

รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
สิงหาคม 2558

รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ

สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ



บทคัดย่อ
ของ
อมรา วิสูตรานุกูล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
สิงหาคม 2558

อมรา วิสูตรานุกูล. (2558). รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ. ปริญญาโท ปร.ด. (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้.

การศึกษาแบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำแนกตามเพศและคณะที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่ศึกษาที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร จำนวน 438 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซี มอร์แกน (Krejcie; & Morgan) และเลือกตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Independent Samples t – test และ One Way Analysis of Variance ผลการวิจัยพบว่า

1. ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อของนิสิตหญิงมีความฉลาดมากกว่านิสิตชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 จำแนกตามคณะที่ศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจไม่แตกต่างกัน

ระยะที่ 2 การวิจัยและพัฒนา ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) ได้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก นำไปใช้ทดลองใน ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) ในระยะที่ 1 และ 2 มาทดลอง

ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 33 คน รูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเอง ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก หลังการอบรม ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการกำกับตนเองโดยตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระยะเวลา 3 เดือน ให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงก่อนและหลังการทดลอง สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน รวมทั้งด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ด้าน สำหรับค่าดัชนีมวลกายของนิสิต พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินกระทำโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One Way ANOVA with Repeated Measures พบว่า นิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพว่า มีความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ สามารถทำให้นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายดีขึ้น รวมทั้งมีค่าดัชนีมวลกายลดลง จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้

WEIGHT CONTROL MODEL OF OVERWEIGHT UNDERGRADUATE STUDENTS AT
SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY BY APPLYING SELF – REGULATION
CONCEPT AND HEALTH LITERACY



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Program in Sport Science and Health
at Srinakharinwirot University

August 2015

Ammara Visuttranukoon. (2015). *Weight Control Model of Overweight Undergraduate Students at Srinakharinwirot University by Applying Self – Regulation Concept and Health Literacy*. Dissertation, Ph.D. (Sport Science and Health). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr.Pornsuk Hunnirun, Asst. Prof. Dr.Songpol Tornee.

The study were devised into 4 phases of the research:

Phase 1

This study was a survey research aimed to study health literacy of overweight 1st year undergraduate students at Srinakharinwirot University and compared by gender and faculty. The samples of 438 cases were drawn from Krejcie and Morgan and accidentally sampling. Health literacy overweight questionnaires were used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and statistical used in hypothesis testing include independent sample t – test and One way analysis of variance.

The results of the study were as follows:

1. Health literacy of overweight 1st year undergraduate students in the dimensions of the access to information and health service and media literacy of undergraduate students, women were more intelligent than men significantly statistical level 0.05. Parts in knowledge ,communication skill, decision making skill and self management were no different.
2. Health literacy of overweight 1st year undergraduate students classified by faculty knowledge, access to information and health service, self - management and media literacy were significantly different at 0.05 level. Parts in communication skill, decision making skill were no different.

Phase 2

Research and Development with Participatory Action Research by application of AIC (Appreciation Influence Control) to model of weight control applied in phase 3.

Phase 3

The objective of this research was to study the result of weight control of overweight undergraduate students at Srinakharinwirot University by applying self - regulation concept and health literacy.

The researcher developed the weight control model of undergraduate students at Srinakharinwirot University by using research and development together with participatory action research by application of AIC (Appreciation-Influence-Control) in phase 1 and 2 and

then applied to the samples. The 33 undergraduate students with over 23 Kg/m² BMI were selected by purposive sampling. The trial model of weight control consisted of learning of self regulation technique, health literacy technique and dietary habits and exercise for weight control. After applying the model, the samples regulated themselves by setting goal of weight control, adjusted dietary habits and exercise. The dietary habits and exercise were recorded in 3 months. The data of weight and height of the samples were recorded before and after intervention. Questionnaires of Health literacy of overweight, dietary habits, exercise and activities were used to collect the data. Percentage, mean, standard deviation and dependent t – test were used for data analysis.

Results: The results showed that, after the intervention, the samples had 4 aspects i.e., 1) the accessibility to information and health service, 2) communication skills, 3) self management skills and 4) media literacy changed more positively than before applying the intervention with statistically significant difference at .05 level. The mean of knowledge and understanding of health and overweight prevention including decision making skill for health were increased but no significant different than before. The BMI decreased statistically significant difference at .01 level. The weight control behaviors of dietary habits, exercise behaviors and physical activity was better than before with statistically significant difference at .01 and .05 respectively.

Phase 4

Evaluation weight control model of Srinakharinwirot University undergraduate overweight student base on Participatory Evaluation. Quantitative data analysis to study the effectiveness of weight control for Srinakharinwirot University undergraduate overweight students by comparing the change in body weight, BMI, waist circumference, health literacy on overweight. Dietary behaviors and exercise and physical activity by using One way ANOVA with Repeated measures.

Results: Srinakharinwirot University undergraduate overweight students have weight control behaviors improved significantly statistical at level 0.5 and opinions of the weight control by applying the concept of self – regulation with health literacy model that appropriate a high level.

Conclusion: Weight control model of overweight undergraduate students at Srinakharinwirot University by applying self - regulation concept and health literacy could increase the Health literacy of overweight, dietary habits and exercise behaviors of the samples, and decrease the BMI of the samples.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ
ของ
อมรา วิสูตรานุกุล

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่ เดือน พ.ศ. 2558

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนรินทร์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อئی) (รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนรินทร์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อئی)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นรินทร์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำ งานวิจัยนี้ทุกขั้นตอนและเป็นแบบฉบับของอาจารย์ที่ทุ่มเทให้กับศิษย์และงานวิชาการอย่างมุ่งมั่นเต็มที่ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุภาพร วรรณสันทัด อาจารย์ ดร.อนงค์ หาญสกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรธนเศรษฐ์สิน กรรมการสอบเค้าโครงปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล อาจารย์ ดร.อิทธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล อาจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา จำปามูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริมนต์ ชายเกตุ อาจารย์ ดร. อัจฉรา ประเสริฐสิน และ อาจารย์ ดร.ปิยพงษ์ คล้ายคลึง ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการทำปริญญานิพนธ์ อาจารย์ นุชรี เสนาคำ อาจารย์ ดร.วิฑิต มิตรานันท์ และ คุณนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร วิทยากรบรรยาย ในการดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้ อาจารย์ ดร.กาญจนา ตระกูลวรกุล ช่วยจัดรูปแบบคู่มือการควบคุมน้ำหนัก รองศาสตราจารย์ วัฒนา สุทธิพันธ์ และอาจารย์วสันต์ ยงศรีปัญญาฤทธิ์ ช่วยตรวจทานรูปแบบ รวมทั้งกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย ในการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ)

ท้ายสุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่ พี่ น้อง ครอบครัวและเพื่อนๆ ทุกคนที่ให้อำลัใจที่ดีเยี่ยม ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย

อมรา วิสูตรานุกุล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย	3
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	4
กลุ่มตัวอย่าง	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
สมมติฐานในการวิจัย	6
2 ทบทวนวรรณกรรม	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) ในวัยรุ่น	8
สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินของประเทศไทย	8
ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight)	9
สาเหตุและปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่น	11
ผลกระทบและปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน	12
แนวทางการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่น	14
การปฏิบัติตนในการลดน้ำหนัก	14
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกำกับตนเอง	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเอง	16
ความหมายของการกำกับตนเอง (Self-regulation)	18
กระบวนการการกำกับตนเอง (Self-regulation)	19
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ	21
ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ	21
การวิจัยและพัฒนา	23
ความหมาย และลักษณะของการวิจัยและพัฒนา	23
การออกแบบวิจัยและพัฒนา	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
แนวทางการปฏิบัติในการออกแบบวิจัยและพัฒนา	24
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)	26
ระยะก่อนการทำวิจัย	26
ระยะของการวางแผนและวิจัยชุมชน	27
ระยะการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาดตามโจทย์การวิจัย	29
ระยะการนำแผนการไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา	29
ระยะติดตามและประเมินผลและสรุปบทเรียนและองค์ความรู้จากการปฏิบัติงาน	30
เทคนิค AIC เป็นการระดมพลังสร้างสรรค์ “เอ ไอ ซี” (Appreciation – Influence - Control : AIC)	30
แนวคิดของ AIC	30
ระยะดำเนินการ AIC	31
ขั้นตอนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
งานวิจัยในประเทศ	35
งานวิจัยต่างประเทศ	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่	43
ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนัของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	43
ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	43
ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนัของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	43
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	50
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	51
4 ผลการวิจัย	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ของพื้นที่	52
ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร้านของนิสิตมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ	63
ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักร้านของนิสิตมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ	72
ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร้านของนิสิตมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ	85
5 อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ	96
อภิปรายผล	96
สรุปผลการวิจัย	106
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	106
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับมหาวิทยาลัยในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	106
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก	115
ภาคผนวก ข	119
ภาคผนวก ค	132
ภาคผนวก ง	151

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก จ	155
ประวัติย่อผู้วิจัย	166



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย ภาวะน้ำหนักเกิน ค่าเฉลี่ยระดับคอเรสเตอรอล และน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พ.ศ. 2534 – 2552	9
2 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของ ประชากรเอเชีย	10
3 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	54
4 ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	58
5 การทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของ นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำแนกตามเพศ	59
6 การทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของ นิสิตระดับปริญญาตรี จำแนกตามคณะที่ศึกษา	60
7 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	76
8 เปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินรายด้าน ของนิสิตก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมการใช้รูปแบบควบคุมน้ำหนัก	82
9 เปรียบเทียบพฤติกรรมรายด้านของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้รูปแบบการควบคุม น้ำหนัก	83
10 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้ รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	83
11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของ นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	84
12 เปรียบเทียบน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3	84
13 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคูนน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและ เส้นรอบเอวของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	85
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	86

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 เปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3	87
16 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	88
17 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3	88
18 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3	89
19 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	89
20 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเองของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	90
21 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	90
22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	91
23 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3	91
24 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3	92

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
25	ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรุ่นของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ (n = 33)	92
26	ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรุ่นของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ (n = 33)	93
27	ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรุ่นของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (n = 33)	94
28	ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรุ่นของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ (n = 33)	94
29	ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรุ่นของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก (n = 33)	95

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 การดำเนินการวิจัย	42
3 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ	47
4 ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	49
5 รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	71



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประชากรโลก ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสร้างผลกระทบทางสุขภาพมากมาย ทั้งผลกระทบเฉียบพลัน และปัญหาเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีการประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 42 ของโรคมะเร็ง เกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วนในประเทศไทย ภาวะน้ำหนักเกินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 20,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547 ภาวะน้ำหนักเกินจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสองในประชากรหญิงไทย และอันดับหกในประชากรชาย โดยก่อภาระโรคคิดเป็นประมาณร้อยละ 6 และร้อยละ 2 ของภาระโรคทั้งหมดตามลำดับ รวมทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 390,000 ปี ประเทศไทยต้องประสบกับสถานการณ์ที่ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทวีรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้ปีสุขภาวะลดลง จากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประชากรไทยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2552 ทั้งในประชากรชายและหญิง ในทางตรงกันข้าม ภาวะน้ำหนักน้อยที่เคยพบเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในปี พ.ศ. 2534 ได้ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2546 แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของประชากรไทยมีลักษณะเปลี่ยนไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งสังคม (collective change) ดังแสดงให้เห็นจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นจาก 7.7 เป็น 28.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในชายไทย และ จาก 15.7 เป็น 40.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในหญิงไทย ในระยะเวลาไม่ถึงยี่สิบปี (ลัดดา เหมาะสุวรรณ. 2551: 121 – 123)

โรคอ้วนเป็นประเด็นระดับโลกซึ่งหลายประเทศกำลังเผชิญร่วมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายที่สูงและการมีคุณภาพชีวิตต่ำของประชากรโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอ้วนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 อันจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (ลัดดา เหมาะสุวรรณ. 2551: 51)

จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 2008 ประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป 1.5 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยผู้ชายมากกว่า 200 ล้านคน และผู้หญิงเกือบ 300 ล้านคน เป็นโรคอ้วน กล่าวคือมากกว่า 1 ใน 10 ของประชากรโลกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นโรคอ้วนและคาดว่า ปีค.ศ. 2010 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 43 ล้านคน ทั่วโลกจะมีภาวะน้ำหนักเกิน โดย 35 ล้านคน อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป จะเสียชีวิตจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างน้อย 2.8

ล้านคนปี อีกทั้งพบว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญลำดับที่ 5 ของสาเหตุการตายของประชากรโลกและเกิดโรคเรื้อรังโดยร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ และร้อยละ 7 – 41 ของผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึมที่มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหานี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีเศรษฐกิจดี แต่ปัจจุบันแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเขตเมือง (WHO. 2012: *Fact sheet N 311*)

สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยตั้งแต่ครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2534) ถึง ครั้งที่ 4 (ปี พ.ศ. 2551 – 2552) พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของประชากรไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ กลุ่มประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2534) อยู่ที่ร้อยละ 18.2 ครั้งที่ 2 (ปี พ.ศ. 2540) อยู่ที่ร้อยละ 24.1 ครั้งที่ 3 (ปี พ.ศ. 2547) อยู่ที่ร้อยละ 28.1 ครั้งที่ 4 (ปี พ.ศ. 2551 – 2552) ในผู้ชายร้อยละ 28.4 (สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ที่ร้อยละ 28.3) นอกจากนี้ ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายร้อยละ 28.3 และเพศหญิงร้อยละ 40.7 จัดว่าอ้วน โดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 เส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 79.9 และ 79.1 เซนติเมตร ตามลำดับ (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552: 127 – 128)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการทดสอบสมรรถภาพทางกายของนิสิตชั้นปีที่ 1 หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ และหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ตามโครงการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 และ 2 ของภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีการศึกษา 2553 จำนวน 92 คน พบว่า นิสิตที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานและภาวะอ้วน จำนวน 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.57 มีระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันตั้งแต่ระดับมากจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 19.57 และระดับเปอร์เซ็นต์ไขมัน ระดับมากเกินไป จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 28.26 (สุธีรา เมืองนาโพธิ์ และคณะ. 2554) และการสำรวจค่าดัชนีมวลกายนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 400 คน พบ ค่าดัชนีมวลกายเกิน 23 จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 วัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญของช่วงชีวิตมนุษย์ เป็นวัยที่มีความสับสนในจิตใจมากกว่าวัยอื่นๆ ที่พร้อมจะก้าวข้ามเป็นวัยผู้ใหญ่ การค้นหาตนเองเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 – 21 ปี ถือว่า เป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งด้านพัฒนาการทางอารมณ์ พัฒนาการทางด้านสังคมที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง กินอาหารมากเกินความต้องการ ประกอบกับการปรับตัวด้านการเรียนที่ส่งผลให้ขาดการออกกำลังกาย ทำให้นิสิตมีภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อัตราความชุกของความผิดปกติในการลดน้ำหนักของวัยรุ่นในสถานศึกษาต่างๆ พบว่า มีถึงร้อยละ 40.5 – 42.7 ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องเช่นการอดอาหาร การล้วงคออาเจียน กินยาระบายหรือ

