับสอง ผู้หญิงเกินครึ่งจะไม่เลือกคบคนแต่ยกว่า การศึกษาต่ำกว่าและรายได้  
น้อยกว่า ส่วนผู้ชายเกินครึ่งคิดว่าไม่มีปัญหาและผู้ชายส่วนมากจะชอบสาวหมวยส่วนผู้หญิงส่วนมาก  
เลือกชายไทยแท้”

งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ข่าวสดมีดังนี้ เมื่อวันที่ 11 ม.ค. นางนิธินันท์ อัครวร  
ผู้บริหารบริษัทจัดหาคู่มือมีทแอนด์ลินซ์ เปิดเผยผลสำรวจทัศนคติคนกรุงเทพฯ ๆ เกี่ยวกับการหาคู่ครอง  
จากแบบสอบถามสมาชิกที่ใช้บริการกับบริษัทและประชาชนทั่วไปจำนวน 800 คน แบ่งเป็นเพศหญิง  
ร้อยละ 70 (อายุระหว่าง 25-50 ปี) เพศชายร้อยละ 30 (อายุระหว่าง 30-55 ปี) เกือบทั้งหมดเป็นคน  
กรุงเทพฯ ๆ และจบการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี

ทั้งเพศหญิงและชายให้ความสำคัญ “ค่านิยมและทัศนคติเป็นอันดับแรก” ในการเลือกคู่ ขณะเดียวกันเพศหญิงจะให้ความสำคัญกับการศึกษาของเพศตรงข้ามมากกว่าชาย โดย 2 ใน 5 ของ ผู้หญิงรับไม่ได้หากชายมีการศึกษาน้อยกว่า และ 3 ใน 5 ของผู้หญิงรับไม่ได้หากชายมีรายได้น้อยกว่า ขณะที่ 3 ใน 5 ของผู้ชายรับได้ หากฝ่ายหญิงมีการศึกษาหรือมีรายได้น้อยกว่า “สิ่งสำคัญรองลงมา สำหรับการเลือกคู่ของฝ่ายชายคือ รูปร่างหน้าตา” ในขณะที่ “ฝ่ายหญิงให้ความสำคัญกับพื้นฐานของ ครอบครัวฝ่ายชายเป็นอันดับรองลงมา”

ในส่วนของเกณฑ์ในการเลือกคู่ครอง จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ทั้งผู้ชายและผู้หญิง คำนึงถึงค่านิยมและทัศนคติ เป็นอันดับแรกในเกณฑ์การเลือกคู่ สิ่งที่สำคัญรองลงมาสำหรับฝ่ายชาย คือ รูปร่างหน้าตา ในขณะที่ฝ่ายหญิงนั้นให้ความสำคัญกับพื้นฐานครอบครัวของฝ่ายชายเป็นอันดับ รองลงมา รูปร่างหน้าตาอยู่ในอันดับสุดท้าย ร้อยละ 68 ของผู้ชายเลือกค่านิยมและทัศนคติตรงกันของผู้หญิงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุด ตามมาด้วยลักษณะภายนอกโดยรวมที่เห็น (ส่วนสูง น้ำหนัก หน้าตา) พื้นฐานครอบครัว การศึกษา อาชีพและรายได้จัดเป็นอันดับท้ายสุด ในขณะที่ฝ่ายหญิงจำนวน ถึงร้อยละ 67 ให้ความสำคัญกับค่านิยมและทัศนคติเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ พื้นฐานครอบครัว รายได้ อาชีพ การศึกษา และลักษณะภายนอกอยู่ในอันดับท้ายสุด

จากงานวิจัยล่าสุดนี้สะท้อนภาพสังคมให้เห็นว่าการที่เพศชายเห็นรูปร่างหน้าตาของเพศหญิง สำคัญอันดับ 2 ทำให้ไม่เป็นที่แปลกใจเลยว่า เหตุใดสถาบันลดน้ำหนัก ฟิตเนส สปา ศัลยกรรมคลินิกหรือ ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยให้มีรูปร่างดีและหน้าตาที่สวยงามขึ้น จึงมักมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้หญิงและหากประชาชน คนไทยทั่วไปที่มีการเสพยา ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ งานเปิดตัวสินค้า ฯลฯ ทุกคนก็จะพบความจริงที่ว่า ผู้หญิงที่มีรูปร่างหน้าตาดีมักจะมีโอกาสการแต่งงานที่ดีกว่าและเป็นที่หมายปองของผู้ชายหลายคนมากกว่า

จากบทความทางจิตวิทยาของแพทย์หญิงศรีประภา ชัยสินธพ (Website: [www.dhtcthai.org](http://www.dhtcthai.org) อ้างอิงจาก [http://arties-teacher.blogspot.com/2009/08/blog-post\\_28.html](http://arties-teacher.blogspot.com/2009/08/blog-post_28.html)) กล่าวว่าเด็กวัยรุ่นจะ เอาใจใส่รูปร่างหน้าตามากขึ้น นึกถึงความเปลี่ยนแปลงตนเองตลอด กังวลใจกับความเก๋ไก๋ ไม่พอใจ รูปร่างหน้าตา แม้ผู้ใหญ่จะเห็นว่าไม่สำคัญแต่เด็กเองกังวลใจมากเพราะต้องการเป็นที่ยอมรับของ เพื่อนฝูงและวัยรุ่นอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเพราะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปเป็นแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงสนใจทำตามแบบผู้ใหญ่ ซึ่งบางครั้งทำไม่เหมาะสมหรือไม่เข้าใจ ผู้ใหญ่ก็มองว่ายังเด็กทำให้ ขัดแย้งได้ การเปลี่ยนแปลงต่อมไร้ท่อและอวัยวะภายใน ทำให้เด็กกินจุขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น ต้องการ พักผ่อนมากขึ้น ผู้ใหญ่อาจจะเข้าใจว่าเกียจคร้าน

จากการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มสนใจเพศตรงข้าม ต้องการพึ่งตนเองและหมู่คณะ จึงมักรวมกัน เป็นกลุ่ม ถ้าผู้ใหญ่ขัดขวางก็จะทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิด อยากออกนอกบ้านหรือเก็บตัวในห้อง การพยายามปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงและสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ทำให้วัยรุ่นอารมณ์ไม่มั่นคง

และเกิดความคับข้องใจอยู่เสมอ เป็นเหตุให้ปัจจุบันกลุ่มเป้าหมายของการขายสินค้าและบริการที่ช่วยปรับเปลี่ยนรูปร่างหน้าตาให้ดูดีขึ้นนั้นมักจะยึดกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ สืบเนื่องจากสินค้าและบริการช่วงระยะหลังมา มักมีการปรับราคาให้ถูกลงเพื่อให้เหมาะสมกับกำลังซื้อของวัยรุ่นซึ่งไม่มีรายได้ประจำแต่เก็บเงินจากค่าขนมที่ผู้ปกครองให้มา

จากการสัมภาษณ์ของพิธีกรในรายการ ไฮ - คิว ไลฟ์ คือ คุณช่อผกา วิริยานนท์ สถานีช่อง 9 โมเดิร์นไนน์ทีวี ออกอากาศวันที่ 15 ตุลาคม 2549 โดยแขกรับเชิญสองท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.นพ.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข จิตแพทย์และคุณกมลลา กำภู ณ อยุธยา นักแสดงและบรรณาธิการนิตยสาร Slimming สรุปความได้ว่า

ค่านิยมของความสวยจะเปลี่ยนไปตามยุคสมัยและสังคมนั้น ๆ บางครั้งนางสาวไทยหรือดารานักร้องก็เป็นภาพที่ประทับลงไปในความทรงจำหรือลงไปในจิตใต้สำนึกทำให้เรามักจะคิดว่าต้องเป็นแบบคนเหล่านี้ถึงจะเรียกว่าสวย จากประสบการณ์ของแขกรับเชิญจะพบทั้งคนที่อดอาหารบ้างและทานยาลดความอ้วนบ้างเพราะว่าอยากจะผอม บางคนผอมอยู่แล้วยังคิดว่าตัวเองอ้วนอยากผอมอีก อันนี้คุณหมอเรียกว่าโรค Anorexia nervosa ในประชากรร้อยละ 1 – 2 จะมีคนเป็นโรคกลัวอ้วนอยู่ และโรคนี้ถ่ายทอดในระดับกรรมพันธุ์หรือระดับเซลล์ ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในตัวเอง เป็นคน Perfectionist ค่อนข้างย้ำคิด คิดว่าการจะประสบความสำเร็จคือการ Self – control และการ Self – control ที่ง่ายที่สุดคือเรื่องกิน เมื่อเขาไม่กินและอดทนได้ก็จะรู้สึกว่าคุณค่า มี Self – Value ที่สูงขึ้น

ในด้านของครอบครัวจะพบบ่อยว่าครอบครัวของคนกลัวอ้วนจะเป็นครอบครัวที่ไม่ค่อยให้ลูกได้ไปเผชิญกับปัญหา มักจะตัดสินใจให้หมดและดูแลอย่างดีหรือเป็นครอบครัวที่พ่อแม่เห็นว่ารูปร่างอ้วนเป็นรูปร่างที่ไม่ดี ไม่ให้คุณค่ากับรูปร่างที่ปกติ ผอม ๆ สักหน่อยถึงจะเรียกดีเพราะฉะนั้นเด็กจะประทับใจความรู้ ความรู้สึกฝังเข้าไปอย่างนี้ทุกวันโดยไม่รู้ตัว

ในด้านสังคม สื่อหรือคนในสังคมทำให้มีความชัดเจนว่ารูปร่างผอมถึงจะสวย ดังนั้นคนที่รับสื่อเข้าไปไม่ว่ารูปแบบไหน เมื่อเก็บไว้ทุกวันจนเข้าไปในจิตใต้สำนึกแล้วก็ต้องผอมถึงสวย แต่ถ้าอ้วนมีผลกับสุขภาพคือเป็นโรคภัยไข้เจ็บมากมาย ดังนั้นทางสายกลางคือรูปร่างหน้าตาอย่างไรก็ได้ขอให้สุขภาพดีและมั่นใจในตัวเองว่าทุกคนมีสิ่งที่ดี สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเองและสังคมได้เหมาะสมก็พอ

อาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งโต เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีพ่อแม่ เพื่อน สื่อมวลชนหรือบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นตัวแบบทั้งสิ้น โดยเลียนแบบเพื่อให้สามารถเข้ากับเพื่อนและสังคมได้ การเลียนแบบสื่อมวลชนต่าง ๆ ก็เพื่อการสร้างเอกลักษณ์และเพิ่มจุดเด่นให้กับตนเอง

#### 4. เอกสารและงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้อง

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2533: 322) ศึกษาเรื่องภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 อายุ 11 – 17 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย โดยศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา 10 โรงเรียนและสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 2 โรงเรียน เด็กนักเรียนทั้งหมด 7,437 คน ชาย 3,576 คน หญิง 3,861 คน ผลวิจัยพบนักเรียนชายเป็นโรคอ้วนร้อยละ 11.20 นักเรียนหญิงเป็นโรคอ้วนร้อยละ 7.50 ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและบริโภคนิสัยระหว่างเด็กนักเรียนกลุ่มปกติและกลุ่มโรคอ้วน ปรากฏว่าภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับอาชีพบิดามารดา ชนิดอาหารและเครื่องดื่มที่ซื้อรับประทาน ประเภทกิจกรรมยามว่าง ญาติพี่น้องที่อ้วนและรับประทานอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งปริมาณมาก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนพี่น้องและความชอบรับประทานอาหารไม่มีไขมัน