ยาลดความอ้วน ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก (สมชาย พลอยเลื่อมแสง. 2547: 32) นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดต่อจิตใจและสังคม ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจ มีปัญหา ด้านอารมณ์เก็บกด แยกตัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นผลให้เกิดความตื่นตัวในการควบคุม น้ำหนักมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มนิสิต นักศึกษามีพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักแตกต่างกันออกไป เพื่อให้ ตนเองมีรูปร่างดี ตามค่านิยมสมัยใหม่ของวัยรุ่น บางคนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องจากธุรกิจโฆษณา ด้านการลดน้ำหนักและผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือยาต่างๆ ที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพตามมา จากการควบคุมน้ำหนักที่ไม่ถูกวิธี ภาวะน้ำหนักเกินสามารถแก้ไขได้ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ การสื่อสาร ความฉลาดในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจ รู้จักคิด วิเคราะห์มีวิจารณญาณในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ตลอดจน การดูแลสุขภาพจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมเพื่อหารูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสม โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองและการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน เพื่อ สร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่มุ่งเน้นให้ กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมกับตัวเอง มีการตั้งเป้าหมาย สังเกตตนเอง การตัดสินใจตลอดจนแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง จะนำไปสู่การมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินในนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นอย่างไร
3. ผลการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ เป็นอย่างไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ความสำคัญของการวิจัย

ได้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มี ภาวะน้ำหนักเกินที่เหมาะสม โดยนำไปใช้กับวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ปีการศึกษา 2556

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2556 จำนวน 1,851 คน ศึกษาที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (มีค่า BMI เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิต ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยและพัฒนาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง และความฉลาดทางสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย น้ำหนักของนิสิต พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนิสิต ความฉลาดทางสุขภาพ และเส้นรอบเอว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะน้ำหนักเกิน (Over weight) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับส่วนสูงโดยมีค่ามาตรฐานที่ใช้บ่งบอกภาวะน้ำหนักของร่างกายคือค่าดัชนีมวลกาย สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจะมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับคนไทย
2. น้ำหนักของนิสิต หมายถึง การประเมินน้ำหนักของนิสิต โดยการชั่งน้ำหนักโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐาน และบันทึกน้ำหนักโดยใช้หน่วยเป็นกิโลกรัม โดยให้นิสิตที่เข้าร่วมโครงการชั่งน้ำหนักของตนเองและจดบันทึกทุกวัน
3. เส้นรอบเอว หมายถึง การวัดเส้นรอบเอวของนิสิต โดยใช้สายวัด และบันทึกการรอบเอวโดยใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร ให้นิสิตที่เข้าร่วมโครงการได้วัดรอบเอวของตนเองและจดบันทึกทุกสัปดาห์
4. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนิสิต หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของนิสิตที่จะสามารถส่งผลต่อน้ำหนักของนิสิต ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะประเมินโดยใช้แบบทดสอบที่มีการประยุกต์ใช้จากแบบทดสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

5. งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC หมายถึง การวิจัยเพื่อพัฒนา และเป็นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชน โดยผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิก เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาการหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนการดำเนินงานและการประเมินผล เพื่อให้ผลของการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

6. การกำกับตนเอง (Self – regulation concept) หมายถึง กระบวนการที่นิสิตร่วมกันตั้งเป้าหมายและหาวิธีการในการควบคุมน้ำหนัก ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

7. ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตที่ส่งผลให้นิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักดีขึ้น น้ำหนักลดลงและเส้นรอบเอวลดลง

8. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ในที่นี้หมายถึง ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

9. ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักก่อนจะนำไปสู่การวิเคราะห์ การประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและพฤติกรรมสุขภาพ

10. ทักษะความรู้ความเข้าใจ หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ ตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต

11. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้นและการคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ ตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

12. ทักษะการสื่อสารข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ต่อรองและรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ ความถูกต้อง ตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม

13. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการคิด วิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่

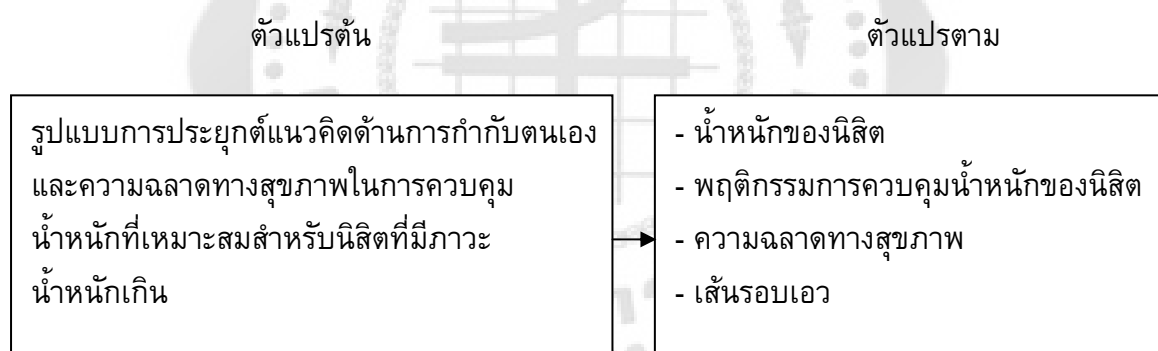
14. ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการลดน้ำหนัก

15. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคล ในการใช้ทักษะในการคิดทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอและสามารถตีความเนื้อหา นัยยะที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมิน ตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อเสนอได้

16. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในที่นี้ หมายถึง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เท่านั้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ได้กำหนดสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้น

2. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้น

3. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร่างของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีน้ำหนักลดลง
4. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร่างของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีเส้นรอบเอวลดลง



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) ในวัยรุ่น
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ
4. การวิจัยและพัฒนา
5. งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
6. เทคนิคเอไอซี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) ในวัยรุ่น

1.1 สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินของประเทศไทย

ประเทศไทยต้องประสบกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเมตาบอลิก และโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้สุขภาพลดลง จากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประชากรไทยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2552 ทั้งในประชากรชายและหญิง ในทางตรงกันข้าม ภาวะน้ำหนักน้อยที่เคยพบเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในปี พ.ศ. 2534 ได้ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2546 แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของประชากรไทยมีลักษณะเปลี่ยนไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งสังคม (Collective change) ดังแสดงให้เห็นจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นจาก 7.7 เป็น 28.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในชายไทย และ จาก 15.7 เป็น 40.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในหญิงไทย ในระยะเวลาไม่ถึงยี่สิบปี

ตาราง 1 แสดงความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย ภาวะน้ำหนักเกิน ค่าเฉลี่ยระดับคอเรสเตอรอล และ น้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พ.ศ. 2534 – 2552

รายการ	ปีที่ทำการสำรวจ			
	สำรวจครั้งที่ 1	สำรวจครั้งที่ 2	สำรวจครั้งที่ 3	สำรวจครั้งที่ 4
	2534 – 2535	2539 – 2540	2546 – 2547	2551 – 2552
	กลุ่มตัวอย่าง			
	20 ปีขึ้นไป	13 – 59 ปี	15 ปีขึ้นไป	15 ปีขึ้นไป
ภาวะน้ำหนักน้อย (%)	ชาย 56.9	32.4	11.6	9.4
(BMI <18.5 กก./ตร.เมตร)	หญิง 41.0	26.1	9.6	7
ภาวะน้ำหนักเกิน (%)	ชาย 7.7	13.2	22.5	28.3
(BMI ≥ 25 กก./ตร.เมตร)	หญิง 15.7	25.0	34.4	40.7
ค่าเฉลี่ยระดับคอเรสเตอรอล (mg/dl)	189	198	207	204
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	87	92	100	89.1
ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	22.8	23.8	24.8	23.8

ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 1 – 4 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปีพ.ศ. 2551 – 2552

1.2 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight)

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากเกินไปทำให้เสียสุขภาพ (WHO. 2012)

ภาวะน้ำหนักเกิน (Over-Weight) คือ สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่ามาตรฐานที่ใช้บ่งบอกภาวะน้ำหนักของร่างกาย คือ ค่า BMI (Body Mass Index) หรือที่เรียกว่า ค่าดัชนีมวลกาย คนที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน จะมีค่า BMI มากกว่า 23 (สำหรับคนไทย) (WHO. 2012)

การหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

องค์การอนามัยโลกได้มีการแบ่งเกณฑ์ค่าระดับดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.เมตร แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน และค่าดัชนีมวลกายที่ 30 กก./ตร.เมตร หมายถึง อ้วน สำหรับประชากร ใน

เอเชีย มีข้อเสนอจุดตัดในการแบ่งกลุ่ม โดยที่ค่าดัชนีมวลกายที่ 23 กก./ตร.เมตร หมายถึง ภาวะน้ำหนักเกินและค่าดัชนีมวลกายที่ 25 กก./ตร.เมตร แสดงว่า อ้วน (ข้อมูลตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของประชากรเอเชีย

ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.เมตร)		
กลุ่ม	เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1998)	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 – 24.99	18.5 - 22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25	≥ 23
pre-obese	25 – 29.99	เสี่ยง (at risk) 23 - 24.99
อ้วนระดับ 1	30 - < 34.99	25 – 29.99
อ้วนระดับ 2	35 - < 39.99	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	-

เส้นรอบเอว (Waist Circumference) เป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอว ด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอวระหว่างขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนของ iliac crest ให้สายรอบเอวแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น ซึ่งภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง

จากผลการสำรวจ พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 23.1 กก./ตร.เมตร ในผู้ชายและ 24.4 กก./ตร.เมตร ในผู้หญิง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นตามอายุ จนมีค่าสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 – 59 ปี หลังอายุ 60 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายลดลง และต่ำสุดเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายตามภาค พบว่า ผู้ชายและผู้หญิงในกรุงเทพฯ มีดัชนีมวลกายสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง

ศิริเกษม ศิริลักษณ์ (2555: ออนไลน์) วิจัยเรื่อง ความชุกภาวะน้ำหนักเกินโรคอ้วนและความดันโลหิตสูงในนิสิตมหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2555 โดยหาสาเหตุและความเสี่ยงของโรคต่างๆ พบว่า นิสิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 5,588 คน แยกเป็นเพศชาย 1,762 คน และเพศหญิง 3,826 คน อายุเฉลี่ย 18 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือดัชนีมวลกายอยู่ที่ 25 – 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 475 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และมีนิสิตที่เป็นโรคอ้วน หรือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนค่าความดันโลหิต พบนิสิตที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ คือ กลุ่มที่มีค่าความดันซิสโตลิก (ตัวบน) มากกว่า 120 แต่ไม่เกิน 140 หรือมีค่าความดันไดแอสโตลิก (ตัวล่าง)

มากกว่า 80 แต่ไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท มีจำนวนมากถึง 2,487 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 และนิสิตที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท พบจำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ทั้งนี้ยังพบว่า เพศชายจะเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิงถึง 4.75 เท่า และผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 11.74 เท่า

1.3 สาเหตุและปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่น

สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คือ การควบคุมพลังงาน (Energy regulation) ที่ขาดความสมดุลระหว่างการรับและใช้พลังงาน (Energy intake และ energy expenditure) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค มีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ไขมัน น้ำตาล น้ำอัดลม ขนมหวาน และขนมกรุบกรอบ พฤติกรรมการใช้พลังงาน มีวิถีชีวิตที่ใช้พลังงานน้อยเพิ่มขึ้น เช่น การชมโทรทัศน์ การใช้คอมพิวเตอร์ และการใช้ยานพาหนะ ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม อัตราเมตาโบลิซึมพื้นฐาน (Basal metabolic rate) และความแตกต่างในการตอบสนองต่อสารอาหาร ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ค่านิยมของสังคมต่อวิถีชีวิต และพฤติกรรมของอุตสาหกรรมอาหาร ปัจจัยเหล่านี้ มีองค์ประกอบที่ทั้งปรับเปลี่ยนได้ ปรับเปลี่ยนได้ยาก และปรับเปลี่ยนไม่ได้

วรรณภา เล็กอุทัย ลีลี อิงศรีสว่าง เนติ สุขสมบูรณ์ และ ยศ ตริวิฒนานนท์ (2554: 303) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่า มีน้ำหนักเกินร้อยละ 29 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 64 ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ รายได้ครอบครัว การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด ที่อยู่อาศัย ความเต็มใจจ่ายในการรักษาโรคอ้วนและเพศ

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2556: ออนไลน์) ได้กล่าวถึง สาเหตุของน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนที่พบบ่อย คือ กินอาหารเกินความต้องการของร่างกายทั้งประเภทของอาหาร (อาหารแป้ง ไขมัน และอาหารไขมันต่ำ) และปริมาณอาหาร ร่วมกับ ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม และขาดการเคลื่อนไหวร่างกายจากสภาพการทำงาน และการมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น ดิตโทรทัศน์ ดิตเกมส์ หรือ ดิตคอมพิวเตอร์ นอกจากนั้น ที่พบเป็นสาเหตุได้บ้างเป็นส่วนน้อย คือ จากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้ร่างกายสะสมไขมันได้สูง โรคเกี่ยวกับฮอร์โมน เช่น โรคเนื้องอกต่อมไธสมอน หรือโรคต่อมไทรอยด์ทำงานพร่อง/ต่ำ การกินยาบางชนิด ซึ่งมีผลข้างเคียงกระตุ้นให้อยากอาหาร เช่น ยากันชัก หรือยารักษาโรคทางจิตเวช การผ่อนคลายความเครียดด้วยการกินคนท้อง ซึ่งกินมากในช่วงตั้งครรภ์และเมื่อคลอดแล้วไม่สามารถลดน้ำหนักได้ ในผู้สูงอายุ เพราะเคลื่อนไหวได้ช้า และมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และมีบางการศึกษาพบว่าการอดนอนเสมอ (นอนวันละ 5 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า) ทั้งนี้เพราะในขณะนอนหลับร่างกายจะสร้างฮอร์โมนเพื่อลดการอยากอาหาร (ฮอร์โมนเลปติน/Leptin) และฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นการใช้พลังงานของร่างกาย

(ฮอโมนอินซูลิน/Insulin)

1.4 ผลกระทบและปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรเกิน

ไพบูลย์ พิทยาเรียรอนันต์ (2554: 287) ศึกษาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน ในประเทศไทย ปี 2552 โดยคำนวณสัดส่วนของการเกิดโรคต่างๆ จากภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน จากข้อมูลความชุกของภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน ในประชากรไทย และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) นำสัดส่วนที่ได้คูณกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรคที่มีสาเหตุจากภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จากภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนมีมูลค่า 5,580.80 ล้านบาท โดยจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.40 ล้านบาท และแผนกผู้ป่วยใน 4,733.40 ล้านบาท

1.4.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางกาย ได้แก่ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. 2550: 52 – 59)

1.4.1.1 โรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย รวมทั้งระดับไขมันในเลือดที่สูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นไม่ได้เต็มที่ หรือหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งอันตรายถึงชีวิตได้

1.4.1.2 โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเกิดจากการสะสมของไขมันในเซลล์ไขมันมากขึ้น ความไวในการตอบสนองต่อการกระตุ้นของอินซูลินน้อยลง ร่างกายต้องใช้อินซูลินมากขึ้นทำให้เบต้าเซลล์ต้องทำงานมากกว่าปกติ เมื่อเกิดขึ้นนานๆ เบต้าเซลล์จะเสื่อมสมรรถภาพและตาย ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคเมรั้งบางชนิด

1.4.1.3 โรคกระดูกและข้อจากการแบกรับน้ำหนักตัวที่มากเกินไปตลอดเวลา ทำให้กระดูกอ่อนที่บู่อยู่ถูกทำลาย ปลายกระดูกเสียดสีกัน ทำให้มีอาการปวดข้อและข้อเสื่อมในที่สุด

1.4.1.4 โรคนี้ในถุงน้ำดีจากภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักรเกินโดยเฉพาะโคเลสเตอรอลที่ถูกทำลายโดยน้ำดี ถ้ามีมากเกินไป ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำลายได้หมด บางส่วนตกตะกอนเป็นนิ่วในถุงน้ำดีจากการเคลื่อนไหวของถุงน้ำดีน้อย ทำให้ถุงน้ำดีเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย นำมาสู่โอกาสของการเกิดโรคเมรั้งของถุงน้ำดีต่อไป

1.4.1.5 มีการสะสมของไขมันและแทรกเข้าไปในเนื้อตับทำให้ตับสูญเสียหน้าที่

1.4.1.6 ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ พบว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักรเกิน มักมีอาการร่งวงซึมหลับง่าย หายใจบ่อยครั้งกว่าคนปกติซึ่งเกิดจากการทำงานของปอดถูกขัดขวางจากไขมันในช่องท้องและบริเวณกระบังลมทำให้ไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจนและบางครั้งเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

1.4.1.7 โรคของไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ และโรคผิวหนัง

1.4.1.8 ผลกระทบทางจิตใจโดยเฉพาะในสังคมที่เน้นเรื่องร่างกายที่ผอมบาง ว่าดูดีเป็นผลทำให้สตรีที่อ้วนมักถูกล้อเลียนและขานานาม ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าและแบ่งแยกจากสังคม และเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง

1.4.1.9 ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้มีภาวะน้ำหนักเกินต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย และการตายก่อนกำหนด ซึ่งมีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ค่าใช้จ่ายในการให้บริการของแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเนื่องจากการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านได้ ทำให้ขาดรายได้ต้องเสียเงินค่าจ้างให้คนอื่นมาทำแทน ในสถานที่ทำงานบางแห่งคนงานที่มีน้ำหนักเกินถูกจ้างงานในอัตราเงินเดือนที่ต่ำกว่าได้เงื่อนไขกฎเกณฑ์ต่างๆ เช่น คนที่ไม่สามารถลดน้ำหนักลงได้ อาจถูกเลิกจ้างงาน

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน สังกัดกรมอนามัย (ส่วนกลาง) 15 หน่วย ประกอบด้วยข้าราชการและลูกจ้างชาย 287 คน หญิง 672 คน อายุระหว่าง 20 – 60 ปี ศึกษาโดยใช้การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI : BODY MASS INDEX) พบว่า ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานร้อยละ 15 ภาวะโภชนาการมาตรฐานร้อยละ 50 และภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 34 และได้สุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติให้มีจำนวนเท่ากับกลุ่มภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน โดยใช้ตารางเลขสุ่ม สุ่มให้สอดคล้องกันในเรื่องกลุ่มอายุ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจากข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ ตรวจหาระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกลูโคสในเลือดโดยเจาะเลือดปลายนิ้ว พบว่า กลุ่มปกติมีความรู้ทางโภชนาการสูงกว่ากลุ่มโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคไม่มีความแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนและอายุ พบว่า อายุมากขึ้นมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้น เพศชายเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ ลูกจ้างเป็นโรคอ้วนมากกว่าข้าราชการ และผลการเจาะเลือดปลายนิ้ว พบว่า ระดับ ไตรกลีเซอไรด์ ของกลุ่มโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สูงกว่ามาตรฐาน (ค่าเฉลี่ยของไตรกลีเซอไรด์ ในกลุ่มโรคอ้วน 129.5, 84.22 และในกลุ่มปกติ 102.29, 56.01 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร) ส่วนปริมาณ คอเลสเตอรอล และกลูโคส ในเลือดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่า คอเลสเตอรอลของทั้งสองกลุ่มมีค่าสูงกว่ามาตรฐาน (ค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอล ในกลุ่มโรคอ้วน 218.00, 40.23 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร และในกลุ่มปกติ 220.88, 37.01 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร) และพบว่า กลูโคส ในเลือดของกลุ่มโรคอ้วน มีค่า 88.35, 30.76 และในกลุ่มปกติ 84.13, 29.50 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร

โดยสรุป ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดปัญหาต่างๆ คือ เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องภาพลักษณ์ การเข้าสังคมและส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจสังคมของประเทศที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป จากผลกระทบและปัญหาที่เกิดขึ้น จึงควรที่จะหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน

การควบคุมน้ำหนักหรือการลดน้ำหนักเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพราะจะทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา ซึ่งการควบคุมน้ำหนักนั้น ทำได้หลายวิธี เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมการบริโภค การปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การใช้ยา

และการผ่าตัด แต่วิธีการลดน้ำหนักที่ถูกต้องและยั่งยืนที่สุด คือ การควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดและได้ผลดีที่สุด มีความคุ้มค่ามากกว่าการใช้ยา เพราะทำให้น้ำหนักที่ลดลงนั้นคงอยู่ได้นาน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2549: 1)

1.5 แนวทางการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่น

การลดน้ำหนักหรือความอ้วน หมายถึง การลดไขมันที่สะสมอยู่ในร่างกาย ไม่ใช่ลดอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้อยู่เป็นประจำ นอกจากไขมันและคาร์โบไฮเดรตนั้นคือ ให้ร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารน้อยกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ในแต่ละวัน ซึ่งอาจให้เรียกว่าการลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติหรือควบคุมน้ำหนักของร่างกายให้ปกติไว้ ฉะนั้นการป้องกันและลดน้ำหนักคือ การรับประทานให้พอเหมาะกับการใช้พลังงานของร่างกายในแต่ละวัน และลดไขมันที่สะสมอยู่ในร่างกาย และอาศัยการออกกำลังกายควบคู่กันไป

ในการควบคุมน้ำหนักหรือการลดน้ำหนักควรมีการปฏิบัติ ดังนี้ (อรณี ตั้งเผ่า. 2542: 57 – 64)

1.5.1 วิธีการเตรียมพร้อมในการลดน้ำหนัก มีดังนี้

1.5.1.1 การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ ต้องมีความตั้งใจแน่วแน่ ที่จะลดน้ำหนัก การที่จะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหน อยู่ที่จิตใจแน่วแน่มั่นคง ของผู้ลดน้ำหนัก สิ่งอื่นๆ ภายนอก นั้นล้วนเป็นส่วนประกอบเท่านั้น

1.5.1.2 การสร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนักให้ผู้ลดน้ำหนักคำนึงถึงรูปร่างที่ดี สุขภาพที่ดี เมื่อลดน้ำหนักได้สำเร็จ

1.5.1.3 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อความสำเร็จที่ละน้อย การลดน้ำหนักที่ปลอดภัย คือ การลดน้ำหนักลงได้ สัปดาห์ละ 0.5 – 1.5 กิโลกรัม

1.5.1.4 บันทึกพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร บันทึกประเภทของอาหาร ปริมาณ เวลา สถานที่และเหตุผลที่รับประทาน เพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารของเรา

1.5.1.5 บันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน บันทึกการออกกำลังกาย และการพักผ่อน เช่น การนอน การนั่ง การทำงานที่ทำงาน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย 30 นาที ขึ้นไป

1.6 การปฏิบัติตนในการลดน้ำหนัก

1.6.1 การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารถือเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการลดน้ำหนัก เป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ในความสำเร็จหรือล้มเหลวของการลดน้ำหนัก ดังนั้นผู้ที่เริ่มพยายามลดน้ำหนัก ควรเริ่มต้นจากการควบคุมอาหารก่อน ดังนี้

1.6.1.1 การรับประทานสูตรโปรตีนสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ ใช้หลักการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ รับประทานได้ไม่จำกัด แต่จำกัดอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต คือ ข้าว แป้ง ขนมปัง น้ำตาล ผัก ผลไม้และนม อาหารของแต่ละสูตรจะมีปริมาณ ประเภทคาร์โบไฮเดรตแตกต่างกันบ้าง เนื่องจากการจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรต ทำให้อวัยวะมีกลูโคสที่จะเผาผลาญเป็นพลังงาน

น้อยลง ร่างกายจึงสลายกล้ามเนื้อและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน การสลายไขมัน ทำให้เกิดการดัดไขมันในเลือดสูงขึ้นและเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นกรดคีโตน สารคีโตนที่คั่งอยู่ในกระแสเลือดจะยับยั้งความอยากอาหาร จึงทำให้รับประทานอาหารน้อยลง และมีการขับน้ำและโซเดียมทางปัสสาวะมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลงได้มาก ถ้าสารคีโตนคั่งมากๆ จะเกิดผล เช่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ลมหายใจมีกลิ่นของสารคีโตน จากการวิจัย ปรากฏว่า สูตรที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ โดยรวมจะสามารถลดน้ำหนักได้มากกว่าในระยะเวลานั้นๆ แต่ผลระยะยาวจะปลอดภัยหรือไม่ คงต้องติดตามผลการวิจัยต่อไป สิ่งที่เราสรุปได้ในตอนนี้คือ ไม่ว่าจะรับประทานอาหารสูตรไหน ในระยะแรก มักจะได้ผลลดน้ำหนักลงได้ แต่สิ่งที่สำคัญคือ การที่จะต้องพยายามรักษาน้ำหนักที่ลดลงนั้นไม่ให้กลับขึ้นไปอีก ซึ่งต้องอาศัยการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนเป็นนิสัย ซึ่งตรงนี้ต่างหากที่เป็นสิ่งที่ทุกคนมักจะละเลยและยากที่จะปฏิบัติให้ต่อเนื่องต่อไป

1.6.1.2 อาหารจำกัดพลังงาน ให้พลังงานที่รับประทานแต่ละวันอยู่ประมาณ 1000 – 1200 แคลลอรี่ โดยจำกัดปริมาณไขมัน จัดให้มีปริมาณกากใยอาหารสูง พลังงานอาหาร ส่วนใหญ่ได้มาจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ธัญพืชต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลือง เป็นต้น ข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ผักใบเขียวต่างๆ และผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน โดยหลีกเลี่ยงน้ำตาลทราย ข้าว หรือ แป้ง ที่ผ่านการขัดสี ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ดี ทำให้สามารถลดน้ำหนักได้มาก แต่อาจจะใช้เวลานาน สามารถป้องกันการกลับคืนของน้ำหนักในระยะยาวได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่ลดน้ำหนักได้ในระยะยาว มักจะเป็นกลุ่มที่บริโภคอาหารสูตรไขมันต่ำ และมีกากใยอาหารสูง ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.6.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีประโยชน์ ในการสร้างกล้ามเนื้อ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งนี้เพราะผู้ที่ควบคุมอาหารอย่างเดียว โดยไม่ได้ออกกำลังกายมักจะมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง สัดส่วนรูปร่างจะดูไม่สวยงาม เนื่องจากช่วงที่ลดอาหารจะมีการสลายตัวของกล้ามเนื้อพร้อมกับไขมัน เมื่อร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อไป ความสามารถในการใช้พลังงานจะลดลงด้วย เป็นเหตุให้ผู้ลดน้ำหนักโดยวิธีการควบคุมอาหารอย่างเดียว เมื่อเลิกคุมอาหารจะมีน้ำหนักกลับขึ้นได้อย่างรวดเร็ว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี จะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อทำให้สัดส่วนของร่างกายกระชับ สวยงาม และทำให้แข็งแรง ไม่เหนื่อยง่าย จิตใจแจ่มใส การออกกำลังกายที่จะได้ประโยชน์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ และกระทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง เช่น การวิ่งเหยาะๆ การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ แต่ถ้าไม่มีเวลาเป็นช่วงยาวๆ การออกกำลังกายครั้งละ 10 นาที วันละ 2 – 3 ครั้ง ก็จะได้ประโยชน์เช่นกัน หลักของการออกกำลังกาย วิธีที่ถูกต้องนั้นควรยึดหลัก 3 ข้อ ดังนี้ คือ