จงจิตร อังคทะวานิช (โภชนาการสาร 2531: 424 – 434) ศึกษาเรื่องอาหารมังสวิรัตกับโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อาหารมังสวิรัตอาจเป็นแนวทางในการบริโภคซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในด้านของโรคหัวใจขาดเลือด มีการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่ม Seventh Day Adventists (SDA) พบ กลุ่มที่ไม่ใช่มังสวิรัต (Non – vegetarian) มีอัตราการตายสูงกว่า SDA นักมังสวิรัต (Vegetarian) ถึง 3 เท่า ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า นักมังสวิรัต (Vegetarian) ระดับ Total cholesterol ต่ำกว่ากลุ่มไม่ใช่มังสวิรัต (Non – vegetarian)

ฉวีวรรณ แจ็งกิจ (2537: 151) ศึกษาเรื่องรูปแบบการบริโภคอาหารและคุณค่าทางโภชนาการของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษารูปแบบชนิดของอาหารมื้อหลัก มื้อว่าง จำนวนมื้อที่บริโภคและคุณค่าโภชนาการของอาหารที่บริโภค กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 16 – 18 ปี ศีรษะระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน จากการสุ่มตัวอย่างหลายชั้นตอนและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละและคำนวณคุณค่าโภชนาการของอาหารที่วัยรุ่นบริโภคพบ รูปแบบอาหารที่บริโภคประจำในมื้อเช้าและกลางวันเหมือนกัน คือ บริโภคข้าวสวยและกับข้าวสองชนิด ชนิดของอาหารที่บริโภคเหมือนกัน คือ ข้าวสวย แกงและเนื้อสัตว์ทอดหรืออบ มื้อเย็นบริโภคข้าวสวย ผัดผัก ผัดเผ็ด แกงจืด อาหารว่างนิยมบริโภคเป็นเครื่องดื่ม คือ นมสด จำนวนมื้ออาหารที่วัยรุ่นบริโภคมากที่สุดคือ 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวันและมื้อเย็น วัยรุ่นบริโภคอาหารเข้านอกและในบ้านเท่ากัน บริโภคอาหารกลางวันนอกบ้านหมด ส่วนใหญ่บริโภคอาหารเย็นและอาหารว่าง คุณค่าทางโภชนาการของอาหารแต่ละชนิดคิดเป็นพลังงาน โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตและธาตุเหล็ก วัยรุ่นได้รับสารอาหารจากมื้อเย็นมากที่สุด

ชญาณิชฐ์ ธรรมนิษฐาน (2543: 110 – 112) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบนักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีและมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง นักเรียนเพศต่างก็มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ความเชื่อ อาชีพและเงินที่ได้จากผู้ปกครองต่างกัน มีความรู้ เจตคติและปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารด้านความรู้กับเจตคติและเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ณัฐสิตางค์ ทศบุตร (2539: 117 – 118) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษากลุ่มที่ 3 กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติในการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติพบว่าไม่แตกต่างกัน นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติในการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้พบว่าไม่แตกต่างกันและนักเรียนที่มีผู้ปกครองมีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ในการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนเจตคติและการปฏิบัติพบว่าไม่แตกต่างกัน

เดือนใจ เทียนทอง (2546: 147) ศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มรวมและกลุ่มเพศหญิงที่มีอิทธิพลกลุ่มเพื่อนมากมีเจตคติที่ดีและมีพฤติกรรมต่อการส่งเสริมสุขภาพสูง ในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชายและหญิง วัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่สูง มีการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนสูง มีเจตคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ในกลุ่มรวมและกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีการรับรู้บริการส่งเสริมสุขภาพจากโรงเรียนสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ในกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ในกลุ่มรวมพบว่าตัวทำนาย 5 ตัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้ 33% ตัวเด่นชัด คือ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและการรับรู้บริการส่งเสริมสุขภาพจากโรงเรียน กลุ่มชายมีตัวทำนาย 2 ตัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 26% คือ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนและเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มหญิงมีตัวทำนาย 5 ตัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 39% คือ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ

จากสื่อมวลชน ตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ การรับรู้บริการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

เทวี รักรวานิช (2536: 179) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 8 – 13 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 10 – 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.50 และส่วนใหญ่เป็นลูกคนแรก คิดเป็นร้อยละ 51.25 บริโภคนิสัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นภัส ศิริสัมพันธ์ (2527: 168) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี โดยศึกษาธุรกิจการขายอาหารสำเร็จรูปขนาดย่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ฟุ่มเฟือย เป็นพฤติกรรมการกินเพื่อความบันเทิงมากกว่าอิ่มท้องหรือจำเป็น ผู้บริโภคที่เป็นสตรีนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปประเภทของว่าง ของกินเล่นและขนมหวาน ซึ่งเป็นการกินระหว่างมื้อ ผู้ชายนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปที่กินอิ่มเป็นมื้อ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป ได้แก่ สะดวก รสนิยม ชอบหรือไม่ชอบ ความอยากกิน ความเชื่อถือทางธรรมเนียมประเพณี ราคา สีกลิ่นและความน่ากินของอาหาร ประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ให้ความสนใจด้านความสะดวก คุณค่าและคุณภาพของอาหาร

พะนอน ทิพย์พิมลรัตน์ (2534: 109 – 110) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดชุมพร พบนักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ระดับพอใช้ เจตคติระดับดี การปฏิบัติตนระดับพอใช้ นักเรียนที่มีเพศและอาชีพของบิดาหรือมารดาต่างกันมีความรู้เรื่องสารเคมีในอาหารไม่ต่างกัน นักเรียนที่มีบิดาหรือมารดาไม่มีการศึกษา รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัวและแหล่งข่าวสารแตกต่างกันมีความรู้เรื่องสารเคมีในอาหารต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .01 ตามลำดับ นักเรียนที่มีเพศ รายได้ครอบครัว ขนาดครอบครัวและแหล่งข่าวสารแตกต่างกัน มีการปฏิบัติในเรื่องสารเคมีในอาหารไม่แตกต่างกันและนักเรียนที่บิดาหรือมารดาไม่มีการศึกษาและอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติในเรื่องสารเคมีในอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พรพิมล จันทรโถ (2525: 126) ศึกษาวิจัยเรื่องมูลเหตุจูงใจให้บริโภคอาหารมังสวิรัตินอง นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยรามคำแหง ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2525 ซึ่งสรุปผลการวิจัยดังนี้ ผู้บริโภคอาหารมังสวิรัตินองเป็นนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 4 มากที่สุดและนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1 น้อยที่สุด

คณะนิติศาสตร์มีนักศึกษาหญิงบริโภคอาหารมังสวิรัตินานที่สุดและคณะศึกษาศาสตร์มีนักศึกษาหญิงบริโภคอาหารมังสวิรัติน้อยที่สุด อีกทั้งมูลเหตุจูงใจในการบริโภคอาหารมังสวิรัตินั้นมีคุณค่าทางอาหารสูงมาก อีกทั้งยังประหยัดเหมาะแก่เศรษฐกิจปัจจุบัน ทั้งไม่เบียดเบียนชีวิตสัตว์และลดปัญหาขาดแคลนเนื้อสัตว์และผลการบริโภคอาหารมังสวิรัตินำให้ผู้บริโภคมีเมตตา กรุณา มีคุณธรรมประจำใจ มีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดีและรู้จักปฏิบัติตนในทางสายกลางให้พอดีและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของสังคม ผู้บริโภคจะได้คุณประโยชน์มากและโทษไม่มีเลยถ้าบริโภคอย่างถูกวิธีและสะอาดเพียงพอ

เพ็ญจิตร กาฬมณี (2535: 68) ศึกษาเรื่องภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 1 – 6 ของโรงเรียนรังษีวิทยาและโรงเรียนฝางชนูปถัมภ์ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2,590 คน พบว่านักเรียนที่ได้เงินจากบิดามารดาสูงกว่าเด็กอื่น ๆ จะมีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกับนักเรียนที่ได้เงินไปโรงเรียนที่น้อยกว่า

ภารดี เต็มเจริญและคณะ (2529: 109) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อเช้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่า นักเรียนมีนิสัยบริโภคอาหารเช้าไม่เหมาะสม คือ รับประทานอาหารเช้าบางวัน การบริโภคหรือไม่บริโภคขึ้นกับรายได้ครอบครัว นิสัยส่วนตัวในการตื่นนอน เวลาเดินทางไปโรงเรียน การประกอบอาหารเช้าของครอบครัว นิสัยการบริโภคอาหารของสมาชิกในครอบครัว

มนตรี รัชตะสมบุญ (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารชีวิตจิตใจของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารชีวิตจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การคำนึงถึงสุขภาพอนามัย ความรู้และโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีผลต่อการบริโภคอาหารชีวิตจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร รายได้ครอบครัวต่อเดือนและทัศนคติของผู้บริโภคอาหารชีวิตจิตใจ

เยาวดี รักวีริยะ (2527: 114) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับข่าวสารที่มีผลต่อการยอมรับการถือมังสวิรัตินของสมาชิกพุทธสถานสันติอโศก การศึกษาพบว่า การรับข่าวสารจากสื่อมวลชน สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ ความแตกต่างคุณสมบัติสมาชิกเรื่องอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้และสถานภาพสมรสไม่เป็นปัจจัยสำคัญในการยอมรับการถือมังสวิรัตินเร็วหรือช้า อีกทั้งพบว่า สื่อมวลชนไม่มีผลต่อการยอมรับมังสวิรัติน สื่อเฉพาะกิจมีผลบ้างในการยอมรับ สื่อบุคคลเป็นสื่อสำคัญที่สุดในการยอมรับการถือมังสวิรัตินของสมาชิก แต่เมื่อสมาชิกยอมรับการถือมังสวิรัตินแล้ว สื่อเฉพาะกิจกลับเป็นแหล่งสำคัญที่สมาชิกรับข่าวสารเกี่ยวกับอาหารมังสวิรัตินานที่สุด

วรรณวิมล กิตติดิถกุล (2536: 190) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 521 คน ผลการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวพบภาวะโภชนาการของบิดามารดาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการบุตร โดยเฉพาะมารดาที่น้ำหนัก



ตัวเกินมาตรฐานมีแนวโน้มที่บุตรอ่อนเป็น 3 เท่าของมารดาที่มีภาวะโภชนาการปกติ ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนและครอบครัว พบว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติจะดื่มนมในปริมาณมากกว่านักเรียนที่มีภาวะอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และนักเรียนที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มดื่มน้ำอัดลมและรับประทานอาหารมื้อหลักที่ให้พลังงานสูงมากกว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ ครอบครัวเด็กนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มชอบรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง แต่ครอบครัวนักเรียนที่มีภาวะอ้วนเลือกรับประทานผลไม้ประเภทให้พลังงานสูง (มากกว่า 140 กิโลแคลอรี/ 1 ส่วนรับประทาน) มากกว่าครอบครัวนักเรียนที่ภาวะโภชนาการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) พฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างดูโทรทัศน์ไม่แตกต่างกันในนักเรียนทั้งสองกลุ่ม โดยรับประทานอาหารมื้อหลักตอนค่ำหลังเลิกเรียนและรับประทานอาหารขบเคี้ยวร่วมกับมื้อหลักในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ ระหว่างการดูโทรทัศน์ มารดาเป็นบุคคลหลักในการเตรียมอาหารของครอบครัวเช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม

วิธี แจ่มกระจึก (2541: 223) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ เพศ ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับและเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วน เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารจานด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวพยากรณ์ที่ส่งผลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจากมากไปน้อย ได้แก่ อิทธิพลของสื่อโฆษณา ลักษณะด้านราคาของอาหาร ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับ ลักษณะจูงใจของอาหารจานด่วน คุณลักษณะอาหาร เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะจูงใจของอาหารจานด่วนความสะดวกรวดเร็ว และอิทธิพลของเพื่อน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศันสนีย์ อุตม์อ่าง (2533: 118) ศึกษาเรื่องการบริโภคใยอาหารของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่บริโภคอาหารหลักครบ 3 มื้อ อาหารระหว่างมื้อนิยมบริโภควันละครั้ง ส่วนใหญ่ที่นิยมบริโภค ได้แก่ ผลไม้สด น้ำอัดลม น้ำหวานและขนมหวานไทย ปริมาณใยอาหารที่วัยรุ่นได้รับมีความสัมพันธ์กับปริมาณพลังงานโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ปริมาณใยอาหารที่วัยรุ่นได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันที่ได้รับ ผลการศึกษาวัยรุ่นชายและหญิงควรเพิ่มการบริโภคใยอาหาร โปรตีนและคาร์โบไฮเดรต ลดการบริโภคไขมันในวัยรุ่นชายแหล่งใยอาหารของวัยรุ่นควรได้จากธัญพืชและถั่วเมล็ดแห้งเพิ่มขึ้น

ศิริพร หาขุน (2536: 100) ศึกษาเรื่องแบบแผนการบริโภคอาหารว่างของเด็กอ้วนและเด็กปกติ อายุ 7 – 9 ปี โรงเรียนเอกชนกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2434 โรงเรียนเบญจมิน โดยคัดเด็กอ้วนจำนวน 45 คนและเด็กปกติ 133 คน ผลการวิจัยพบว่า เด็กอ้วนและเด็กปกติส่วนใหญ่นิยมบริโภคอาหารว่างในช่วงบ่าย โดยความบ่อยในการบริโภคไม่แตกต่างกัน เด็กอ้วนบริโภคอาหารว่างบรรจุถุงสำเร็จรูปและอาหารว่างอื่น ๆ ได้แก่ ช็อกโกแลต ข้าวเหนียวหนึ่ง ฯลฯ บ่อยครั้งกว่าเด็กปกติ แต่เด็กอ้วนได้รับพลังงานและคาร์โบไฮเดรตจากอาหารมีอหลักมากกว่าเด็กปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งกิจกรรมที่ปฏิบัติของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมศรี เกิดโชค (2531: 52 - 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับนิสัยการกินของเด็กวัยเรียน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของครอบครัว อาชีพของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีอิทธิพลต่อนิสัยการกินของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า รายจ่ายค่าอาหารของครอบครัวต่อวัน ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการกินอาหารของเด็กวัยเรียน การประกอบอาหารในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับนิสัยการกินของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนิสัยการกินของเด็กวัยเรียนมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนที่ประเมินโดยเกณฑ์น้ำหนักตามอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนตรา นิมานันท์ (2538: 96) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเขตเมืองเชียงใหม่ จำนวน 1,233 คน เป็นชาย 619 คน และหญิง 614 คน พบว่า นักเรียนชายประมาณร้อยละ 62 – 69 และนักเรียนหญิงประมาณร้อยละ 64 – 71 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชายร้อยละ 15.2 และกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงร้อยละ 9.9 มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานและพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชายร้อยละ 19.5 และกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงร้อยละ 22.5 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปตามหลักโภชนาการ คือรับประทานอาหารเช้าทุกวัน รับประทานอาหาร แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ผักต่าง ๆ นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการต่างกันจะมีพฤติกรรมการบริโภคไม่แตกต่างกันและพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน

โสภณา รอดชู (2536: 104) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับค่านิยมในการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในจังหวัดนครปฐม โดยเปรียบเทียบค่านิยมในการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษา 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนครปฐม ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,014

คน เป็นนักเรียนชาย 518 คน นักเรียนหญิง 496 คน จาก 256 โรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง นักเรียนหญิงมีค่านิยมในการบริโภคสูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของบิดามารดาและขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกันมีค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่มีการปฏิบัติน้อยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรนุช ชันทวงศ์ (2544: 118) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติและโภชนบัญญัติ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าเพศและการรับข่าวสารเรื่องอาหารต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่างกันมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครัวเรือนต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนุกูล พลศิริ (2534: 95) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเลือกกินอาหารกลางวันของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลือกกินอาหารถูกต้อง คือ เลือกกินข้าว เนื้อสัตว์ นมสด ผลไม้สดและน้ำที่โรงเรียนจัดไว้บริการ พฤติกรรมการเลือกกินอาหารที่ไม่ดี ได้แก่ ดื่มน้ำอัดลม ซาเย็น กาแฟเย็น รายรับของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารกลางวันโรงเรียน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 และ 99% ตามลำดับ ปริมาณโปรตีนที่นักเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหงได้รับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกกินอาหารกลางวันโรงเรียน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

อรุณี อภิชาติสร่างกุล (2537: 2) ศึกษาวิจัยเรื่องแนวโน้มและศักยภาพในการผลิตอาหารมังสวิรัตินในเชิงพาณิชย์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคอาหารมังสวิรัตินมีเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 25 – 30 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและนับถือศาสนาพุทธ นิยมรับประทานอาหารมังสวิรัตินเป็นครั้งคราว รับประทานทั้งนมและไขควบคู่กันไป เหตุผลที่เลือกรับประทานอาหารชนิดนี้ คือ เพื่อสุขภาพและทำบุญโปรดสัตว์ กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารตามร้านมากกว่าปรุงเอง

## 5. เอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

กัทรี (Guthrie. 1971: 393 – 413) สรุปว่าการอดอาหารเด็ดขาดและไม่แตะต้องอาหารคาร์โบไฮเดรต ทำให้ลดน้ำหนักได้ผลดีมากเพราะมีการสะสมคีโตน (Ketone bodies) ในกระแสเลือดน้อย มีผลไม่ให้อยากอาหาร แต่วิธีนี้ใช้เฉพาะคนป่วยโรคอ้วนขั้นรุนแรงซึ่งลดน้ำหนักอย่างอื่นไม่ได้ผลมาแล้ว และต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยต้องนอนที่โรงพยาบาลเพราะอ่อนเพลียรุนแรง และต้องเสียเกลือโซเดียมในร่างกายนานมาก ผลการลดน้ำหนักแบบนี้ในระยะสั้นได้ผลรวดเร็วทันใจ ตอนแรกที่น้ำหนักลดอาจเนื่องมาจากสูญเสียเกลือโซเดียมและน้ำ แต่การสูญเสียโปรตีนในการอดอาหารนี้จะทำให้เกิดการไม่สมดุลของไนโตรเจนในร่างกายนานและอาจทำให้เสียเกลือโปรแตสเซียมด้วย ซึ่งจะให้อ่อนเพลีย

ชวาทซ์ (Schwartz. 1975: 28 – 51) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของนักเรียนที่สำเร็จชั้นมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบนักเรียนที่เคยเรียนวิชาคหกรรมศาสตร์ สาขาอาหารและโภชนาการมา ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้จากการทดสอบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติด้านโภชนาการ นักเรียนได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ มากกว่าที่จะได้จากการเรียนวิชาคหกรรมศาสตร์ในระดับมัธยมศึกษาและความรู้โภชนาการมีความสัมพันธ์กับเจตคติและเจตคติโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางโภชนาการ แต่ความรู้ทางโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางโภชนาการ

เฟลแมน (Feldman. 1982: 140 – 143) ศึกษาการรับข่าวสารโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเคนยา (Communicate Nutrition to High School Students in Kenya) พบนักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการบ้างแต่ยังเข้าใจผิดเกี่ยวกับน้ำตาล โดยเชื่อว่ามีประโยชน์มีคุณค่าต่อร่างกายและไม่ตระหนักในคุณค่าของอาหารและผลไม้พื้นเมือง นอกจากนั้นเชื่อว่าอาหารมีประโยชน์ต้องแพงและกลุ่มที่ได้รับข่าวสารโภชนาการจะมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข่าวสาร

รูท (Root. 1987: 569 – A) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โภชนาการและรูปแบบการรับประทานอาหารของนักศึกษาหญิงปีที่ 2 และ 4 มหาวิทยาลัยไอโฮโอ เพื่อศึกษาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการกับรูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 2 และปีที่ 4 ของมหาวิทยาลัยไอโฮโอ ผลพบความรู้โภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปความรู้โภชนาการไม่สามารถทำนายรูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้

อาร์มสตรอง (Armstrong. 1985: 3787) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อบริโภคนิสัยของชาวแอนติกัวในอินเดียตะวันตก (Factor Influencing Food Habit in Antigua West Indies) จำนวน 305 ครอบครัว

การศึกษาพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและกลุ่มคนที่มีความคิดสมัยใหม่ มีความคิดเห็นด้านโภชนาการและบริโภคนิสัยด้านบวก บุคคลมาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีคะแนนภาวะทางโภชนาการดีกว่าบุคคลมาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางและยากจน

เฟอร์กูสัน (วสันต์ แสงเหลา. 2544: 32; อ้างอิงจาก Ferguson. 1989) ศึกษาทัศนคติ ความรู้ และความเชื่อในการทำนายนัยเป้าหมายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน ประชากรเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาต้น โดยใช้แบบสอบถามและมาตรวัดทัศนคติ ผลการวิจัยพบนักเรียนที่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาพลศึกษาในระดับดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีการวางแผนออกกำลังกายในอนาคตและสร้างความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสภาพในวัยเรียน

เบรนแมน (Brenman. 1990: 2393 – A) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของความเชื่อทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของเด็กและวัยรุ่น (The Influence of Health Belief on Eating Behavior in children and adolescents) พบว่ารูปแบบความเชื่อทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างของเด็กได้ ความเชื่อทางสุขภาพของเด็กทั้ง 3 ระดับแตกต่างกัน ความเชื่อทางสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กและวัยรุ่น

คอลลฟิลด์ (Caulfield. 1991: 103) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์สาเหตุแบบแผนการปฏิบัติและลดความอ้วนในเด็กอ้วน พบว่าความอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะความอ้วนในวัยเด็กมีผลระยะยาว นอกจากจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วสภาพจิตใจยังถูกกดดัน โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในเด็กอ้วนได้ผลดีที่สุด คือ การควบคุมรูปแบบการกินอาหารและรูปแบบการออกกำลังกาย โดยมีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อเด็กอ้วน ในการป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยควรเริ่มที่กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กวัยรุ่น

วอร์ด (Ward. 1991: 4030 – A) ศึกษาเรื่องลักษณะพฤติกรรมการบริโภคกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Charactering Adolescent Eating Behaviors with Bandura's Social Learning Theory) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางโภชนาการไม่มีผลต่อบริโภคนิสัยและพบว่าความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารสามารถทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารของวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ การเรียนรู้ทางสังคมยังช่วยหล่อหลอมลักษณะรูปแบบการบริโภคอาหารของวัยรุ่นได้