1.6.2.1 Intensity คือ ความเหมาะสมในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่จะให้ผลในแง่เผาผลาญพลังงานจากร่างกายนั้นควรออกกำลังกายโดยให้หัวใจมีการเต้นในเกณฑ์ เป้าหมาย (Target Heart Rate) คือ จาก 220 ลบด้วยอายุ เท่ากับ อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดสำหรับคนทั่วไป อัตราการเต้นของหัวใจตามเป้าหมายควรจะเป็น 60% – 80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในคนปกติ คนอายุ 30 ปี จะออกกำลังกายให้ได้ผลดี ควรให้มีอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่าง 60% – 80% ของ $90 (220 - 30) = 114 - 152$ ครั้ง/นาที เป็นต้น

1.6.2.2 Duration คือ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย หากต้องการให้มีการใช้ไขมันที่สะสม อยู่ในร่างกาย ควรออกกำลังกาย Target Heart นาน 20 นาที ติดต่อกัน แต่ถ้าหากไม่มีเวลาจริงๆ อาจใช้เวลาการออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็น ครั้งละ ประมาณ 10 นาที เป็นต้น

1.6.2.3 Frequency คือ ความบ่อยในการออกกำลังกาย ควรให้ได้ 3 ครั้ง/สัปดาห์ จึงจะได้ผลดี การออกกำลังกายถ้าจะให้ได้ดีนั้น ต้องทำให้ได้ทุกวันจะดีมาก เพียงปลีกเวลาวันละนิด สำหรับสุขภาพของคุณเองหรืออย่างน้อยควรจะมีเวลาให้อย่างน้อย อาทิตย์ละ 3 วัน ระยะเวลาของการออกกำลังกาย อย่างต่ำครั้งละ 30 นาที จะได้ผลน้อยแต่ถ้าเกิน 1 ชั่วโมง ก็ถือว่ามากกว่าความจำเป็น อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บและอ่อนเพลียมากเกินไป แต่สำหรับผู้ที่ไม่ได้เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรจะเริ่มจากน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มเวลานานขึ้นเรื่อยๆ จนได้ 30 นาที เพราะผู้ที่ออกกำลังกายใหม่ๆ สภาพร่างกายอาจจะยังไม่แข็งแรง และยังไม่คุ้นกับการออกกำลังกายนานๆ การออกกำลังกายจะมากน้อยเพียงใด วัดจากชีพจร การวัดการเต้นของชีพจร เราสามารถวัดได้จากการจับชีพจรการเต้นของเส้นเลือดแดงที่ข้อมือด้านในทั้งสองข้าง เวลาอยู่เฉยๆ หัวใจคนปกติจะเต้นประมาณ 70 – 80 ครั้งต่อนาที แต่ถ้าเวลาออกกำลังกายหัวใจจะเต้นเร็วขึ้นเรื่อยๆ ตามความแรงของการออกกำลังกายนั้น ดังนั้นเราจึงใช้อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นตัววัดว่าควรออกกำลังกาย มากน้อยแค่ไหน การออกกำลังกายที่เหมาะสม นั่นคือ การที่สามารถบริหารหัวใจ ให้เต้นเร็วประมาณ 70 – 80% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจของคนอายุนั้นจึงจะได้ประโยชน์ ในการออกกำลังกายหากหัวใจเต้นเร็ว 85% ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ ก็เสี่ยงที่จะเป็นอันตรายได้ ดังนั้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายคือ 75% ของอัตราเต้นสูงสุด ของหัวใจคนๆ นั้น ในระยะแรกของการออกกำลังกาย ควรจะหยุดจับชีพจรดู ถ้ายังต่ำกว่า 70% ก็ให้ออกกำลังกายให้หนักขึ้น หากเกิน 85% ก็ต้องลดลง เพื่อให้ชีพจรลดลงไปหน่อย การออกกำลังกายติดต่อกัน ประมาณ 1 สัปดาห์ จะพบว่า สามารถทำให้หัวใจเต้นถึง 70% แสดงว่าร่างกายฟิตขึ้น และแข็งแรงขึ้นเรื่อยๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากการควบคุมอาหารแล้วควรมีการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วยเพื่อให้การลดน้ำหนักได้ผล

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเอง

แนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่ง โจนน่า เฮย์เดน (2009: 81 – 84) ได้พัฒนามาจากแนวคิดของแบนดูราที่มีพื้นฐานของการมีส่วนร่วมกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ดังนี้

1. โครงสร้างทฤษฎี ปัจจัยที่กำหนดร่วมกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางด้านพฤติกรรมนั้น ได้รับผลกระทบจากการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy) การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ความคาดหวัง (Expectations) ความคาดหวังในตัวบุคคล (Expectancies) ความตื่นตัวทางอารมณ์ (Emotional arousal) ความสามารถเชิงพฤติกรรม (Behavioral

Capability) การเสริมแรง (Reinforcement) และความเชื่ออำนาจแห่งตน (Locus of Control)

2. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy) การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมบุคคลที่เชื่อในความสามารถตนเองที่จะใช้ในการทำงาน

3. การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) หรือการเรียนรู้จากต้นแบบ ที่เรียนรู้จากการดูและเลียนแบบพฤติกรรม เช่น การเรียนรู้ในการแปรงฟัน ผูกเชือกรองเท้า ขี่จักรยาน ระบายสีให้อยู่ในเส้น อดคุกกี้ ตอกตะปูและแต่งตัว ในการเรียนรู้ทักษะผ่านการสังเกต เรานำกริยาท่าทางการสื่อสารที่มีรูปแบบการเป็นผู้นำพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น ผลจากการเรียนรู้จากการสังเกตสามารถอธิบายถึงแนวทางที่บุคคลจะนำไปปฏิบัติบางครั้งเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น ถ้าเด็กเห็นผู้ใหญ่สูบบุหรี่ เด็กก็จะสูบบุหรี่ตาม การเรียนรู้จากการสังเกตต้องมาจากผู้ที่เป็นต้นแบบของพฤติกรรมที่โน้มน้าว ให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมที่ซับซ้อนขึ้นและมีประโยชน์เมื่อบุคคลต้นแบบเป็นที่ยอมรับหรือสามารถเกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ได้

4. ความคาดหวัง (Expectations) พฤติกรรมมีอิทธิพลจากความคาดหวังที่เกิดจาก สิ่งที่บุคคลคาดว่าจะเกิดจากการกระทำของตนเอง เช่น ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัย เพราะคาดหวังว่า จะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเป็นพ่อ ผู้หญิงอ้วนเริ่มออกกำลังกาย เพราะคาดหวังว่า จะลดน้ำหนักได้ นักเรียนดื่มสุราเพราะต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความคาดหวังผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ผู้หญิงที่กังวลว่าจะตรวจพบมะเร็งถ้ามีการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ตรวจ ความคาดหวังในความกังวลนั้นเป็นอุปสรรคในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น พฤติกรรมทำนองเดียวกันในบุคคลที่กังวลว่าจะป่วยจากการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ก็ไม่นำไปรับการฉีดวัคซีน เช่นเดียวกันการหลีกเลี่ยงการตรวจทางทวารหนัก เพื่อตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมากจากความคาดหวังจากความอายที่จะตรวจ ดังนั้นผู้ชายจะไม่ไปรับการคัดกรองเช่นกัน

5. ความคาดหวังในตัวบุคคล (Expectancies) เป็นค่าที่แสดงในผลลัพธ์เหล่านั้น จากพฤติกรรมที่เกิดใกล้เคียงกับที่คาดหวังไว้ ไม่ว่าผลทางบวกหรือลบ กลับมายังการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม ในผู้หญิงที่กังวลว่า จะตรวจพบมะเร็งจากการตรวจด้วยเครื่องก็จะหลีกเลี่ยงการตรวจ แต่ถ้าคาดหวังว่าผลลัพธ์การตรวจออกมาเป็นลบ ผู้หญิงก็จะรับการตรวจแมมโมแกรม ในความคาดหวังด้านบวกในการตรวจพบมะเร็งเต้านมเร็ว ก็เพิ่มโอกาสในการรักษาเร็วขึ้น

6. ความตื่นตัวทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลเกิดความกลัว เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น บุคคลจะมีพฤติกรรมในการพยายามป้องกัน เพื่อลดความกลัว ความเป็นไปได้ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนใหม่ บุคคลนั้นกลัวการได้รับเชื้อเอชไอวี เพื่อลดความกลัวในการปฏิบัติตน จนกระทั่งการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และการสวมถุงยางอนามัย ในสถานการณ์นี้การกระตุ้นให้ตื่นตัว ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทางบวกที่ช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวี

7. ความสามารถเชิงพฤติกรรม (Behavioral Capability) เป็นการแสดงออกของพฤติกรรม บุคคลที่ต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ตามการสร้างขีดความสามารถของพฤติกรรมในการเลือก อย่างฉลาดจะต้องทราบว่า สิ่งที่เป็นทางเลือกที่ฉลาดและเป็นทางเลือกที่ดีกว่า

8. การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นสิ่งที่คุ้นเคยในทฤษฎีปัญญาสังคม เพราะเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยทั่วไปการเสริมแรงเป็นระบบการให้รางวัล (การเสริมแรงทางบวก) และการลงโทษ (การเสริมแรงทางลบ) ในการตอบสนองต่อการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาจากการต้องการได้รับรางวัล หรือต้องการหลีกเลี่ยงการลงโทษ

9. ความเชื่ออำนาจแห่งตน (Locus of Control) แม้ทฤษฎีปัญญาสังคมกล่าวถึงพฤติกรรมภายนอกที่มีอิทธิพลหรือแรงขับภายนอก แต่ความเชื่ออำนาจแห่งตน มีความแตกต่างเล็กน้อยที่อธิบายถึงพฤติกรรมบนพื้นฐาน แนวคิดที่ว่าบุคคลมีระดับความเชื่อในความสามารถแห่งตนที่จะควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจแห่งตนมีความต่อเนื่องจากความเชื่ออำนาจภายในตนไปยังความเชื่ออำนาจภายนอกตน บุคคลนั้นเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากพฤติกรรมและการตัดสินใจของตนเอง การควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ไปสู่จุดหมายปลายทางได้ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางสุขภาพของบุคคล เช่น กรณีผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนที่ได้รับการแนะนำให้ตรวจแมมโมแกรม ไม่ยินยอมตรวจ แม้ว่าจะมีผู้แนะนำ ในทางตรงข้าม ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะตรวจแมมโมแกรม แม้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะแนะนำหรือไม่ก็ตาม ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีเส้นใย ออกกำลังกาย รับประทานไขมันต่ำและเกลือปริมาณน้อย การเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนัก การจัดการความเครียด จะทำให้บุคคลนั้นมีความคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้

สรุปจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม

2.2 ความหมายของการกำกับตนเอง (Self-regulation)

ชุงค์ และ ซิมเมอร์แมน (Schunk; & Zimmerman. 1997: 195) ได้ให้ความหมาย การกำกับตนเอง (Self-regulation) ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายไว้สำหรับตนเอง และคิดหาวิถีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง บุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง โดยทฤษฎีส่วนใหญ่ เน้นการเชื่อมโยงโดยธรรมชาติของมัน ที่มีเป้าหมายสะท้อนถึงวัตถุประสงค์เชิงปริมาณ คุณภาพหรืออัตราคุณภาพ เป็นการสร้างค่ามาตรฐานหรือวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นจุดมุ่งหมายการกระทำของคน

เดอไรเดอร์ และ เดอวิท จอห์น (De Ridder & De Wit. 2006: 2 – 3) ได้ให้ความหมาย การกำกับตนเอง (Self-regulation) ว่าบุคคลมีการตัดสินใจเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นระบบที่สร้างแรงจูงใจในการพัฒนากลยุทธ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการประเมินและทบทวนเป้าหมายด้วย

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552: 68) ได้ให้ความหมาย การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้วิธีการที่แสดงออกเพื่อสนับสนุนต่อพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง และเป็นการตั้งเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง

2.3 กระบวนการการกำกับตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย ดังนี้

2.3.1 การสังเกตตนเอง (Self-observation)

2.3.2 การตัดสินตนเอง (Self-judgment)

2.3.3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

2.3.1 การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึง ความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพิถีพิถัน ครอบคลุมองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

2.3.1.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) หมายถึง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งในระยะแรกของการกำกับตนเอง (Self-regulation) ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึง พฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน และยังเป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคล จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ คุณสมบัติของเป้าหมาย ควรมีลักษณะ ดังนี้

2.3.1.1.1 ความเฉพาะเจาะจง เป็นการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนว่า การลดน้ำหนัก บุคคลจะตั้งเป้าหมายเฉพาะเจาะจงว่า อาหารมื้อเย็นต้องรับประทานไม่เกิน 500 แคลอรี เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ และง่ายต่อการวัดพฤติกรรม

2.3.1.1.2 ความใกล้เคียง เป็นเป้าหมายที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการกระทำพฤติกรรม เป้าหมายที่มีความใกล้เคียงจะส่งเสริมความสามารถและแรงจูงใจของตนเองและง่ายต่อการวัดพฤติกรรม ความใกล้เคียงจะมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรม โดยเฉพาะกับเด็กเล็กที่สนใจงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

2.3.1.1.3 ความยาก การตั้งเป้าหมายที่ยาก ทำให้บุคคลใช้ความพยายาม เพื่อกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อประสบผลสำเร็จจะเกิดความพึงพอใจ และรับรู้ ว่า ตนเองมีความสามารถ

การตั้งเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง ความใกล้เคียง และความยากด้วยตนเอง ทำให้บุคคลคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายนั้น ถ้าประสบผลสำเร็จจะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและเรียนรู้ได้ดีที่สุด การตั้งเป้าหมายมี 2 วิธี คือ

1. การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ และพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนด

2. การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น หมายถึง การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคลอื่นจะมีข้อดีตรงที่ว่า อาจจะช่วยแก้ไขให้บุคคลที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ให้สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น

2.3.1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่า ตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่า ควรทำเช่นไรต่อไป เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

2.3.2 การตัดสินตนเอง (Self-judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self-judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type of Standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goal Properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of Goal Attainment)

2.3.3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที่ 2 ประการ คือ

2.3.3.1 ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสิน ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมาย เขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเอง หรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2.3.3.2 ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง สิ่งจูงใจแบ่งเป็น

2.3.3.2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้ หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ

2.3.3.2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเอง หลังจากทีประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.3.3.2.2.1 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่องชื่นชมตนเอง เป็นต้น