โรบินสันและคณะ (Robinson; et al. 1993: 49) ศึกษาเชิงสำรวจโดยเก็บตัวอย่างในนักเรียนหญิงเกรด 6 – 7 จากโรงเรียนทางตอนเหนือของรัฐแคลิฟอร์เนีย 4 แห่ง จำนวน 671 คน เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาการดูโทรทัศน์ การประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนสูง น้ำหนักและน้ำหนักส่วนร่างกาย พบเด็กที่ดูโทรทัศน์มากจะอ้วนกว่าเด็กที่ดูโทรทัศน์น้อย ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการเพิ่มของพลังงานนำเข้าจากการรับประทานอาหารว่างขณะดูโทรทัศน์ การรับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาที่มีส่วนในการเลือกรับประทานอาหารพลังงานสูง ขณะเดียวกันการดูโทรทัศน์เป็นกิจกรรมที่ลดการใช้พลังงาน

ออกไปโดยแทนที่กิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่เด็กควรจะได้ปฏิบัติ นอกจากนี้รายการโทรทัศน์ยังเสนอโฆษณาอาหารด้อยคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้เด็กรับประทานอาหารว่างที่ให้พลังงานสูงกว่าอาหารมื้อหลัก ทำให้เด็กรับประทานอาหารด้วยเหตุผลทางอารมณ์และสังคมมากกว่าหิวและทำให้เด็กมีมีโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้องในด้านโภชนาการ

สนั่นเมือง (Sananmuang, 1993: 5651) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในการรับประทานอาหารของวัยรุ่นไทยกับความรู้และเจตคติของมารดาในเรื่องอาหารและโภชนาการ ที่จังหวัดพิษณุโลก (Food Preference of Thai Adolescents and Their Mother Attitudes and Knowledge about Food and Nutrition) พบว่าอาชีพบิดามารดาและรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติของมารดาต่ออาหารและโภชนาการ อาชีพของมารดามีผลทางลบต่อเจตคติ การเตรียมอาหาร มื้ออาหารและการดูแลโภชนาการ นอกจากนี้เจตคติของมารดามีผลทางบวกโดยตรงต่อการเตรียมอาหาร มื้ออาหารและการดูแลโภชนาการ ความรู้ด้านโภชนาการของแม่มีผลทางบวกโดยตรงต่อความรู้เกี่ยวกับส่วนประกอบของอาหารและโปรตีนที่สมดุลและเจตคติของแม่ต่อการเตรียมอาหารและการดูแลโภชนาการ มีผลทางบวกโดยตรงต่อความพึงพอใจอาหารของวัยรุ่น

คุแซตีส (Cusatis, 1995: 3825) ศึกษาอิทธิพลปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยรุ่นกับพฤติกรรมบุคคลแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 242 คน เป็นชาย 107 คน หญิง 135 คน ที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ รูปแบบแนวทางการบริโภคอาหารในแต่ละวัน การบริโภคไขมันและน้ำตาล ผลการศึกษาพบนักเรียนชายและหญิงส่วนใหญ่มีโภชนาการที่ขอรับประทานอาหารมื้อหลักและอาหารว่างจากบ้าน ซึ่งโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของตนเอง ความพร้อมครอบครัวและจำนวนมื้ออาหารของครอบครัว โดยนักเรียนชายมีกิจกรรมการออกกำลังกายด้วย ส่วนโภชนาการเกี่ยวกับไขมัน น้ำตาลและความถี่การบริโภคอาหารระหว่างนักเรียนชายและหญิงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นแตกต่างกันด้วย

ควานเทส (Kwantes, 1995: 183) ศึกษาการรับรู้อันตรายจากความอ้วนในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น 66 คน ชาย 17 คน หญิง 49 คน มีน้ำหนักแตกต่างกัน อายุ 11 – 15 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การสัมภาษณ์และแบบสอบถามซึ่งมีลักษณะคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายจากความอ้วน การควบคุมน้ำหนักและกิจกรรมที่นิยมในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้อุปกรณ์ช่วยในการสัมภาษณ์ คือ เครื่องอัดเสียง ผลการศึกษาพบสื่อสารมวลชนมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงอันตรายจากความอ้วน มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ตระหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างนิยมเล่นกีฬาในการควบคุมน้ำหนัก

สตรอสและไนท์ (Strauss RS & Knight T. 1999: 85) ศึกษาอัตราการอ่านของเด็กในสหรัฐอเมริกาพบเด็กน้ำหนักเกินมี 22% และเป็นโรคอ้วน 11% ผู้วิจัยทำการศึกษาศึกษาเด็กปกติอายุ 0 – 8 ปี จำนวน 2,913 คนและติดตามศึกษาต่อเนื่อง 6 ปี เพื่อดูพัฒนาการของเด็กและศึกษาความสัมพันธ์การเกิดโรคอ้วนกับเฝ้าพันธุ สถานภาพการแต่งงาน ระดับการศึกษาของแม่ รายได้ของครอบครัวและอาชีพของพ่อแม่ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนของแม่กับการพัฒนาไปสู่ความอ้วนของบุตรและใช้เป็นตัวคาดคะเนความอ้วนของบุตรได้ ระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่บุตรจะอ้วนได้ง่าย รายได้ต่ำอ้วนเพิ่มขึ้น แม่เลี้ยงเดี่ยว (Single mother) บุตรอ้วนได้มาก ครอบครัวผิวดำมีบุตรอ้วนน้อยกว่าผิวขาว พ่อแม่แต่งงานบุตรอ้วนมากขึ้น พ่อแม่มีอาชีพใช้แรงงานบุตรอ้วนมากขึ้น สรุปได้ว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่ด้อยการศึกษาและมีรายได้ต่ำ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จะเห็นว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักอยู่หลายประการ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่กำลังเปลี่ยนไปสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาและมีศักยภาพสูงต่อไปในการพัฒนาประเทศและมีอิทธิพลต่อระบบเศรษฐกิจภายในประเทศ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาหญิงพิเศษหญิงที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปีการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 จำนวน 5,546 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาเฉพาะนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปีการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 เพศหญิง อายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน จากประชากร 5,546 คน โดยใช้สูตรการคำนวณหาจำนวนตัวอย่างจากประชากรของยามานะ (Yamane. 1967, 886 – 887) ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือยอมให้มีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

สุ่มอย่างง่ายจากคณะวิชาที่ศึกษาของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จากทั้งหมดจำนวน 8 คณะ คือ นิติศาสตร์ นิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ บริหารธุรกิจภาควิชาภาษาอังกฤษ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากได้คณะนิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

คณะนิเทศศาสตร์	653 คน
คณะบริหารธุรกิจ	2198 คน
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	108 คน
คณะศิลปศาสตร์	1846 คน



## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือ คือ แบบสอบถามเรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”

### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก เป็นแบบวัดซึ่งประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ ได้แก่ คำถามเรื่องพฤติกรรมการบริโภค คำถามเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกาย คำถามเรื่องการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คำถามเรื่องการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอประธานและคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง

3. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาโดยให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เป็นรายข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	+1
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	0
ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	-1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับข้อคำถามและพฤติกรรม ได้ข้อคำถามที่มีค่าเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออกแล้วแก้ไขคำถามข้อนั้นตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ

4. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองกับนักศึกษาหญิงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน (Tryout) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักมาตรวจสอบให้คะแนนเพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 116 – 117) จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) แล้วแก้ไขข้อคำถามให้ได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.3 – 0.8 นำแบบสอบถามที่คัดเลือกแล้วในข้อ 3. มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95

5. นำแบบสอบถามที่ได้หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นแล้วไปใช้วิจัยต่อไป

### ลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

แบบสอบถามมีตอนเดียว จำนวน 30 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกระดับความถี่จากบ่อยที่สุด ไปถึงน้อยมาก แล้วทำเครื่องหมายในคำตอบที่ตรงกับตัวผู้ทำแบบสอบถามมากที่สุด เนื่องจากการวิจัยทางการศึกษาในครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต ทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ดังตัวอย่าง

#### ตัวอย่างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

กรุณาอ่านคำถามในแบบสอบถามทุกส่วนให้ชัดเจนและครบถ้วน จากนั้นเลือกตอบในข้อที่มีระดับความถี่ของพฤติกรรมใกล้เคียงกับพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

- บ่อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ่อยครั้งหรือสม่ำเสมอ
- บ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ่อย ๆ แต่ไม่ทำเป็นประจำ
- ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ้าง ไม่มีบ้าง โดยเฉลี่ยแล้วครั้งหนึ่ง
- ค่อนข้างน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวน้อยแต่ก็ทำบ้าง
- น้อยมาก หมายถึง ผู้ตอบแทบจะไม่มีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวเลย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การวัดแบบมาตรประเมินค่าตีพิมพ์ในหนังสือ Rensis Likert, Likert – type or Summated Rating Scales, 1932. เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในการวัดพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์ (Isaac; & Michael, 1981.)

การให้คะแนนแต่ละข้อความมีน้ำหนักตั้งแต่ 1 – 5

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
ตอบชองบ่อยที่สุด	ให้	5	1	คะแนน
ตอบชองบ่อย	ให้	4	2	คะแนน
ตอบชองปานกลาง	ให้	3	3	คะแนน
ตอบชองค่อนข้างน้อย	ให้	2	4	คะแนน
ตอบชองไม่เคย	ให้	1	5	คะแนน

#### เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน (Isaac & Michael. 1981)

- ค่าเฉลี่ย 3.368 – 5.00 หมายถึงความว่า มีพฤติกรรมการบริโภค มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีการควบคุมน้ำหนักในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 1.734 – 3.367 หมายถึงความว่า มีพฤติกรรมการบริโภค มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ปัญหา

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.733 หมายความว่า สุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีการควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมกรบริโภค มีพฤติกรรมกรออกกำลังกาย มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการรับรู้ปัญหา สุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีการควบคุมน้ำหนักในระดับน้อย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย ไปยังมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้
  - 2.1 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแบบสอบถามตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ พร้อมนำไปทดลองให้กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองทำแล้วทำการปรับปรุงแก้ไข จัดพิมพ์คำถามพร้อมคำอธิบายการตอบเอาไว้ในชุดเดียวกัน ก่อนนำไปขอความร่วมมือจากกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้ (Try out) จำนวน 100 คน
  - 2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 380 คน ในมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต โดยมีการปรับปรุงแบบสอบถามตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป

### การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามทุกครั้งที่ได้รับข้อมูลเพื่อให้ได้ฉบับที่สมบูรณ์จำนวนทั้งหมด 380 ฉบับ
2. นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมาแจกแจงความถี่วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางและความเรียงในการศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
3. หาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านพฤติกรรมและการรับรู้กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

#### 4. สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

4.2 สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือตัวเลข การหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970: 161)

4.3 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การหาค่าความสัมพันธ์ เป็นการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ประมวลผลข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์และอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
SS	แทน	ผลบวกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยกำลังสอง
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา
P	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เชื่อมันได้ 95% ผิดพลาดได้ 5%
**	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เชื่อมันได้ 99% ผิดพลาดได้ 1%

#### การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก จำนวนฟันน้ำนม จำนวนคนในครอบครัวที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน จำนวนมือที่รับประทานใน 1 วัน พฤติกรรมการตรงต่อเวลาในการรับประทานอาหาร ลักษณะการรับประทานอาหาร อาหารมือที่ทานหนักที่สุด ความถี่ในการออกกำลังกายและวิธีที่ใช้ในการพิจารณาว่ามีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือไม่ โดยแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยแสดงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 3** การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การรับรู้การควบคุมน้ำหนัก กับ การควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา โดยแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตาราง 4 ข้อมูลจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้นปีการศึกษา		
ปีที่ 1	24	6.30
ปีที่ 2	95	25.00
ปีที่ 3	154	40.50
ปีที่ 4	107	28.20
อายุ		
19 ปี	13	3.40
20 ปี	120	31.60
21 ปี	60	15.80
22 ปี	64	16.80
23 ปี	79	20.80
24 ปี	44	11.60
ความสูง (เซนติเมตร)		
ช่วงความสูง 153 - 157	82	21.60
ช่วงความสูง 158 - 162	128	33.70
ช่วงความสูง 163 - 167	116	30.60
ช่วงความสูง 168 - 172	54	14.20
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
ช่วงน้ำหนัก 43 - 48	184	48.40
ช่วงน้ำหนัก 49 - 55	148	39.00
ช่วงน้ำหนัก 56 - 61	34	8.80
ช่วงน้ำหนัก 62 - 67	0	0
ช่วงน้ำหนัก 68 - 72	14	3.80