2.3.3.2.2 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบนั้นว่า เป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรม ส่วนการแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกโทษ เพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้น สามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไป และจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า กระบวนการกำกับตนเองประกอบด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองนั้นเป็นการประเมินผลพฤติกรรมของตนเอง

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ

ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (2009: Track 2) ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพในการประชุมระดับโลกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 7 ว่าเป็นทักษะทางปัญญาสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลที่จะสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้งความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ (The Center for Health Care Strategies Inc. 2000: 1) ให้ความหมายของ Health Literacy ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และดำเนินการกับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ

เอเบริล (2013) กล่าวถึงโครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People. 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2010 ที่นิยาม Health literacy ไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine : IOM (2005) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

นัทบีม (Nutbeam. 2000: 259 – 267) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ ว่าการวิเคราะห์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพมีความหมายมากกว่าการส่งข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาทักษะเพื่อให้สามารถอ่านแผ่นพับเท่านั้น แต่เป็นการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและใช้อย่างมีประสิทธิภาพของบุคคลและมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคล และจำแนกความฉลาด

ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) ทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจรณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ซาร์คาโดลาส ซี พลีเซนต์ เอ และ เกียร์ ดี เอส (Zarcadoolas, Pleasant; & Greer. 2005: 196) ให้มุมมองเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพว่า คนที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้แนวคิด และข้อมูลทางสุขภาพทั่วไปให้เข้ากับสถานการณ์สุขภาพใหม่ของบุคคล มีส่วนร่วมทางสาธารณสุข สุขภาพ การแพทย์ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความเชื่อทางวัฒนธรรม และสมรรถนะของบุคคลที่เป็นผลกระทบกับสถานะทางสุขภาพเท่ากับปัจจัยทางการเมืองและวัฒนธรรมทางสังคม

คิกบัสช์ และ แม็ก (Kickbusch; & Maag. 2005: 8) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในบริบทของชีวิตประจำวันที่บ้าน ชุมชน ที่ทำงานในระบบดูแลสุขภาพ ตลาดและเวทีการเมือง เป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มขีดความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เพลียเซนต์ และ กูรูวิลลา (Pleasant, A.; & Kuruvilla, S. 2008: 154) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa, H.; et al. 2008: 269) ศึกษาการรณรงค์พัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพการสื่อสารของพนักงานสำนักงานแรงงานญี่ปุ่น เพื่อประเมินและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหาและองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสาร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการรับมือกับความเครียดจากการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงมีรูปแบบการรับประทาน อาหารและการออกกำลังกายทุกสัปดาห์ ไม่เคยสูบบุหรี่ และรับมือกับปัญหาความเครียดจากการทำงานได้

ในขณะที่กลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีอาการที่แสดงออกทางกายและมีแนวโน้มที่จะออกจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพของบุคคล สามารถเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้

4. การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development)

การวิจัยและพัฒนา เป็นการวิจัยลักษณะหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนางาน พัฒนาวิชาชีพ หรือการพัฒนาวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งในปัจจุบัน องค์กรจำนวนมากได้พยายามส่งเสริมให้บุคลากรในสังกัด มีความรู้ ความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเชื่อว่า การวิจัยและพัฒนาจะช่วยให้ได้ทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

4.1 ความหมาย และลักษณะของการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต

การวิจัยและพัฒนา เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (หมายถึงสื่อ/สิ่งประดิษฐ์ หรือวิธีการ) แล้วมีการทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ นวัตกรรมที่นำมาทดลอง คือ ปฏิบัติการ (Treatment) หรือตัวแปรต้น โดยมี “ดัชนีชี้คุณภาพ” ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นตัวแปรตาม

การวิจัยและพัฒนาจะให้ผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ

1. นวัตกรรมประเภทวัตถุที่เป็นชิ้นอัน ซึ่งอาจเป็นประเภท วัสดุ/อุปกรณ์/ชิ้นงาน เช่น รถยนต์ คอมพิวเตอร์ ชุดการสอน สื่อการสอน ชุดกิจกรรม เสริมความรู้ คู่มือประกอบการทำงาน เป็นต้น

2. นวัตกรรมประเภทที่เป็นรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ ระบบปฏิบัติการ อาทิ รูปแบบการสอน วิธีการสอน รูปแบบการบริหารจัดการ ระบบการทำงาน Quality Control (Q.C.) Total Quality Management (TQM) The Balanced Scorecard (BSC) ระบบ ISO เป็นต้น

ผลงานทางวิชาการประเภทการวิจัยและพัฒนา คุณค่าของงานจะอยู่ที่ “สิ่งประดิษฐ์/ผลงานเป็นชิ้นเป็นอันที่สร้างขึ้น” หรือ “วิธีการ/รูปแบบการทำงาน/รูปแบบการจัดการ” ที่พัฒนาขึ้น ผลงานวิจัยและพัฒนาที่มีคุณค่ามากก็คือกรณีที่สามสามารถสร้างสิ่งประดิษฐ์หรือวิธีการที่ “ดูดี มีคุณค่า ใช้งานได้ดี มีประสิทธิภาพ” หากพิจารณาความแตกต่างระหว่าง “การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) กับ “การวิจัยเพื่อพัฒนา” (Research for Development) จะพบว่า มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้ากล่าวถึง การวิจัยเพื่อพัฒนา” จะหมายถึง การวิจัยหลายประเภท หลายรูปแบบ หรือการวิจัยทุกรูปแบบที่นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนา ส่วนการวิจัยและพัฒนา หรือ R & D เป็นวิจัยที่มุ่งเน้น

พัฒนาวัตกรรมหรือทางเลือกใหม่ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพงานโดยผลลัพธ์ของการวิจัยจะปรากฏให้เห็น 2 ลักษณะ ดังที่กล่าวมาแล้วตอนต้น การวิจัยและพัฒนาเป็นทางเลือกสำคัญที่จะมีผลต่อการยกระดับคุณภาพงานในองค์กร รวมทั้งการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล หากองค์กร/หน่วยงาน/กลุ่มนักวิชาชีพใดๆ มีการพัฒนาสื่อ กลุ่มมือ อุปกรณ์ สิ่งประดิษฐ์ ต่างๆ ตลอดจนวิธีการทำงานใหม่ๆ แล้วนำมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้องค์กรหรือนักวิชาชีพกลุ่มนั้นๆ สามารถยกระดับคุณภาพงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บุคลากรหรือคนในรุ่นหลังจะมีนวัตกรรมหรือทางเลือก เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตที่หลากหลาย ช่วยให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4.2 การออกแบบวิจัยและพัฒนา

ในการออกแบบวิจัยและพัฒนา ซึ่งถือเป็นลักษณะหนึ่งของการศึกษา ค้นคว้าอย่างเป็นระบบ นักวิจัยจะต้องกำหนดกรอบแนวทางในเรื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มเป้าหมายในการทดลอง ใช้นวัตกรรม หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัย (Sampling Design) การวัดตัวแปรหรือการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย (Measurement Design) และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล หรือออกแบบในเรื่องของการใช้สถิติ (Statistical Design) โดยนักวิจัยจะต้องกำหนดแนวทางในเรื่องเหล่านี้ไว้ล่วงหน้า ในตอนเริ่มต้นของการวางแผนการวิจัยและพัฒนาจะต้องวางแผนให้ครอบคลุมการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งด้วยวิธีการเชิงเหตุผล (Logical Approach) และวิธีการเชิงประจักษ์ด้วยการทดลองใช้จริง (Empirical Approach) นวัตกรรมที่สามารถใช้งานได้เชิงประจักษ์เท่านั้น จึงจะถือว่าเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสม

4.3 แนวทางการปฏิบัติในการออกแบบวิจัยและพัฒนา

ในการออกแบบวิจัย จะต้องกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยอย่างชัดเจน กำหนดตัวบ่งชี้ หรือประเด็นที่มุ่งศึกษา กำหนดแหล่งข้อมูล หรือผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยหรือทดลองนวัตกรรม กำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ และกำหนดแนวทางการวิเคราะห์หรือตัดสินคุณภาพนวัตกรรม ซึ่งทุกรายดังกล่าวนี้ ควรจะถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าและเป็นที่รับทราบตรงกัน ระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องต่างๆ รายละเอียด ดังนี้

4.3.1 การออกแบบในเรื่องของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะต้องกำหนดเป้าหมายประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างในการใช้นวัตกรรมอย่างชัดเจน กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจเลือกมาอย่างเจาะจง

ในการทดลองนวัตกรรม ผู้วิจัยอาจเลือกใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design) ซึ่งอาจทำการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบตัวแปรตามหรือตัวบ่งชี้คุณภาพกับกลุ่มทั่วไป ที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม ในกรณีที่ทำการออกแบบทดลองแบ่ง 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมด้วยในกรณีนี้ผู้วิจัยต้องมั่นใจว่าจะไม่ก่อให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบหรือเสียโอกาสสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

4.3.2 การออกแบบในเรื่องการวัดตัวแปรหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยจะต้องกำหนดประเด็น ตัวบ่งชี้ที่ต้องการวัด พร้อมทั้งกำหนดแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างครบถ้วน กำหนดประเภทเครื่องมือหรือวิธีการวัด ช่วงเวลาในการวัด (เช่น วัดก่อน

และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง) พร้อมกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละรายการ กล่าวโดยสรุป จะต้องสรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้หรือประเด็นการวัดในครั้งนั้นๆ ประกอบด้วยอะไรบ้าง แต่ละตัวบ่งชี้หรือแต่ละประเด็น จะใช้เครื่องมือหรือวิธีการใดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะพัฒนาเครื่องมือแต่ละชนิดอย่างไร และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไรบ้าง

ในการเลือกใช้เครื่องมือวัด ซึ่งมีหลายชนิด อาทิ แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบประเมินคุณลักษณะต่างๆ เป็นต้น การตัดสินใจว่าจะเลือกเครื่องมือวัดชนิดใด จะต้องคำนึงถึงธรรมชาติ หรือลักษณะของตัวบ่งชี้ที่ต้องการวัด และข้อจำกัดต่างๆ เช่น เป็นตัวบ่งชี้ประเภทความรู้ ก็ใช้แบบทดสอบ ถ้าเป็นพฤติกรรม ใช้แบบประเมินพฤติกรรม ถ้าเป็นเจตคติ ก็ใช้แบบวัดเจตคติ เป็นต้น หรือในบางครั้ง นักประเมินได้เลือกใช้แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วยสาระหลายตอน แต่ละตอนมุ่งวัดตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกัน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม นักวิจัยจะต้องระลึกเสมอว่า จะต้องเน้นในเรื่องของความเร็ว คล่องตัว มีประสิทธิภาพสามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างรวดเร็วทันกับช่วงเวลาต่างๆ ในขณะที่ดำเนินการทดลองนวัตกรรม และกระบวนการรวบรวม ข้อมูลจะต้องไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อกระบวนการพัฒนา เช่น ในกรณีการพัฒนาชุดฝึกอบรมในขณะที่ทดลองใช้ชุดฝึก หากทำการประเมินทุกรายวิชา ทุกๆ 3 ชั่วโมง อาจจะส่งผลกระทบในเชิงลบ เป็นการรบกวนสมาธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม ในกรณีเช่นนี้ ผู้วิจัยอาจจะใช้วิธีการสังเกตโดยคณะทำงาน หรือใช้แบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็น โดยใช้วิธีการสุ่มประเมิน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้เข้ารับการอบรมถูกรบกวนมากเกินไปก็ได้

4.3.3 การออกแบบในเรื่องของสถิติ แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา สามารถเลือกใช้สถิติในลักษณะเดียวกับงานวิจัยโดยทั่วไป ซึ่งจะมีทั้งสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) และสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

1. การวิเคราะห์ดัชนีความเที่ยงของข้อสอบ อาจใช้สูตรของ KR-20 KR-21 หรือสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Alpha Coefficient)
2. ในกรณีของการวิเคราะห์ความสามารถของแบบทดสอบ หรือมาตรวัดใดๆ ในการจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทราบคุณลักษณะที่ชัดเจนแล้ว (Known Group) เพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างหรือความตรงตามภาวะสันนิษฐาน ค่าใช้สถิติทดสอบที (t-test)
3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนเรียนกับหลังเรียนใช้ t-test (Dependent) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนผลการทดสอบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระจากกัน ใช้ t – test (Independent) ในกรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบเอฟ (F- test)
4. ในกรณีที่ต้องการทดสอบสภาพการกระจาย หรือแนวโน้มการกระจายของผู้ได้รับผลการเรียนต่างๆ เพื่อตอบคำถามว่า เกรดผลการเรียนมีแนวโน้มสูงขึ้นหรือไม่ สัดส่วนต่างๆ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อาจใช้ Chi – Square test

การเลือกใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม จะเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยได้ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการทางสถิติเหล่านี้ สามารถศึกษาได้จากเอกสารหรือตำราทั่วไปในการเลือกใช้สถิติ เพื่อการวิจัยและพัฒนา

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา เป็น การวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน PAR เป็นกระบวนการของการทำงานร่วมกัน อันต้องอาศัยการค้นหาคำตอบ วิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา เมื่อใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อย่างถูกต้อง จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างน้อย 3 ประการตามมาคือ 1) ประชาชนได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม 2) ประชาชนมีการกระทำมากขึ้น และ 3) ประชาชนมีการเผยแพร่พลังความรู้กันมากขึ้น กระบวนการของ PAR เป็นการศึกษาปัญหาและแก้ปัญหาและเป็นกระบวนการกระตุ้นให้ประชาชน มีการกระทำต่อปัญหาเหล่านั้น ประชาชนได้เรียนรู้การแก้ปัญหา

หัวใจสำคัญของกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม คือ การจัดการชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องทำควบคู่กันไป โดยมีเป้าหมายที่การนำบุคลากร และทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชน ใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาให้ได้มากที่สุด ในรูปของการรวมตัวเป็นองค์กร โดยมีนักวิจัยจากภายนอก ชุมชน ทำหน้าที่เป็นนักจัดองค์กร (Community organizer) รับบทเป็นพี่เลี้ยงช่วยอบรมความรู้และฝึกทักษะของการทำวิจัยให้แก่ชุมชน ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะก่อนการทำวิจัย