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนพี่น้อง		
1 คน	96	25.30
2 คน	170	44.70
3 คน	72	18.90
4 คน	36	9.50
5 คน	6	1.60
จำนวนคนน้ำหนักเกิน		
0 คน	282	74.20
1 คน	96	25.30
2 คน	2	.50
สถานภาพ		
มีแฟน	95	25.00
ไม่มีแฟน	198	52.10
มีเพื่อนต่างเพศ	87	22.90
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	46	12.10
10,000 – 20,000 บาท	166	43.70
20,001 – 30,000 บาท	127	33.40
มากกว่า 30,000 บาท	41	10.80
จำนวนมือที่รับประทานใน 1 วัน		
1 มื้อ	86	22.60
2 มื้อ	100	26.30
3 มื้อ	87	22.90
มากกว่า 3 มื้อ	62	16.30
ไม่แน่นอน	45	11.80

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมตรงต่อเวลา		
ตรงต่อเวลา	140	36.80
ไม่ตรงต่อเวลา	240	63.20
ลักษณะการรับประทานอาหาร		
ทานอาหารตามมื้อหลัก	141	37.10
ทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา	239	62.90
อาหารมื้อที่ทานหนักที่สุด		
เช้า	142	37.40
กลางวัน	192	50.50
เย็น	41	10.80
อื่น ๆ	5	1.30
การออกกำลังกาย		
ทุกวัน	27	7.10
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	112	29.50
สัปดาห์เว้นสัปดาห์	132	34.70
เดือนละครั้ง	77	20.30
นาน ๆ ครั้งหรือแทบจะไม่ได้เลย	32	8.40
วิธีที่ใช้ในการพิจารณาน้ำหนักเกิน		
ส่วนสูง - น้ำหนัก	141	37.10
น้ำหนัก / ส่วนสูง	114	30.00
ไม่ได้พิจารณาแนวทางใดเลย	46	12.10
วิธีอื่น ๆ	79	20.80



ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
โรคที่เกิดจากความอ้วน		
โรคหัวใจขาดเลือด	185	16.20
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	167	14.60
โรคหัวใจวาย	196	17.20
โรคเบาหวาน	141	12.40
ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง	172	15.10
โรคข้อเข่าอักเสบ	53	4.60
มะเร็งตับ	42	3.70
มะเร็งเต้านม	33	2.90
ไขมันในเลือดสูง	151	14.20

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากเป็นนักศึกษาในชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 40.50 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 28.20 โดยส่วนมากมีอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.60 มีความสูงโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 158 – 162 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 33.70 มีชั่งน้ำหนักโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 43 - 48 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 48.40 มีจำนวนพี่น้องโดยเฉลี่ย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 44.70 โดยส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา คิดเป็นร้อยละ 63.20 และมีพฤติกรรมทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา คิดเป็นร้อยละ 62.90 โดยมีมือที่ทานหนักที่สุดคือมือกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสัปดาห์เว้นสัปดาห์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.70 ส่วนวิธีที่ใช้ในการพิจารณาว่ามีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือไม่ใช้วิธีน้ำหนักส่วนสูงมาลบกับน้ำหนัก คิดเป็นร้อยละ 20.80 ส่วนโรคที่รู้จักถ้ามีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากที่สุดคือ โรคหัวใจวาย คิดเป็นร้อยละ 17.20

**ตอนที่ 2** นำเสนอข้อมูลพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยแสดงเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักโดยรวม	3.26	0.97	ระดับปานกลาง

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมระดับปานกลางและพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีการเข้าสถาบันลดน้ำหนักเพื่อใช้บริการในการควบคุมน้ำหนักในระดับมากที่สุด รองลงมาคือเคยใช้วิธีลดความอ้วนแบบต่างๆมาแล้ว เช่นการล้วงคอ การกินยาถ่าย ในระดับมาก

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภค	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการบริโภคโดยรวม	3.10	.61	ระดับปานกลาง

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการบริโภคเฉลี่ยโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ เลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากการตัดสินใจซื้อตามโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายในระดับมาก

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยรวม	3.35	.89	ระดับปานกลาง

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกีฬาที่เล่นเสมอ คือ กีฬาที่ต้องเล่นในร่มหรือใช้แรงน้อย เช่น สนุกเกอร์ ครอสเสิร์ด ยิงปืน เป็นต้น ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือมีวิธีออกกำลังกายที่แทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน การเดินแทนใช้พาหนะ ในระดับมาก

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน

การรับรู้ภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การรับรู้ภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานโดยรวม	3.29	.69	ระดับปานกลาง

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานเพราะมีคนทักว่าอ้วนขึ้นในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ รู้ว่าภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานเกิดจากอะไรแต่ก็ไม่ได้ทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดเว้นสิ่งที่ทำให้น้ำหนักรวมเกินมาตรฐานในระดับปานกลาง

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐาน

การรับรู้ปัญหาสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การรับรู้ปัญหาสุขภาพโดยรวม	2.88	1.07	ระดับปานกลาง

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์และสื่อต่างๆเสมอว่าถ้าหากน้ำหนักรวมเกินมาตรฐานจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือครอบครัวและคนรอบข้างเป็นคนบอกและคอยเตือนว่าอย่าปล่อยให้ น้ำหนักรวมเกินมาตรฐานเพราะจะไม่ดีต่อสุขภาพในระดับปานกลาง

**ตอนที่ 3** การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การรับรู้การควบคุมน้ำหนักกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษานิติศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยรามคำแหงในกรุงเทพมหานคร

ตาราง 10 การหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพจากการที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน

	การควบคุม	การบริโภค	การออกกำลังกาย	การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน	การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน
การควบคุม	1	.311**	.382**	.710**	.566**
การบริโภค		1	.262**	.319**	.428**
การออกกำลังกาย			1	-.344**	-.285**
การรับรู้ภาวะ				1	.820**
การรับรู้ปัญหา					1

\*\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากตาราง 7 จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจากการที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวก ยกเว้นพฤติกรรมการออกกำลังกายกับการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบ

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการวิจัย

##### ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

##### สมมติฐานในการวิจัย

พฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

##### ขอบเขตของการวิจัย

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปีการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 จำนวน 5,546 คน

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาเฉพาะนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปีการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 เพศหญิง อายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน จากประชากร 5,546 คน โดยใช้สูตรการคำนวณหาจำนวนตัวอย่างจากประชากรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1967: 886 – 887) โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือยอมให้มีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

สุ่มอย่างง่ายจากคณะวิชาที่ศึกษาของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จากทั้งหมดจำนวน 8 คณะ คือ นิติศาสตร์ นิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ บริหารธุรกิจภาคภาษาอังกฤษ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากได้คณะนิเทศศาสตร์ บริหารธุรกิจ ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและเป็นแบบรายงานข้อมูลในด้านพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกของผู้ถูกวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคองกรรณสูตร. 2525: 73) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 143)
2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือตัวเลข โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 117) ได้แก่ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970: 161) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 125 – 126)
3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว

## สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า

1.1 นักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คนมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 จำนวน 13 คน มีน้ำหนักมาตรฐาน จำนวน 203 คนและมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ในกลุ่มผอมระดับ 1 จำนวน 116 คน ในกลุ่มผอมระดับ 2 จำนวน 41 คน ในกลุ่มผอมระดับ 3 จำนวน 7 คน จำนวนคนที่น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน: จำนวนคนที่น้ำหนักอยู่ในมาตรฐาน: จำนวนคนที่น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน คิดเป็นอัตราส่วน 13: 203: 164 ส่วนมากเป็นนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 40.50 ส่วนมากอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.60 โดยนักศึกษาหญิงส่วนมากมีความสูง 158 – 162 ซม. คิดเป็นร้อยละ 33.70 โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ในช่วง 43 – 48 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 48.40 มีจำนวนพี่น้องโดยเฉลี่ย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 44.70 ส่วนวิธีที่นักศึกษาส่วนมากนำมาพิจารณาว่ามีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือไม่ใช้วิธีนำส่วนสูงมาลบ

น้ำหนัก คิดเป็นร้อยละ 20.80 ส่วนโรคที่รู้จักถ้ามีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากที่สุด คือ โรคหัวใจวาย คิดเป็นร้อยละ 17.20 และในส่วนของสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ พบนักศึกษาส่วนมากไม่มีแฟน คิดเป็นร้อยละ 52.10 อีกทั้งภายในครอบครัวโดยส่วนมากไม่มีบุคคลที่น้ำหนักเกินถึงร้อยละ 74.20 มีรายได้เดือนละ 10,000 – 20,000 ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.70

1.2 ด้านพฤติกรรม พบว่า นักศึกษาส่วนมากของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกินอาหารวันละ 2 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 26.30 รับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา คิดเป็นร้อยละ 63.20 และมีพฤติกรรมทานอาหารจุบจิบระหว่างมื้อ คิดเป็นร้อยละ 62.90 โดยมื้อที่ทานหนักที่สุด คือ มื้อกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสัปดาห์เว้นสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.70 โดยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายชนิดในร่มหรือใช้พลังงานน้อยและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

1.3 ด้านการรับรู้ พบว่า นักศึกษาโดยส่วนมากมีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยรวมด้วยวิธีนำส่วนสูงลบด้วยน้ำหนักแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 110 ถึงร้อยละ 37.10 รองลงมาคือวิธีการ BMI ถึงร้อยละ 30 ในเรื่องโรคที่จะเกิดกับผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้น ร้อยละ 17.20 ระบุว่าคนที่น้ำหนักเกินมาตรฐานทำให้เป็นโรคหัวใจวาย รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 16.20 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 14.60 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.20

## 2. ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 พฤติกรรมออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อภิปรายผลได้ดังนี้

### 1. จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรี ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ว่า

พฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของ นักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ในระดับมากที่สุด 3.78 อีกทั้งมีการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากการตัดสินใจซื้อตามโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายในระดับมากที่สุด 3.45 และยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมในระดับปานกลาง แต่ส่วนมากกลับพบว่ามีความหนาของร่างกายในระดับปกติ และต่ำกว่ามาตรฐานในระดับที่สูง ทั้งนี้เนื่องจากในวัยรุ่นมีระดับการเผาผลาญพลังงานที่ดีและในวัยรุ่นนี้มักมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากมาย (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2549: 45) จึงอาจจัดว่าเป็นการออกกำลังกายแบบไม่มีแบบแผน ซึ่งเพนเดอร์ (Pender 1987: 337) กล่าวว่า การเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายแม้เพียงเล็กน้อย เช่น เดินขึ้นบันไดแทนขึ้นลิฟท์ การเดินแทนการนั่งรถ จะช่วยควบคุมน้ำหนักได้ อีกทั้งในด้านพัฒนาการของแต่ละวัยนั้น เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ (ศรีเวื่อน แก้วกังวาล, 2538: 52) ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายลดลงประมาณ ร้อยละ 5 ทุก ๆ 10 ปี นับจาก 20 – 25 ปี (ประณิธิ หงส์ประภาศ, 2539: 134)

ขัดแย้งกับศุภลักษณ์ บุญความดี (2541: ง) และจำปี ประสิทธิ์ชัย ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร ส่วนมากจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 40 – 49 ปี ถึงร้อยละ 40.50 อีกทั้งภาวะโภชนาการและภาวะอ้วนนั้น ไม่ได้เกิดจากการบริโภคอาหารปริมาณมากเสมอไป โดยพลังงานที่ได้รับจากอาหารในคนอ้วนและคนน้ำหนักปกติอาจจะไม่แตกต่างกัน แต่ความแตกต่างกันที่ว่า คนอ้วนมีการสะสมพลังงานส่วนเกินที่ใช้ไม่หมดและมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมถึงอัตราการเผาผลาญน้อยกว่าคนน้ำหนักปกติ จึงเก็บพลังงานส่วนเกินเอาไว้ในรูปของเซลล์ไขมัน ซึ่งนำไปสู่ภาวะของการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ ศรีสุดา วงศ์พิเศษกุล (2540: 107) ได้ศึกษาพบว่า บริโภคนิสัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และในงานวิจัยของ เทวี รักวานิช (2536: 66) ได้ศึกษาพบว่า บริโภคนิสัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ

สอดคล้องกับ สมทรง สมควรเกตุ (2541: ง) โดยศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนมากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารถึงร้อยละ 84.50 และศุภลักษณ์ บุญความดี (2541: ง) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีสาเหตุมาจากบริโภคนิสัยถึงร้อยละ 89.00

2. จำแนกตามการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน



จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาปริญญาตรี ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยรวมในระดับปานกลางที่ 3.29 โดยส่วนมากจะรู้ว่าตัวเองมีน้ำหนักมากก็ต่อเมื่อมีคนอื่นบอกและมักไม่ได้ทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีส่วนน้อยที่มีการจดจำและคำนวณน้ำหนักตัวเองเพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์น้ำหนักมาตรฐาน ส่วนการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลางที่ 2.88 ส่วนมากไม่มีประสบการณ์ตรงจากบุคคลในครอบครัวว่ามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จึงไม่ได้รับประสบการณ์ในด้านนี้เท่าที่ควร ทำให้การรับรู้โรคภัยที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ความสนใจในสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจึงอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ในกลุ่มตัวอย่างนั้นมีน้ำหนักในระดับมาตรฐานค่อนข้างสูงและน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานในระดับรองลงมาเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยรุ่นระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการพลังงานมากมายในการเจริญเติบโต การเรียน การทำกิจกรรมและใช้ชีวิตประจำวัน ในด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แต่ส่วนมากมักจะรับรู้จากการบอกเล่าและตักเตือนของบุคคลรอบข้าง โดยที่ตัวเองนั้นไม่ค่อยได้ใส่ใจในเรื่องนี้ แม้ว่าจะมีการรับรู้โรคภัยและผลเสียจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับปานกลางก็ตาม กลุ่มตัวอย่างทุกคนรู้ว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทำให้เกิดโรคร้ายกับร่างกายได้ แต่รู้แค่ 2 – 3 โรคและไม่ได้สนใจรายละเอียดมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาอันกว่าจะมีอาการและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ไม่ได้รวดเร็วเหมือนโรคติดต่อ อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้พลังงานเยอะ ถึงจะรับประทานอาหารเช้าไปเยอะแต่ก็เผาผลาญไปได้หมดหรือเกือบหมด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการรับรู้รายละเอียดของปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน นักศึกษาส่วนมากรับรู้แล้วว่าตัวเองน้ำหนักปกติ

ขัดแย้งกับการศึกษาของแคชและคณะ (Cash; et al. 1986: 286) ที่สัมภาษณ์ความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างของสตรีจำนวน 2,000 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 55.00 น้ำหนักปกติแต่คิดว่าตัวเองน้ำหนักเกินและร้อยละ 40.00 มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานแต่คิดว่าตัวเองมีน้ำหนักในเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้ อาจเกิดจากค่านิยมของสังคมไทยที่ให้ความนิยมชมชอบและให้คุณค่ากับผู้หญิงที่มีรูปร่างเพียวบางเหมือนนางแบบและดารา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรูปร่างที่ดีและน้ำหนักไม่เกินมาตรฐาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับ สมทรง สมควรเกตุ (2541: 78) ที่ศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของ

ผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้หญิงที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินส่วนมากร้อยละ 55.00 มีดัชนีมวลกายปกติ

สอดคล้องกับ โทนส์ (Tone, 1987: 310) ที่ได้กล่าวเอาไว้ว่า การรับรู้ในตนเอง สำหรับด้านนี้นั้นเป็นความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองนั่นเอง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับต่ำ หมายความว่า กลุ่มบุคคลกลุ่มนี้นั้นมีการรับรู้ว่าน้ำหนักตนเองไม่เกินมาตรฐาน ในเมื่อรับรู้ว่าน้ำหนักตนเองไม่เกินมาตรฐานแล้ว จึงทำให้ไม่ระมัดระวังในการรับประทานอาหารและขาดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักอีกด้วย จึงทำให้บุคคลากรกลุ่มนี้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครนั้น ผลปรากฏว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนัก ทั้งนี้ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายหรือด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้น เป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำเอาผลวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านของการศึกษา ควรจะตระหนักและให้ความสำคัญเหล่านี้ได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดตั้งแต่ในวัยเด็กโดยให้ความรู้ต่าง ๆ ที่สำคัญเหล่านี้สอดแทรกอยู่ในบทเรียนหรือสาระสำคัญของกลุ่มสาระวิชาที่เกี่ยวข้อง
2. บุคลากรในสาขาวิชาต่าง ๆ รวมถึงประชาชน ควรให้ความสนใจต่อการถ่ายทอดความรู้ผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ตหรือสื่ออื่น ๆ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น ทั้งนี้อาจผ่านการจัดกิจกรรมเขียนคำขวัญ เรียงความ กิจกรรมค่าย ชมรม สมาคมหรือกิจกรรมในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้จริงจากการปฏิบัติ อีกทั้งเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและสามารถซักถามผู้มีความรู้ได้
3. ส่งเสริมในระดับองค์กร โดยจัดตั้งเป็นหน่วยให้คำปรึกษาในเรื่องการควบคุมน้ำหนักหรือให้ข้อมูลความรู้ในการควบคุมน้ำหนักอย่างถูกวิธี รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ เช่น การบริโภคและการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ทั้งนี้ยังสามารถนำเอาการให้คำปรึกษาไปใช้ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งสามารถนำเอาหลักการต่าง ๆ ทางจิตวิทยามาใช้เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดี เช่น การใช้แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

## ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของผู้ชายที่ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงในแต่ละวัย
2. ควรมีการศึกษาในเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์ การทดสอบวัดผล การติดตามเก็บข้อมูลระยะยาวเพราะพฤติกรรมการรับประทานอาหารพลังงานสูงและไม่ค่อยออกกำลังกายในวันรุ่งอรุณอาจเป็นพฤติกรรมถาวรที่ส่งผลในวัยต่อ ๆ ไปได้
3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้หญิงในวัยต่าง ๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม
4. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการลดน้ำหนักรูปแบบต่าง ๆ และพัฒนาให้เหมาะสมวัย





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ จอมธนวัฒน์. (2548). **ผลของการฝึกความแข็งแรงที่มีต่อการลดไขมันของร่างกาย**. สารนิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์การกีฬา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กฤตยกร แสงขาว. (2551, มิถุนายน) กินดีบทรักก็ดีด้วย. *Health today thailand*. 2551(91).
- กรรณิกา สุวรรณนา. (2541). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิต (2542). **คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่)**. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- คณาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์. (2540). **สังคมและวัฒนธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คำธนาภรณ์. (2537). **ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 103.
- จรรยาพร ธรณินทร์. (2538). **การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่**. กรุงเทพฯ: ต้นอ่อน แกรมมี่.
- จรรยาพร ธรณินทร์. (2522). **เปรียบเทียบวิธีการลดน้ำหนักแบบจำกัดอาหารอย่างเดียวกับแบบจำกัดอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- จันทิทิตา พุกษานานนท์. (2536, กุมภาพันธ์). "โรคอ้วน", *การดูแลสุขภาพเด็ก*. 12(2): 96 - 106.
- จันทิทิตา พุกษานานนท์. (2545). **การจัดอาหารสำหรับบำบัดโรคอ้วน**. *โภชนศาสตร์คลินิก*, 5, 4-5.
- จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. *สุขภาพคนไทยปี2543: สถานะสุขภาพคนไทย. หมอชาวบ้าน*. 2543: 24.
- จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2537). **การศึกษาโรคอ้วนโดยการแก้ไขพฤติกรรมโภชนบำบัด**. *โภชนศาสตร์คลินิก*. 34 - 38.
- จำนง อติวัฒน์ลิขิต; และคณะ. (2543). **สังคมวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- จำปี ประสิทธิ์ชัย. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี.ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ พุทธสุวรรณ. (2518). **คู่มือการลดน้ำหนัก.** กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานแพทยการรถไฟแห่งประเทศไทย.
- ฉลองชัย ม่านโคกสูง. (2537). **ความต้องการรับบริการทางด้านการออกกำลังกาย ของนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่น.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชัยพร วิชชาวุธ. (2525). **มูลสารจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูลีพร ศรศรี. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก).** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2544). **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ชูเกียรติ เกียรติธีรรัตน์. (2537). **ความต้องการกิจกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ณัฐฐิญา จำราช. (2547). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดุขฎี สุทธิปริยาศิริ. (2532). โรคอ้วน. **โภชนศาสตร์คลินิก**, 4, 124 – 128.
- ดำรงศักดิ์ ชัยสนธิ; ประสาน หอมพูล. (2538). **จิตวิทยาเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วังอักษร.
- เดือนใจ เทียนทอง. (2546). **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษาที่ 1. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์).** กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2541). **อาหารกับสุขภาพในแนววัฒนธรรม.** กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ทิวาพร กลมกล่อม. (2535). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมวิทยา).** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ทีศนา เขมมณี. (2544). **14 วิธีสอนสำหรับครูมืออาชีพ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2541). **วิถีแห่งการคลายเครียด.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มติชน.

- ถาวรศักดิ์ หมื่นจักร; ศรีสง่า กรวรรณสุต. (2540). **จิตวิทยาธุรกิจ**. กรุงเทพฯ: มณฑลการพิมพ์.
- นนทพรรณ เอกตาแสง. (2543). **การจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการเสนอสารและแรงสนับสนุนทางสังคม**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นลินี มกรเสน. (2538). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลอนงค์ บุญเจริญศิลป์; ดารารวรรณ เมฆสุวรรณ. (2544, กันยายน - ธันวาคม). “การศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในวัยรุ่น”, **วารสารวิจัยทางการแพทย์**. 5(3): 244 – 252.
- เนาวรัตน์ เหลืองรัตนเจริญ. (2541). **ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อเอกลักษณ์ของวัยรุ่นใน เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- เบญจมา ยอดดำเนิน – แอ็คติคส์; และคณะ. (2542). **พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข; กมลลา กำภู ณ อยุธยา. (2549, 15 ตุลาคม) สัมภาษณ์โดย ช่อผกา วิริยานนท์ ที่รายการไฮ – คิว ไลฟ์ ช่อง 9 โมเดิร์นไนน์ทีวี.
- ประทีป จินนี. (2540). **เอกสารประกอบการเรียนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับ พฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประเวศ วะสี. “บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม”. **หมอชาวบ้าน**. 2541: 18 – 22.
- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. (2541). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2531: 583.
- พงษ์พันธ์ พงษ์ไสภา. (2544). **ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธารณาการพิมพ์.
- พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน; นริศ เจนวิริยะ; กฤษฎี โพธิ์ทิต. “ลดน้ำหนักตัวแบบพุทธรุ”. **Health today thailand**. 2552(99). 10 – 12.
- พรพิมล เจียมนาคินทร์. (2539). **พัฒนาการวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: คอมพิวเตอร์.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). **เอกสารคำสอนวิชา สข531 พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2549). **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7.

กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิสมัย จันทวิมล. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.

ล้วน สายยศ; อังคณา สายยศ. (2538). **เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์.

วราภรณ์ ตระกูลสุชาติ. (2549). **จิตวิทยาการปรับตัว**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2534). **จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วิธี แจ่มกระจ่าง. (2535). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร**.

ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วิไลวรรณ ศรีสงคราม; และคณะ. (2549). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: ทริปเฟลด์กรุ๊ป.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 1)**. พิมพ์ครั้งที่ 8.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2548). **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ:

หมอชาวบ้าน.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์; และคณะ. (2541). **ธุรกิจทั่วไป: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการประกอบ**

**ธุรกิจ**. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์.

สดุดี ภูห่องไผ่. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน**

**มัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). **สุขภาพของโลก คศ.2020: ภาพอนาคตเพื่อการ**

**ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

สนธยา มุอำหัด. (2544). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้น**

**มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร**.

ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



สมชาย ประเสริฐศรี. (2531). **การศึกษาเกี่ยวกับการลดน้ำหนักของร่างกาย.**

ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
ถ่ายเอกสาร.

สมทรง สมควรเหตุ. (2541). **การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะ  
น้ำหนักเกินในกรุงเทพฯ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาล  
ผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมร ประเสริฐสุข. (2537). **ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริการให้  
คำปรึกษาด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสาธารณสุขภูมิภาคที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ:**  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สมฤดี วีระพงษ์. (2535). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารด่วนทันใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา  
ปีที่ 5 โรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร.** ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.  
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สมใจ วิชัยดิษฐ์. (2541). **กินเพื่อสุขภาพ.** กรุงเทพฯ ฯ: ประยูรวงศ์พิมพ์ตั้งจำกัด.

สิริพร พึ่งเทอดธรรม. และ อธิยา จุลบาท. (2542). **เขาวนสุขภาพ.** กรุงเทพฯ ฯ: กรุงเทพเมดิคัลแล็บ.

สุชา จันท์เอม. (2543). **จิตวิทยาเด็ก.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุชา จันท์เอม. (2528). **วัยรุ่น.** กรุงเทพฯ ฯ: อักษรบัณฑิต.

สุชาติ ไสมประยูร; เอมอัชมา ทวีวัฒนบูรานนท์. (2542). **การบริหารงานสุขภาพในโรงเรียน.**  
กรุงเทพฯ ฯ: เอ บี เทรดตั้ง.

สุปราณี จุลเดชะ. (2542). **รายงานการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตที่เรียน  
วิชา พล101 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.** กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุพัตรา สุภาพ. (2549). **ปัญหาสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุพัตรา สุภาพ. (2542). **สังคมวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 21. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุรางค์ ไควตระกูล. (2541). **จิตวิทยาการศึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ ฯ:  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2543). **สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2553,**  
จาก [www.thaihealth.or.th](http://www.thaihealth.or.th).

อมรรัตน์ ประดิษฐ์สาร. (2535). **การให้คุณค่าต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน.**  
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.  
ถ่ายเอกสาร.

อรวิทย์ ไทรกี. (2537). **อาหารกับโรค.** กรุงเทพฯ ฯ: สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย  
ในพระบรมราชินูปถัมภ์.

- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). **ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร**. ปริญญาโท กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุษณีย์ ตันตรีบุญรัตน์. (2536). **มาทำความเข้าใจกับความอ่อนของผู้หญิงกันเถอะ**. สงขลา: สงขลานครินทร์.
- Ahijevych, K. Bernard, L. (1994, May – June). **Health Promoting Behaviors of African American Women**. *Nursing Research*. 43(9): 86 – 89.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory**. N.J: Prentice – Hall.
- Boonthong Ittipanya. (2006). **English for Psychology**. Bangkok: Kasetsart University Press.
- Kaplan, R.M.; et al. (1993). **Health and Human Behavior**. Singapore: McGraw Hill.
- Lewis, V.K. (1994). **The Health Psychology of Woman**. Switzerland: Harwood Academic Publisher.
- Ministry of Health, Singapore. (1991). **Health Family – Healthy National**. Singapore: Ministry of Health.
- National Institute of Health; NIH – [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
- Nies, M.A., Vollman., M.; & Cook, T. (1998). **Facilitators barriers and Strategies for Exercise in European American Woman in the Community**. *Public Health Nursing*, 15(4), 263 – 272.
- Pollock M.L.; Associates. (1970). “Effects of walking on body composition and cardiovascular function of middle – age men”, *Journal of Physical Fitness Test*. Tokyo.
- Robert G. Meyer. (2003). **Case Studies in Abnormal Behavior**. Sixth Edition. United States of America: Pearson Education.
- Willianson, D.F., et al. (1993). “Weight Loss a Hemps in Adult: Goal, Duration and Rate of Weight Loss”. *American Journal of Public Health*. 82(9): 1251 – 1257.
- World Health Organization. (1983). **New Approach to Health Education in Primary Health Care: Report of a WHO Expert Committee**. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งให้เลือกตอบเป็นระดับความถี่ของพฤติกรรมที่ปฏิบัติโดยมีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ บ่อยที่สุด ค่อนข้างบ่อย ปานกลาง ค่อนข้างน้อยและน้อยมากหรือแทบจะไม่เคย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบัน อุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำเอาข้อมูลมาประกอบการทำวิจัยการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวฐิติวรรณ อุปพงษ์

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ตอนที่ 1** โปรดกรอกข้อมูลส่วนตัวลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ปัจจุบันท่านกำลังศึกษาชั้นปีที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม

อาชีพในอนาคต..... เหตุผลที่สนใจอาชีพนี้.....

จำนวนพี่น้อง(รวมท่าน).....จำนวนบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะน้ำหนักเกินปกติ.....

สถานภาพความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ  มีแฟน  ไม่มีแฟน  มีเพื่อนสนิทต่างเพศ  
 รายได้ต่อเดือน (จากผู้ปกครองและรายได้พิเศษอื่น ๆ).....

ฉันทราบว่าโรคใดเกิดจากความอ้วน โปรดเลือกโรคที่คิดว่าเกิดจากความอ้วน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคหัวใจขาดเลือด  กล้ามเนื้อหัวใจตาย  โรคหัวใจวาย  โรคเบาหวาน  
 สอริโมนเปลี่ยนแปลง  โรคข้อเข่าอักเสบ  มะเร็งตับ  มะเร็งเต้านม  
 ไขมันในเส้นเลือดสูง  ไขมันในตับสูง  โรคนิ่วในถุงน้ำดี  ผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อ  
 พิกิวคเคียน ซินโดรม คือ ง่วงซึม หลับง่าย หายใจบ่อย

จำนวนมือที่ท่านรับประทานอาหารเช้าใน 1 วัน  1 มื้อ  2 มื้อ  3 มื้อ  > 3 มื้อ  ไม่แน่นอน

พฤติกรรมความตรงต่อเวลาในการรับประทานอาหารเช้า  ตรงเวลา  ไม่ตรงเวลา

ลักษณะการรับประทานอาหารเช้า  ทานอาหารตามมื้อหลัก  ทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา

อาหารมื้อที่ท่านทานหนักที่สุด คือ  เช้า  กลางวัน  เย็น  อื่น ๆ คือ .....

- คุณออกกำลังกายด้วยความถี่  ทุกวัน  
 สัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง  
 สัปดาห์เว้นสัปดาห์  
 เดือนละครั้ง  
 นาน ๆ ครั้งหรือแทบจะไม่ได้ออกกำลังกายเลย

วิธีที่ท่านใช้ในการพิจารณาว่ามีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ คือ

- ส่วนสูง – น้ำหนักไม่เกิน  $\geq 110$   ดัชนีมวลกาย (BMI) =  $\frac{\text{น้ำหนัก (ก.ก.)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$

ไม่ได้พิจารณาด้วยแนวทางใดเลย  วิธีอื่น เช่น ชั่งน้ำหนักแล้วเปรียบเทียบกับน้ำหนักปกติฉันเอง

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่  
 เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านคำถามในแบบสอบถามทุกส่วนให้ชัดเจนและครบถ้วน จากนั้นเลือกตอบโดยทำ  
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีระดับความถี่ของพฤติกรรมใกล้เคียงกับพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

- |              |         |   |
|--------------|---------|---|
| บ่อยที่สุด   | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ่อยครั้งหรือสม่ำเสมอ                  |
| บ่อย         | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ่อย ๆ แต่ไม่ทำเป็นประจำ               |
| ปานกลาง      | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ้าง ไม่มีบ้าง โดยเฉลี่ยแล้วครั้งหนึ่ง |
| ค่อนข้างน้อย | หมายถึง | ผู้ตอบมีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวบ้างแต่ก็ทำบ้าง                        |
| น้อยมาก      | หมายถึง | ผู้ตอบแทบจะไม่มีพฤติกรรมในข้อดังกล่าวเลย                            |

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยมาก
1. ฉันพยายามอดอาหารหรือรับประทานน้อยที่สุดเพราะกลัวอ้วน					
2. ฉันกินอาหารน้อยลงเหลือวันละ 1 – 2 มื้อเพราะกลัวอ้วน					
3. ฉันรับประทานอาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก					
4. ฉันทานยาลดน้ำหนักเพื่อควบคุมให้น้ำหนักเป็นไปตามต้องการ					
5. ฉันงดเว้นอาหารบางประเภทเพราะเชื่อว่าทำให้อ้วน					
6. เมื่อต้องไปพบปะผู้คนหรือเพื่อนต่างเพศในวาระโอกาสต่าง ๆ ฉันมักจะอดอาหารก่อนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง					
7. ฉันเคยใช้วิธีการลดความอ้วนแบบต่าง ๆ มาแล้ว เช่น การล้วงคอให้อ้วก การกินยาถ่าย					
8. ฉันเข้าสถานบำบัดน้ำหนักเพื่อใช้บริการในการควบคุมน้ำหนัก					
9. ฉันมักจะเข้าฟิตเนสและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก					
10. ฉันหาผลรวมของแคลอรีในการซื้ออาหารหรือเครื่องดื่มเพื่อกินอยู่เสมอ					
พฤติกรรมกรรมการบริโภค	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยมาก
11. ฉันเป็นคนรับประทานอาหารตรงเวลา					
12. ฉันมักรับประทานอาหารระหว่างมื้อหรือทานจุบจิบ					
13. ฉันรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ เช่น ทานข้าวและก๋วยเตี๋ยวโดยไม่มีผักผลไม้					
14. ฉันรับประทานอาหารจานด่วน					
15. ฉันเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากการตัดสินใจซื้อตามโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย เช่น ลดครึ่งราคา บุปเฟ่ต์ 1 แถม 1 ลด 50% ในวันพิเศษ					
16. ฉันมักดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้หรือน้ำหวานอื่น ๆ					
17. ฉันดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 10 แก้ว					