1.1 การคัดเลือกชุมชนและการเข้าถึงชุมชน เน้นชุมชนที่ยากจนหรือมีปัญหา โดยการคัดเลือกชุมชน มีความล้าหลัง ขาดการพัฒนาเท่าที่ควร และเป็นชุมชนที่มีปัญหาเฉพาะ นักวิจัยที่ได้ชุมชนแล้ว ขั้นตอนต่อไปที่จะต้องทำคือ การเข้าชุมชนซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำงาน อยู่เดิมในชุมชน โดยมีการประสานงานร่วมมือกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน สิ่งนี้นักวิจัยจะต้องระลึกรเสมอ เมื่อเข้าไปในชุมชน อย่าทำให้กลุ่มชาวบ้านเข้าใจว่าเราจะไปช่วยแก้ไขปัญหามาให้เขา แต่ต้องทำให้ชาวบ้าน รับรู้ที่เราให้ความร่วมมือกับเขาในกระบวนการที่จะช่วยแก้ไขปัญหามาด้วยตัวของเขาเอง การพบปะผู้นำ ชุมชน และองค์กรต่างๆ เพื่อกรุยทางไปสู่การสร้างทีมงานวิจัยของชาวบ้านจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

1.2 การบูรณาการตัวนักวิจัยเข้ากับชุมชน นักวิจัยจากภายนอกจะต้องพาตัวเองเข้าไป ทำความคุ้นเคย เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้าน โดยการอาศัยในหมู่บ้านเป็นระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะรับรู้วิถีชีวิต สภาพเศรษฐกิจ ผู้นำและประวัติศาสตร์ของชุมชน เรียนรู้ถึงวัฒนธรรมที่เป็นจุดแข็ง และจุดอ่อนของชุมชน และกระตุ้นให้เป็นที่ยอมรับของชุมชนให้ได้ ในขณะเดียวกันก็ต้องพยายาม ค้นหาทีมงานชาวบ้านที่เห็นว่า สามารถที่จะทำงานในกระบวนการแบบ PAR ได้

1.3 การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน นักวิจัยจะต้องรู้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับชุมชน เช่น สภาพภูมิศาสตร์ ลักษณะเด่น สภาพปัญหาของหมู่บ้าน เพราะการทราบข้อมูลพื้นฐาน เหล่านี้ จะช่วยนักวิจัยสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงชุมชน ระยะ

ก่อนและหลังการดำเนินงาน นอกจากนี้การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวจะช่วยให้ชาวบ้าน ได้รับทราบถึงปัญหาหลักของชุมชนที่กำลังเผชิญอยู่ ยังทราบว่ากลุ่มชาวบ้านกลุ่มใดที่ถูกกระทบด้วยปัญหาที่ค้นพบ อันจะนำไปสู่การพิจารณาและปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างชาวบ้าน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหานั้น นักวิจัยจะต้องเข้าไปสอดแทรกเสนอทางเลือกของการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ชาวบ้านพิจารณา และตัดสินใจเองว่า จะยอมรับและยินดีที่จะใช้แนวทางของ PAR มาแก้ปัญหาของหมู่บ้าน หลังจากชาวบ้านยอมรับแล้ว ที่ประชุมชาวบ้านก็จะร่วมกันคัดเลือกบุคคลที่มีความเหมาะสมจากกลุ่มชาวบ้านด้วยกัน จัดตั้งเป็นทีมงานของหมู่บ้านขึ้น (Local Research Team)

1.4 การแพร่แนวคิด PAR แก่ชุมชน การให้หลักการและแนวทางการคิดของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในลักษณะที่เป็นภาพรวม (Overview) แก่ชุมชนก่อนที่จะเริ่มการวิจัยนับว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเมื่อชุมชนรับรู้ภาพรวมของกระบวนการแบบ PAR จะช่วยให้สามารถเข้าใจขั้นตอน และสามารถปฏิบัติขั้นตอนต่างๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การที่จะให้ชาวบ้านได้รับรู้และคุ้นเคยกับหลักของ PAR กระทำได้โดยการจัดกิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน จัดอบรมและสาธิตกระบวนการ PAR สร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและการทำงานแบบอาสาสมัครให้เกิดขึ้นในระหว่างชาวบ้าน

2. ระยะของการวางแผนและวิจัยชุมชน

2.1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน กระทำได้โดยการให้กลุ่มชาวบ้านที่ร่วมกันสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุขของหมู่บ้าน เชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนในที่ประชุมชาวบ้าน ให้ที่ประชุมระบุความต้องการของชุมชนออกมา และร่วมกันประเมินว่าสภาพของชุมชนที่เป็นอยู่ในขณะนี้เป็นอย่างที่พวกเขาคาดหวังหรือไม่ ถ้าหากยังไม่เป็นที่ต้องการอภิปรายและระบุดอกมาให้ชัดเจนว่า เป็นเพราะสาเหตุอะไร หลังจากนั้นก็นำปัญหาที่ได้รับการระบุมารวบรวมวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น บางครั้งปัญหาที่พบอาจจะมีมากกว่าหนึ่งก็จะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาก่อน โดยพิจารณาที่ระดับความรุนแรงและความยากง่ายในการที่จะแก้ไข และปัญหาใดที่ชุมชนมีความสงสัยและต้องการหาคำตอบร่วมกัน เพื่อกำหนดเป็นโจทย์การวิจัย

2.2 พัฒนาทีมวิจัยท้องถิ่นและวิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการทำวิจัย วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การแก้ปัญหาของชุมชนโดยอาศัยกระบวนการทำวิจัยของชาวบ้านเอง ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นที่ชาวบ้านจะต้องเรียนรู้เป็นอันดับแรก คือ การเรียนรู้ทักษะในการวิจัย ซึ่งนักวิจัยจากภายนอกชุมชนจะเป็นผู้ที่เข้าไปฝึกอบรมทักษะของการทำการวิจัยให้กับกลุ่มของชาวบ้านที่อาสาสมัคร และได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมชาวบ้านให้ทำหน้าที่เป็นทีมงานวิจัยของหมู่บ้าน นักวิจัยจะต้องอบรมให้ชาวบ้านฝึกทดลองทำวิจัยแบบง่ายๆ ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การออกแบบการวิจัย การสร้างเครื่องมือแบบสอบถาม การกำหนดวิธีการเก็บข้อมูล การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ การตีความข้อมูลที่ได้ออกมา การสรุปและร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ การฝึกทักษะการเขียนรายงานสั้นๆ และการนำเสนอข้อมูลต่อชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาอาจเกิดขึ้นในการทำวิจัย เช่น ปัญหาการได้มาซึ่งข้อมูลที่จำเป็น

เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการ PAR เพราะฉะนั้น การทำการวิจัยแบบ PAR จะต้องควบคู่ไปกับการรู้จักตัวเองของชาวบ้าน รู้จักชุมชนและหมู่บ้านของตน มีทรัพยากรอะไรบ้างที่จะนำมาช่วยแก้ปัญหาของหมู่บ้าน เป็นการมอง ที่ตัวเพื่อพึ่งตนเองเป็นอันดับแรก เพราะนั้นคำแนะนำจากผู้รู้ในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกชุมชนหรือกิจกรรมการไปศึกษาโครงการพัฒนาในชุมชนอื่นที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน จึงจำเป็นและมีประโยชน์สำหรับการกำหนดแนวทางเพื่อกำหนดทาง เพื่อการแก้ไขปัญหาคล้ายคลึงกัน จึงจำเป็นและมีประโยชน์ สำหรับการกำหนดแนวทางเพื่อการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยของชุมชน

2.3 การออกแบบการวิจัย ก่อนที่ทีมวิจัยท้องถิ่นจะเริ่มการวิจัยปัญหาที่ได้รับการระบุให้มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และต้องการหาคำตอบ และความเป็นไปได้สูงที่จะดำเนินการแก้ไข นักวิจัยชาวบ้านควรจะได้รับคำแนะนำอย่างใกล้ชิด ให้รู้จักวางแผนกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องดำเนินการ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการวิจัย กำหนดข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือการทำวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นตามประเด็นที่เกี่ยวกับข้อสงสัยหรือ โจทย์การวิจัย ซึ่งอาจจะเป็นแบบสอบถามของชาวบ้านออกเก็บข้อมูล นักวิจัยจากภายนอกต้องคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จนกว่าจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์พร้อมนำไปวิเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการวิจัย ปฏิบัติการแบบส่วนร่วมนั้น สามารถทำได้หลายรูปแบบ นอกจากการใช้แบบสอบถามหรือสำรวจ เช่น อาจจะมีการเก็บข้อมูลโดยการ ประชุมอภิปรายเฉพาะกลุ่ม การปรึกษากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งจะใช้วิธีอะไรขึ้นอยู่กับการตัดสินใจร่วมกันกับทีมงานวิจัยท้องถิ่นและกลุ่มชาวบ้าน

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ชุมชนและนำเสนอผลต่อชุมชน ขั้นตอนนี้อาจเป็นขั้นตอนที่ยากสำหรับทีมงานวิจัยท้องถิ่น ดังนั้นสิ่งที่นักวิจัยจากภายนอกจะต้องให้ความสำคัญในขั้นตอนของการคัดเลือกทีมงานวิจัยของหมู่บ้านคือ จะต้องกำหนดสมาชิกในทีมวิจัยท้องถิ่น บางคนควรจะมีความรู้ในขั้นอ่านออกเขียนได้ เพื่อจะได้เป็นแกนหลักในการทำข้อมูลดิบมาคำนวณหาค่าร้อยละและทำตารางสรุปเปรียบเทียบ หรือแผนภูมิอย่างง่าย ๆ และสามารถแปลผลข้อมูลได้ เมื่อทีมวิจัยท้องถิ่นนำข้อมูลมาแปลผลและสรุปแล้ว ก็จะทราบถึงสถานการณ์ของปัญหาที่พวกเขาหยิบมาทำวิจัยร่วมกันว่า มีความรุนแรง มากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยอะไรที่คิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะเห็นถึงความแตกต่างระหว่างครัวเรือนที่ประสบปัญหากับครัวเรือนที่ไม่ประสบปัญหา และเห็นลักษณะที่เหมือนกันของครัวเรือนที่ประสบปัญหาเดียวกันเหล่านี้ เป็นต้น หลังจากทีมวิจัยของหมู่บ้านได้วิเคราะห์แปลผลและจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของตาราง กราฟ และแผนภูมิ อย่างง่าย ๆ และจะต้องมีการประชุมชาวบ้าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำเสนอให้ที่ประชุมรับทราบ เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมกับให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำผลการวิจัยชุมชนไปใช้ จัดทำแผนงาน หรือโครงการเพื่อแก้ปัญหาต่อไป

3. ระยะการจัดทำแผนแก้ไขปัญหตามโจทย์การวิจัย

3.1 พัฒนาทีมงานตามแผนท้องถิ่น ระยะการจัดทำแผนเป็นช่วงกลางของกระบวนการ PAR ที่จะต้องมีทีมงานจัดทำแผนของหมู่บ้านมารับหน้าที่ต่อจากทีมงานวิจัย โดยสมาชิกในทีมงานวิจัยร่วมอยู่ในทีมงานวางแผนของหมู่บ้านด้วย การให้ชาวบ้านเข้ามาเป็นแกนนำในการจัดทำแผนเพื่อกำหนดโครงการหรือกิจกรรมแก้ปัญหของหมู่บ้าน เช่นเดียวกับการให้ชาวบ้านเข้ามาระบุปัญหาความต้องการของส่วนรวมจะส่งผลดีในแง่ของการให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติแผนที่ตนเองร่วมกันกำหนดขึ้น นักวิจัยจากภายนอก เป็นพี่เลี้ยงและจัดหายุทธศาสตร์ที่มีความรอบรู้ในการจัดทำแผนมาให้ความรู้แก่ทีมงานท้องถิ่น

3.2 การกำหนดโครงการหรือกิจกรรม และศึกษาความเป็นได้ในการจัดทำแผน ทีมงานวางแผนของหมู่บ้านจะต้องระบุ โครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการโดยกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการหรือกิจกรรม ให้ชัดเจนว่าทำเพื่อสนองต่อความต้องการอะไรของชุมชน ขั้นต่อมาจะต้องระบุทรัพยากรที่จำเป็นจะต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรม ระบุผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของคนสมาชิกแต่ละคนในการดำเนินกิจกรรมจัดทำตารางและกำหนดเวลาที่จะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นและก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจะต้องมีการประเมินเพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ของโครงการหรือกิจกรรม (Feasibility Study) หากพบว่า โครงการ หรือกิจกรรมบางกิจกรรมมีความเสี่ยงที่จะประสบความล้มเหลวก่อนข้างมากก็ควรจะได้มีการนำโครงการ หรือกิจกรรมนั้นไปทดลองในกลุ่มเล็กๆ ก่อน หลังจากประเมินผลออกมาแล้ว พบว่า ประสบผลสำเร็จ จึงจะค่อยๆ ขยายโครงการต่อไปให้ครอบคลุมทั้งหมู่บ้าน หรืออาจกำหนดโครงการว่า กิจกรรมเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุด โดยดำเนินการไปพร้อมๆ กัน หลังจากนั้นประเมินดูว่ากิจกรรมหรือโครงการใดได้ผลดีที่สุด แล้วจึงนำกิจกรรมนั้นไปขยายผล

3.3 การแสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุน ก่อนที่จะดำเนินการในโครงการหรือกิจกรรมที่ระบุไว้ในแผน นอกจากการให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือตนเองแล้ว นักวิจัยจากภายนอกต้องแนะนำให้ชาวบ้านรู้จักช่องทางแสวงหางบประมาณ บุคลากรและหน่วยงานที่มาสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพราะบางครั้ง ทางปัญหา ยังคงต้องขอความร่วมมือจากทางราชการหรือจากองค์กรพัฒนาเอกชนอยู่ โดยชุมชนจะต้องมีตัวแทนไปเสนอโครงการและเจรจาสนับสนุนขอต่อไป

4. ระยะการนำแผนการไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา

4.1 การกำหนดทีมปฏิบัติงานอาสาสมัครและพัฒนาทีมอาสาสมัคร จำเป็นที่จะต้องมอบหมายให้ทีมงานหมู่บ้านมารับผิดชอบดำเนินการ โดยผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ หรือ กิจกรรมจะต้องกระจายไปยังสมาชิกทุกคน เพราะฉะนั้นทีมปฏิบัติงานจะต้องมีความเสียสละ และมีความรับผิดชอบต่อผลประโยชน์ของส่วนรวม และทีมปฏิบัติจะต้องได้รับการยอมรับและการไว้วางใจจากสมาชิก และควรมีการพัฒนาทีมปฏิบัติงานอาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งก่อนและระหว่างปฏิบัติงาน

4.2 ระยะปฏิบัติการตามแผน เป็นระยะที่ทีมวิจัยและชุมชนร่วมกันดำเนินการปฏิบัติตามโครงการที่ได้กำหนดร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหที่กำหนดไว้เพื่อทดสอบทดลองและเรียนรู้ว่า การแก้ไขปัญหานั้นได้ผลหรือไม่อย่างไรและทีมวิจัยจะร่วมกับชุมชนปรับแผนกิจกรรมให้เหมาะสมได้หากพิจารณา

ร่วมกันว่าควรจะมีการปรับปรุงอะไรเพิ่มเติม เพื่อให้การปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาได้ผล

5. ระยะติดตามและประเมินผลและสรุปบทเรียนและองค์ความรู้จากการปฏิบัติงาน

การติดตามและประเมินผล และสรุปบทเรียนองค์ความรู้ในการทำงานโดยนับเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและจะขาดไม่ได้ในกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ชาวบ้านควรจัดทีมงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของหมู่บ้านขึ้นมา โดยการฝึกอบรมความรู้และเทคนิคในการติดตาม ประเมินผลโครงการอย่างง่าย ๆ จากเจ้าหน้าที่ก่อนจะปฏิบัติงาน ทีมงานติดตามและประเมินผล จะต้องติดตามการทำงานของฝ่ายปฏิบัติการทุกระยะว่า เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างที่จะต้องแก้ไขที่จะต้องแก้ไขสุดท้ายจะต้องประเมินว่าโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการไปบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกและรายงานความก้าวหน้าของโครงการที่ทำไว้ทุกระยะ เมื่อทำการประเมินผลโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมงานติดตาม และประเมินผลต้องรวบรวมข้อมูลการประเมินเสนอให้ที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบ และให้ข้อคิดเพิ่มเติมและสรุปบทเรียนจากการทำงานร่วมกันเพื่อชาวบ้านจะได้เห็นผลงานที่เกิดจากความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายในการช่วยกันแก้ปัญหาของชุมชนรวมถึงข้อค้นพบต่าง ๆ และได้เกิดการเรียนรู้ และสร้างความรู้หรือการตอบโต้ปัญหาในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จากการทบทวนงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า เป็นการศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าศึกษาสาเหตุปัญหาของชุมชน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนให้ พร้อมทั้งการสร้างความรู้จากการปฏิบัติการแก้ปัญหานั้น และการเรียนรู้ระหว่างทำวิจัย ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานร่วมกันของชุมชนและนักวิจัย

6. เทคนิค AIC เป็นการระดมพลังสร้างสรรค์ “เอ ไอ ซี” (Appreciation – Influence – Control : AIC)

กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC เป็นวิธีการนำมาเผยแพร่ โดย ODII (Organizing for Development : An International Institute) Washington D.C. U.S.A. และได้รับการดัดแปลงปรับปรุงสำหรับใช้ในประเทศไทย โดยสามารถพัฒนาประชากรและชุมชนร่วมกับสถาบันวิจัยการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) (บำเพ็ญ เขียวหวาน. 2551: 197 – 208)

จุดมุ่งหมายการใช้ AIC คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการชี้ชัดปัญหาและศักยภาพของตนเอง ตลอดจนวิเคราะห์การจัดลำดับปัญหาความสำคัญของความต้องการและวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มย่อยต่างๆ ของชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างทั่วถึงและอาศัยการระดมพลังความคิดของชุมชนอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน

6.1 แนวคิดของ AIC

6.1.1 ในการวางแผนพัฒนาใดๆ ก็ตามถ้าเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) มีส่วนในกระบวนการวางแผน และตัดสินใจจะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน (Sustainable Development) เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับ สร้างความเป็นเจ้าของ

และสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน

6.1.2 จุดสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผน คือ การตัดสินใจ เพราะถ้าใครตัดสินใจ ผู้นั้นต้องรับผิดชอบ ถ้าผู้ที่มีประโยชน์เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนนั้น ก็หมายความว่าทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และจะเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

6.1.3 วิธีการเปิดโอกาส ให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจสามารถนำไปใช้ได้กับการวางแผนพัฒนาทุกระดับ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับ ท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่ม

6.1.4 การเปิดโอกาสให้คนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นคนกระทำ ให้คนเหล่านั้นได้เรียนรู้ ได้ประสบการณ์ ได้รับรู้ข้อมูลใหม่ และนำความรู้ประสบการณ์ และข้อมูลไปกำหนดแผน และวัตถุประสงค์ของแต่ละคน

6.1.5 การที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจวิธีการหนึ่งที่ดีที่สุดคือ การประชุมปรึกษาหารือกันอย่างเปิดใจ ผู้เข้าประชุมกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีผู้อื่นรับฟัง และหาข้อตกลงร่วมกัน การที่จะทำเช่นนี้ได้ขึ้นอยู่กับ “ผู้นำการประชุม” เป็นสำคัญ ผู้นำการประชุมจะต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิคที่จะ “กระตุ้น” ให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างบรรยากาศการประชุมให้เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันที่ทุกคนพึงพอใจและมองเห็นผลประโยชน์ร่วมกัน

6.1.6 เทคนิคหนึ่งของผู้นำการประชุม ที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน คือ Appreciation, Influence and Control หรือเรียกสั้นๆ ว่า AIC

6.1.7 เทคนิค AIC เมื่อผู้นำประชุมนำไปใช้ในการดำเนินการประชุมต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนสัมพันธ์กัน เทคนิคจึงถูกเรียกว่า “กระบวนการ AIC”

6.2 ระยะดำเนินการ AIC

ในการที่จะใช้กระบวนการ AIC มาจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน หรือแผนพัฒนาองค์กรชาวบ้านนั้น โดยหลักการทั่วไปจะกำหนดระยะงานไว้ 3 ระยะ คือ ก่อนการประชุมในหมู่บ้านหรือในองค์กร ระหว่างการประชุมและหลังการประชุม โดยมีการดำเนินการในแต่ละระยะ ดังนี้

6.2.1 ระยะก่อนการประชุมในหมู่บ้าน

1. เตรียมคณะทีมงาน เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวทั้งหมดร่วมกันโดยเฉพาะสถานการณ์ของชุมชนและเป้าหมายของงาน มีการนำข้อมูลชุมชนมาเรียนรู้ร่วมกัน แล้วทีมฝึกอบรมจึงยกร่างกำหนดการและแผนงานฝึกอบรมขึ้นมา

2. เตรียมชุมชน ทีมงานทำความเข้าใจกับชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มเยาวชน คนหนุ่มสาวได้คัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมด้วย เพื่อให้ได้มีประสบการณ์ในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ เป็นการเปิดโลกทัศน์ให้กว้างขวาง และกลุ่มหนุ่มสาวยังเป็นกำลังสำคัญที่จะสืบสานงานต่อจาก พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง ของเข่อีกด้วย ส่วนกลุ่มเป้าหมายสุดท้าย คือ คณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้ปกครองหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานนี้ด้วย เพื่อร่วมผลักดันให้ชุมชน

และกลุ่มได้เจริญเติบโตต่อไปภายหน้า หากเป็นการพัฒนาองค์กร บุคคลเป้าหมายคือ สมาชิกในองค์กร

3. เตรียมผู้รับผิดชอบ แล้วกำหนดไว้ในแผนงาน ในกรณีนี้ อาจเป็น 2 ส่วน คือ การกิจด้านสนับสนุนให้เกิดมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เช่น การเดินทาง ยานพาหนะ ที่พัก อาหาร สถานที่ประชุม อุปกรณ์ เครื่องมือบางอย่างและการกิจในแผนงานประชุม (Session Design) ส่วนนี้เป็นเครื่องมือที่สำคัญของการจัดประชุม เพราะจะกำหนดหัวข้อหลักที่จะประชุม กำหนดวัตถุประสงค์ของหัวข้อนั้น กำหนดขอบเขตเนื้อหา ระเบียบวิธีการ ระบบสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละหัวข้อและเวลาที่ใช้

6.2.2 ระหว่างการประชุม การกิจที่สำคัญยิ่งคือ ช่วงการดำเนินการประชุม เมื่อมีความพร้อมทุกด้าน ทั้งการเตรียมงานและผู้เข้าร่วมประชุมและทีมงานดำเนินงาน การดำเนินการก็จะปฏิบัติไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ สรุปเป็นภารกิจหลัก ได้ 3 กิจกรรม คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลหมู่บ้าน 2) การวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน 3) การวางแผนทางปฏิบัติ

6.2.3 หลังการประชุม การต่อเนื่องของกิจกรรมนี้ การกิจจะไม่สิ้นสุด เมื่อการประชุมเชิงปฏิบัติการเสร็จสิ้น หรือเมื่อที่ประชุมได้แผนงาน เป็นเพียงแต่การเริ่มต้น เพราะการพัฒนาหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้านยังไม่ได้เริ่มปฏิบัติตามแผนงานนั้น โดยหลักการแล้ว เมื่อจัดทำแผนได้แล้วจะต้องนำแผนงานนี้เสนอให้ที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบ เข้าที่ประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรชุมชน แล้วเสนอให้กับทางราชการดำเนินการต่อไป หรือแจ้งให้ทราบในกรณีไม่ได้ขอบประมาณทางราชการ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเช่น พัฒนาการ นักพัฒนา เกษตรตำบล ฯลฯ จะต้องกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนงานนั้น ซึ่งกลุ่มอาชีพ หรือชาวบ้าน ผู้รับผิดชอบจะต้องประชุมเพื่อปรึกษาหารือในการทำงานนั้นให้เป็นจริงขึ้นมา

6.3 ขั้นตอนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC

การระดมพลังสร้างสรรค์ AIC มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

6.3.1 ขั้นตอน A (Appreciation) การระดมพลังสร้างสรรค์พลังความรัก และความซาบซึ้งเข้าใจเป็นขั้นตอนการสร้างความรู้ โดยจัดให้ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้มาทำความเข้าใจสถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย ซึ่งมุ่งหวังร่วมกัน โดยมีกิจกรรมในขั้นตอนมี ดังนี้

1. กิจกรรมทำความรู้จักเพื่อสร้างบรรยากาศ ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เงื่อนไขต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูดและแสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน

2. การพูดถึงพัฒนาการของหมู่บ้าน ความทุกข์ยากในอดีต และประสบการณ์ร่วมมือพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงและรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง เงื่อนไขต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกวัยต่างๆ ได้มีบทบาทในการพูดถึงการมีส่วนร่วม ของตนเองในชุมชนและการพัฒนา

3. การพูดถึงสภาพปัญหาของหมู่บ้าน ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (หมู่บ้านของฉันทันนี้ : A 1) ให้แต่ละคนเขียนวาดภาพตามความคิดของตนเอง มาก-น้อยตามความต้องการ แบ่งกลุ่มย่อยแล้วให้แต่ละคนนำความคิดของตนเองไปเสนอต่อกลุ่มย่อยและให้สมาชิกในกลุ่มย่อยช่วยกันหลอมรวมความคิดของทุกคนในกลุ่ม สรุปเป็นความเห็น/ผลงานของกลุ่ม โดยรวมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่ม

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี ในขณะเดียวกันก็ต้องกระตุ้นให้แต่ละคนมีสำนึกร่วมกันกับกลุ่ม มีการซักถามได้แต่ไม่วิจารณ์ 2) ผู้ดำเนินการเป็นผู้ควบคุมการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งการแบ่งกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตั้งไว้ 3) การจัดกลุ่มควรแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ ประมาณ 10 คน

6.3.2 ขั้นตอน I (Influence) การระดมความคิดและมีปฏิสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา มีการร่วมใช้ความคิด สร้างสรรค์ วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อให้ได้วิธีการสำคัญที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด ขึ้นซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

1. การกำหนดแนวทางสู่เป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ร่วม โดยให้สมาชิกกลุ่มย่อยแต่ละคนเขียนแนวทาง ลักษณะโครงการที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมบนแผ่นกระดาษแล้วแต่ละคนนำเสนอแนวทางโดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์แล้วรวบรวมข้อเสนอของแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม ผู้แทนกลุ่มนำเสนอ และสมาชิกทั้งหมด ร่วมซักถามให้ข้อคิดเพิ่มเติม

2. วิเคราะห์จำแนกจัดลำดับแนวทางสู่วิสัยทัศน์ โดยพิจารณาแนวทางโครงการแต่ละข้อจัดลำดับความสำคัญและพิจารณาความต้องการเกื้อหนุนจากคนหรือองค์กรใด เห็นว่าสำคัญ และจะเป็นกุญแจไปสู่ความสำเร็จ แล้วผู้แทนกลุ่มคัดเลือกโครงการกิจกรรมของกลุ่มไว้เป็นประเภทรวมกิจกรรมที่เหมือนกันเข้าด้วยกันและจัดประเภทกิจกรรมเป็น 3 ประเภทคือ 1) สมาชิกทำเองได้ 2) กิจกรรมที่ต้องร่วมมือกับองค์กรในท้องถิ่น 3) กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือจากองค์กรนอกท้องถิ่น เมื่อแยกประเภทกิจกรรมแล้วให้แต่ละคนพิจารณาว่าหากมีทรัพยากรจำกัดจะเลือกกิจกรรมใดที่คิดว่า สำคัญที่สุด 3 – 4 อันดับ แล้วรวมคะแนนกิจกรรมที่ได้มากที่สุดเป็น ลำดับที่ 1, 2 และเรียงตามลำดับลงไป

เงื่อนไข ควรกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มย่อยได้แสดงเหตุผล อธิบายสนับสนุนความคิดของตนเอง เพื่อจูงใจให้ผู้อื่นเห็นคล้อยตาม เพื่อให้มีการร่วมวิเคราะห์และหาทางเลือกร่วมกันด้วยเหตุผล