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยมาก
18. ฉันออกกำลังกายด้วยความถี่เท่าใด เลือกบ่อยที่สุด เมื่อปฏิบัติทุกวัน เลือกบ่อย เมื่อปฏิบัติอาทิตย์ละ 2 - 3 ครั้ง เลือกปานกลาง เมื่อปฏิบัติอาทิตย์เว้นอาทิตย์ เลือกค่อนข้างน้อย เมื่อปฏิบัติเดือนละครั้ง เลือกน้อยที่สุด เมื่อแทบไม่ปฏิบัติเลย					
19. เมื่อฉันออกกำลังกายจะปฏิบัติต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไป					
20. กีฬาที่ฉันเล่นเสมอ คือ กีฬาที่ต้องเล่นกลางแจ้งหรือใช้แรงเยอะ เช่น วายน้ำ ปั่นจักรยาน วิ่ง วอลเลย์บอล					
21. กีฬาที่ฉันเล่นเสมอ คือ กีฬาที่ต้องเล่นในร่มหรือใช้แรงน้อย เช่น สนุกเกอร์ คrosseเวิร์ด ยิงปืน เปตอง กอล์ฟ					
22. ท่านมีวิธีออกกำลังกายที่แทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน การเดินแทนการใช้พาหนะ					
การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยมาก
23. ฉันคำนวณน้ำหนักอยู่เสมอเพื่อไม่ให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน วิธีที่ฉันใช้ คือ....					
24. ฉันรู้ว่าน้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะมีคนทักว่าอ้วนขึ้น					
25. ฉันรู้ว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดจากอะไรบ้าง แต่ฉันก็ไม่ได้ทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่ทำให้ น้ำหนักเกินมาตรฐาน					
การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อยมาก
26. ฉันคิดว่าคนทั่วไปที่น้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคน อ้วนมักจะมีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ มากมาย					
27. ฉันพบว่าคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดฉันมีการ เจ็บป่วยจากน้ำหนักที่เกินมาตรฐาน					

28. ช่วงที่ฉันน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือน้ำหนักมากเกินไป ฉันรู้ว่าตัวเองเหนื่อยง่ายและปวดขา					
29. ฉันเคยดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์และ สื่อต่าง ๆ เสมอว่าถ้าหากน้ำหนักเกินมาตรฐานจะทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิต สูง ไชมันอุดตันเส้นเลือด					
30. ครอบครัวและคนรอบข้างฉันบอกฉันว่าอย่าปล่อย ให้น้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะจะไม่ดีต่อสุขภาพ					

นักศึกษาทั้งหมดปีการศึกษา 2553 จำแนกตามกลุ่มสถาบัน สถาบัน คณะ ระดับการศึกษาและเพศ

หมายเหตุข้อมูล ณ. วันที่ 8 ธันวาคม 2553 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ผลรวม

กลุ่มสถาบัน / สถาบัน	ชาย	หญิง	
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	4358	5546	9904
คณะนิติศาสตร์	154	127	281
คณะนิเทศศาสตร์	800	653	1453
คณะบริหารธุรกิจ	824	2198	3022
คณะบริหารธุรกิจภาควิชาภาษาอังกฤษ	133	302	435
คณะบัณฑิตวิทยาลัย			
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	207	108	315
คณะวิศวกรรมศาสตร์	1153	71	1224
คณะศิลปศาสตร์	620	1846	2466
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์	467	241	708



### สถิติในการหาคุณภาพแบบของแบบสอบถาม

1. หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมาช่วยตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถาม

2. หาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามด้านพฤติกรรม ด้านการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ ได้ผลดังนี้

No	Correlation	Alpha	No	Correlation	Alpha
1	.511	.747	16	.512	.737
2	.734	.712	17	.245	.754
3	.511	.747	18	.341	.747
4	.785	.704	19	.665	.735
5	.558	.739	20	.526	.740
6	.696	.727	21	-.645	.786
7	-.275	.776	22	-.056	.772
8	.359	.746	23	.485	.739
9	.536	.736	24	-.701	.784
10	-.230	.794	25	.511	.747
11	.175	.756	26	.494	.737
12	.667	.722	27	.482	.744
13	-.546	.772	28	.494	.737
14	.503	.741	29	-.118	.778
15	-.461	.782	30	.197	.758

3. หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามด้านพฤติกรรม ด้านการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักทั้งฉบับ โดยค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาคือ .758

## ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ฉันพยายามอดอาหารหรือรับประทานอาหารน้อยที่สุดเพราะกลัวอ้วน	3.29	.454	ระดับปานกลาง
2. ฉันกินอาหารน้อยลงเหลือวันละ 1 – 2 มื้อเพราะกลัวอ้วน	3.41	.975	ระดับมาก
3. ฉันรับประทานอาหารเสริมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก	3.29	.454	ระดับปานกลาง
4. ฉันทานยาลดน้ำหนักเพื่อควบคุมให้น้ำหนักเป็นไปตามต้องการ	3.05	1.632	ระดับปานกลาง
5. ฉันงดเว้นอาหารบางประเภทเพราะเชื่อว่าทำให้อ้วน	3.03	.744	ระดับปานกลาง
6. เมื่อต้องไปพบปะผู้คนหรือเพื่อนต่างเพศในวาระโอกาสต่าง ๆ ฉันมักจะอดอาหารก่อนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง	3.67	.963	ระดับมาก
7. ฉันเคยใช้วิธีการลดความอ้วนแบบต่าง ๆ มาแล้ว เช่น การล้างคอให้อ้วก การกินยาถ่าย	3.82	.824	ระดับมาก
8. ฉันเข้าสถานลดน้ำหนักเพื่อใช้บริการในการควบคุมน้ำหนัก	4.10	1.205	ระดับมาก
9. ฉันมักจะเข้าฟิตเนสและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก	2.60	1.011	ระดับปานกลาง
10. ฉันหาผลรวมของแคลอรีในการซื้ออาหารหรือเครื่องดื่มเพื่อกินอยู่เสมอ	2.34	1.49	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวม	3.26	0.97	ระดับปานกลาง

## ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภค	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ฉันเป็นคนรับประทานอาหารตรงเวลา	3.00	.546	ระดับปานกลาง
2. ฉันมักรับประทานอาหารระหว่างมื้อหรือทานจุบจิบ	3.28	.811	ระดับปานกลาง
3. ฉันรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ เช่น ทานข้าวและกับโดยไม่มีผักผลไม้	3.78	.416	ระดับมาก
4. ฉันรับประทานอาหารจานด่วน	2.83	.764	ระดับปานกลาง
5. ฉันเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงหรือไม่มีประโยชน์เนื่องจากการตัดสินใจซื้อตามโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย	3.45	.759	ระดับมาก
6. ฉันมักดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้หรือน้ำหวานอื่น ๆ	2.41	1.006	ระดับปานกลาง
7. ฉันดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยวันละ 10 แก้ว	2.96	.537	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคโดยรวม	3.10	.61	ระดับปานกลาง

## ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ฉันออกกำลังกายด้วยความถี่เท่าใด เลือกบ่อยที่สุด เมื่อปฏิบัติทุกวัน เลือกบ่อย เมื่อปฏิบัติอาทิตย์ละ 2 - 3 ครั้ง เลือกปานกลาง เมื่อปฏิบัติอาทิตย์เว้นอาทิตย์ เลือกค่อนข้างน้อย เมื่อปฏิบัติเดือนละครั้ง เลือกน้อยที่สุด เมื่อแทบไม่ปฏิบัติเลย	3.03	1.180	ระดับปานกลาง
2. เมื่อฉันออกกำลังกายจะปฏิบัติต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไป	3.06	.716	ระดับปานกลาง
3. กีฬาที่ฉันเล่นเสมอ คือ กีฬาที่ต้องเล่นกลางแจ้งหรือใช้แรงเยอะ เช่น วายน้ำ ปั่นจักรยาน วิ่ง วอลเลย์บอล	3.12	.796	ระดับปานกลาง
4. กีฬาที่ฉันเล่นเสมอ คือ กีฬาที่ต้องเล่นในร่มหรือใช้แรงน้อย เช่น สนุกเกอร์ ครอสเวิร์ด ยิงปืน เปตอง กอล์ฟ	4.04	.695	ระดับมาก
5. ท่านมีวิธีออกกำลังกายที่แทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน การเดินแทนการใช้พาหนะ	3.52	1.11	ระดับมาก
พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวม	3.35	.89	ระดับปานกลาง

## ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ฉันคำนวณน้ำหนักอยู่เสมอเพื่อไม่ให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน	2.44	1.014	ระดับปานกลาง
2. ฉันรู้ว่าน้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะมีคนทักว่าอ้วนขึ้น	4.14	.610	ระดับมาก
3. ฉันรู้ว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดจากอะไรบ้างแต่ฉันก็ไม่ได้ทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน	3.29	.454	ระดับปานกลาง
การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยรวม	3.29	.69	ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การรับรู้ปัญหาสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ฉันคิดว่าคนทั่วไปที่น้ำหนักเกินมาตรฐานหรือคนอ้วนมักจะมีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ มากมาย	2.69	1.088	ระดับปานกลาง
2. ฉันพบว่าคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดฉันมีการเจ็บป่วยจากน้ำหนักที่เกินมาตรฐาน	2.70	.681	ระดับปานกลาง
3. ช่วงที่ฉันน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือน้ำหนักมากเกินไป ฉันรู้ว่าตัวเองเหนื่อยง่ายและปวดขา	2.69	1.088	ระดับปานกลาง
4. ฉันเคยดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์และสื่อต่าง ๆ เสมอว่าถ้าหากน้ำหนักเกินมาตรฐานจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันอุดตันเส้นเลือด	3.26	1.226	ระดับปานกลาง
5. ครอบครัวและคนรอบข้างฉันบอกฉันว่าอย่าปล่อยให้ น้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะจะไม่ดีต่อสุขภาพ	3.08	1.28	ระดับปานกลาง
การรับรู้ปัญหาสุขภาพโดยรวม	2.88	1.07	ระดับปานกลาง



## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวฐิติวรรณ อูปพงษ์
วันเดือนปีเกิด	5 กรกฎาคม 2524
สถานที่เกิด	195/2 ถนนชายโขง อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย รหัสไปรษณีย์ 42110
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	166/8 ปิยะรัตนศาสตร์ ถนนประชาสงเคราะห์ 28 ดินแดง ห้วยขวาง กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10310
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ธุรกิจส่วนตัว
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	195/2 ถนนชายโขง อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย รหัสไปรษณีย์ 42110
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535 – 2536	ประถมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนดรุณพิทยา
พ.ศ. 2537 – 2541	มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนสตรีวิทยา
พ.ศ. 2540 – 2541	เทียบเท่ามัธยมศึกษาตอนปลาย จากการศึกษานอกโรงเรียน อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย
พ.ศ. 2542 – 2545	ปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ เอกการสอนวิชาเฉพาะ ธุรกิจศึกษา จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2544 – 2545	ประกาศนียบัตร คณะบริหารธุรกิจ หลักสูตร Mini MBA in marketing รุ่นที่ 1 จากมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
พ.ศ. 2545 – 2551	ปริญญาตรี สาขาวิชารัฐศาสตร์ เอกทฤษฎีและเทคนิคทางรัฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2554	ปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