6.3.3 ขั้นตอน C (Control) การระดมพลังความพยายามควบคุมการจัดการ เป็นการทำให้โครงการกิจกรรมที่คิดค้นร่วมกันมา กำหนดเป้าหมายแบบแผนปฏิบัติการ การวางแผนดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหา/ ตอบสนองความต้องการของหมู่บ้าน (ทำให้ฝันเป็นจริง) โดยผู้ร่วมประชุมเลือกเข้ากลุ่มย่อยตามหัวข้อกิจกรรม ตามความสนใจของตนเอง โดยลงชื่อความสนใจ แต่ละกลุ่มสนใจคิดและวางแผนตลอดจนเขียนรายงานละเอียดโครงการดำเนินงาน เพื่อให้ความต้องการของหมู่บ้านเป็นความจริงขึ้นมาได้ โดยเน้นการใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน โครงการที่เขียนขึ้น ควรประกอบด้วยรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่คิดได้ เพื่อให้สะดวกต่อการนำโครงการไปดำเนินงานจริงต่อไป เช่น จะทำอะไร ทำเมื่อไหร่ ทำอย่างไร ใครทำ มีการแบ่งบทบาท หน้าที่อย่างไร ประสานงานกับใครบ้าง และจะต้องใช้งบประมาณเท่าไร งบนี้จะได้จากไหน ทำแล้วจะได้ประโยชน์อะไร เป็นต้น แล้วแต่ละกลุ่มย่อยส่งตัวแทนมานำเสนอแผนงานและโครงการต่อกลุ่มใหญ่

เงื่อนไข ผู้ดำเนินรายการต้องลดบทบาทของตนเองลงเพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมรับบทบาท หน้าที่ในการตัดสินใจ และควบคุมการดำเนินกิจกรรมแทน

เมื่อได้ดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน ดังกล่าวแล้ว เป็นการนำแผนการดังกล่าวไปปฏิบัติจริง และเมื่อดำเนินการตามแผนเสร็จสิ้นแล้วหรือดำเนินการไประยะหนึ่งก็ควรจะมีการสรุป ประเมิน เพื่อนำมาปรับปรุงการทำงานในระยะต่อไป

จากการศึกษาผู้วิจัยได้นำเทคนิค AIC มาประยุกต์ใช้กับนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษารูปแบบของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ A : Appreciation

ขั้นที่ 2 คือ I : Influence

ขั้นที่ 3 คือ C : Control

ขั้นที่ 1 คือ A : Appreciation คือ “การทำให้ทุกคนเกิดการยอมรับและชื่นชมคนอื่น โดยไม่รู้สึกรังหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์” ในกระบวนการขั้นนี้ นิสิตทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกันด้วยการเขียน และพูดว่า เขาเห็นสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และเขาอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้ทุกคนมีโอกาสนำข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามข้อเท็จจริง เมื่อทุกคนได้แสดงออกโดยได้รับการยอมรับจากคนอื่น จะทำให้คนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข มีความอบอุ่น และเกิด “พลังร่วม” ขึ้นในระหว่างคนที่มาประชุมด้วยกันในช่วงของการแสดงออกว่า แต่ละคนอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร เป็นการใช้จินตนาการที่ไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัยและสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ การมองการณ์ไกล การมองภาพกว้างและการคิดสิ่งแปลกใหม่ได้ดีกว่าการคิดจากสภาพปัญหาหรือข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน นั่นคือ การใช้ “จิตนาการ” (Imagination) ซึ่งจะมีพลังมากขึ้นกลายเป็น “วิสัยทัศน์ร่วม” (Shared Vision) หรือ “อุดมการณ์ร่วม” (Shared Ideal) ซึ่งได้แก่ “เป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก” นั่นเอง

ขั้นที่ 2 คือ I : Influence คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญหรือยุทธศาสตร์ (Strategy) ที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมหรืออุดมการณ์ร่วมของกลุ่มได้อย่างดีที่สุด ในขั้นนี้ ทุกคนมีโอกาสดัดเทียมกันที่จะให้ข้อคิดเห็นว่า วิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมหรืออุดมการณ์ร่วมนั้นประกอบด้วยอะไรบ้าง เมื่อทุกคนแสดงความคิดเห็นแล้วจะนำ “วิธีการ” ที่เสนอแนะทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ แยกแยะ และพิจารณาร่วมกัน จนกระทั่งได้ “วิธีการสำคัญ” ที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่า จะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ ซึ่งในการพิจารณาเลือกวิธีการสำคัญนั้น สมาชิกกลุ่มจะมี “ปฏิสัมพันธ์” (Influence หรือ Interaction) ซึ่งกันและกันสูง รวมถึงการถกเถียงโต้แย้งกันด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกันว่าดีที่สุด เนื่องจากเป็นการถกเถียงโต้แย้งในระดับวิธีการดังกล่าวมี “เป้าหมาย” หรือ “อุดมการณ์” ร่วมกัน เพื่อได้มาซึ่งรูปแบบในการควบคุมน้ำหนัก

ขั้นที่ 3 คือ C : Control คือ การนำ “วิธีการสำคัญ” มากำหนดเป็น “แผนปฏิบัติการ” (Action Plan) อย่างละเอียดว่า ทำอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีกำหนดเวลาอย่างไร ใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายเท่าไร จากแหล่งใด จะมี

รายได้จากการดำเนินงานดังกล่าวหรือไม่ ถ้ามีประมาณเท่าไร และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่เห็นว่า ควรระบุไว้ในขั้นนี้ สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะเลือกเองว่า สมควรใจจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องใด จะเป็นผู้ให้ความร่วมมือในเรื่องใดจะเป็นผู้ร่วมคิดแผนปฏิบัติการข้อใดเป็นการกำหนด “ข้อผูกพัน” (Commitment) ให้ตนเองเพื่อ “ควบคุม” (Control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด นอกจากการเข้ารับผิดชอบหรือไม่ความร่วมมือตาม “แผนปฏิบัติการ” ที่กลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้นแล้ว สมาชิกกลุ่มในแต่ละคนยังอาจกำหนด “ข้อผูกพันเฉพาะตัว” (Personal Commitment) ได้อีกด้วย เพื่อเป็นการใช้พลังในส่วนของตัวเองแต่ละคนให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์มากที่สุด

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศ

สุลีส ทองวิเชียร (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองของนักเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ นักเรียนอาชีวศึกษาร้อยละ 20.8 รับรู้ว่า ตนเองมีรูปร่างอ้วนและมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับรูปร่างไม่ดี ทั้งนี้ นักเรียนร้อยละ 52.5 มีระดับภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 42.3 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน วิธีการลดน้ำหนักที่นักเรียนใช้ คือ การอดอาหารมื้อเย็นหรือมื้อเช้า รับประทานยาระบาย รับประทานอาหารลดน้ำหนัก ลดปริมาณในแต่ละมื้อ การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อุปสรรค อิทธิพลระหว่างบุคคลและเพศ สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองได้ร้อยละ 26

จิตติรดา อุปพงษ์ (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิตติมา บำรุงญาติ (2549: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคอ้วนและการลดน้ำหนัก ความคาดหวังต่อการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตนเพื่อลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วัชรภรณ์ ภูมิเขียว (2552: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองบัว จังหวัดเลย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้

การใช้ตัวแบบจากวิดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการสาธิตอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชยและการให้กำลังใจ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเอง ไม่แตกต่างกัน ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ลดลงไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ระหว่างคาดหวังความสามารถตนเองกับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการปฏิบัติหลังการทดลองมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หัตติยา นครชัย (2554 : 103 – 107) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมแผ่นพิมพ์โลหะ และชิ้นส่วนอุปกรณ์เครื่องในไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เฉพาะกลุ่มพนักงานหญิงที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากพนักงานหญิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้นและสามารถลดน้ำหนักลงได้ มีพฤติกรรมรับประทาน อาหารเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดัชนีมวลกายลดลงและค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอวลดลง หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกำกับตนเองในการลดน้ำหนัก

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุจำ (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัด ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1) เพื่อศึกษาความเหมาะสม ในองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam. 2008) และพัฒนาเครื่องมือ ทดสอบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดย 4 องค์ประกอบจาก 6 องค์ประกอบสำคัญที่มีความเหมาะสมสูงคือ ทักษะการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ มีความเที่ยงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก ($r = 0.86$) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่องค์ประกอบ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนและองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจ เพื่อสุขภาพยังต้องพัฒนาเพิ่มขึ้น

ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ (2550: บทคัดย่อ) ศึกษาวิธีคิดและกระบวนการตัดสินใจในเรื่อง พฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นที่อ้วนในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาวิธีคิด กระบวนการตัดสินใจ และการมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นที่อ้วนในกรุงเทพมหานคร ตลอดจนการปรับตัวและผลข้างเคียง จากพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่มีต่อการเรียน ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพด้วย โดยศึกษา จากผู้ให้ข้อมูล 12 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดและส่วนใหญ่คัดเลือกได้จากการติดต่อทางสื่ออินเทอร์เน็ต และจากการแนะนำต่อเนื่อง ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรมในการเก็บข้อมูล ผลการวิจัย

พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมลดน้ำหนัก มีวิธีคิด และให้ความหมายคุณค่าของความอ้วนที่นำไปสู่การตัดสินใจลดน้ำหนัก 4 เรื่อง ได้แก่ ความสวยงาม ความรัก การอยู่ในสังคม และแนวคิดเรื่องสุขภาพ กระบวนการตัดสินใจมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ความอ้วนได้กลายเป็นปัญหาเป็นขั้นตอนแรกที่วัยรุ่นเริ่มและให้ความหมายและคุณค่าของความอ้วน จนนำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งวัยรุ่นแต่ละคนก่อนจะตัดสินใจได้ต้องใช้เวลา และปัจจัยหลายประการเป็นตัวกำหนด โดยเฉพาะในเรื่องความสวยงามและความรัก ขั้นตอนที่สองเป็นการตัดสินใจลดน้ำหนัก สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มวัยรุ่นอ้วนที่ตัดสินใจทันที ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและกลุ่มวัยรุ่นอ้วนที่ใช้เวลาในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มักพึ่งพิงข้อมูลและความคิดเห็นจากกลุ่มเพื่อนๆ สุดท้าย เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการลดน้ำหนักโดยวัยรุ่นมีวิธีปฏิบัติ คือ การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกิน การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ยาลดน้ำหนัก และการใช้บริการสถาบันลดน้ำหนัก ซึ่งวัยรุ่นมีพฤติกรรมดังกล่าวในหลายรูปแบบทั้งแบบเดี่ยวๆ และแบบผสมผสานขึ้นอยู่กับเหตุผล อารมณ์ การกระตุ้นจากกลุ่มเพื่อนและการรับรู้จากสื่อโฆษณา การตัดสินใจของวัยรุ่นส่วนใหญ่มักไม่ใช้ข้อมูลหรือเหตุผลทางวิชาการ มักเป็นไปตามคำบอกเล่าของเพื่อนๆ และการโฆษณาส่วนผลกระทบจากพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นนั้น ครอบคลุมส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทั้งเรื่องเงินและความรู้สึก ส่วนในกลุ่มเพื่อนได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ

อานนท์ เฟิงส์ดา และ นิคม มูลเมือง (2556: 59 – 86) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จำนวน 388 คน พบว่า นักศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่านิยม ทศนคติ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ ความสามารถแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษาหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย นักศึกษาที่มีเพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายรับต่อเดือน และระดับการศึกษาของบิดา มารดาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อารยา และ จารุณี (2557: 9) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 90 คน พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01($r = 0.387$)

7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

วิง และคณะ (Wing Rena R; et al. 2006: 1563 – 1571) ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนักและการคงอยู่ของน้ำหนักในผู้ที่ลดน้ำหนักได้ กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการสุ่ม จำนวน 314 คน เป็นคนที่ลดน้ำหนักเฉลี่ย 19.3 กิโลกรัม ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา มีการแบ่ง กลุ่มตัวอย่าง เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 105 คน ได้รับข่าวสารทุก 3 เดือน กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ได้รับการ Intervention โดยทางอินเทอร์เน็ตเหมือนกันและอีกกลุ่มได้รับ Intervention แบบตัวต่อตัวในลักษณะการจัดอบรมและให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย ด้านจิตใจได้รับการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยาที่จบบัณฑิตศึกษาหรือระดับปริญญาเอก และเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ PC ผลลัพธ์ที่ได้ในระยะเวลา 18 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการ Intervention แบบการดูแลตัวต่อตัว น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.6 กิโลกรัม กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับบทเรียนในการลดน้ำหนัก การกำกับตนเอง ภาวะโภชนาการ และการออกกำลังกาย การโพสต์ขอคำปรึกษา การรายงานตัวผ่านห้องสนทนา น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.7 กิโลกรัม และ ในกลุ่มควบคุม น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.9 กิโลกรัม ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ Intervention สามารถควบคุมน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โกกี และคณะ (Gokee-LaRose, Jessica; et al. 2009: 1) ศึกษาพฤติกรรมการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักของวัยรุ่น เพื่อหารูปแบบการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยรุ่นในบริบทของการกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 คน อายุระหว่าง 21 – 35 ปี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 27 – 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยการให้ Intervention พฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยการกำกับตนเอง ใช้ระยะเวลาในการให้ Intervention 10 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินผล และติดตามผลใน 20 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จนกระทั่งติดตามผลต่อใน 20 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมน้ำหนักลดเฉพาะช่วง 10 สัปดาห์ แต่ในช่วงติดตามผลกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังสิ้นสุดการให้ Intervention และระยะติดตามผลพบว่าทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักลดลงไม่แตกต่างกัน

เอลิซาเบธ เอ เดนนิส และคณะ (Elizabeth, A. Dennis; et al. 2012: บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของนักศึกษาวิทยาลัยเฟรชแมน โดยเปรียบเทียบการให้ Intervention ทัศนคติปัญหาสังคมและการกำกับตนเอง ในนักศึกษาที่เปลี่ยนสภาพจากนักเรียนเป็นนักศึกษา เพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่ปกติ โดยนักศึกษามีส่วนร่วมในการให้ Intervention เพื่อเพิ่มความคาดหวังความสามารถตนเองในกรอบทัศนคติปัญหาสังคม มุ่งเน้นไปที่การอบรมเกี่ยวกับการกำกับตนเอง โดยสุ่มนักศึกษาที่อายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 45 คน ที่ยอมรับโปรแกรม ผ่านหลักสูตรออนไลน์และประชุมในชั้นเรียน ทดสอบก่อนและหลังการให้ Intervention มีการทำการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอาหาร สุขภาพ การออกกำลังกายปกติ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทักษะในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนและการกำกับตนเอง โดยมีสิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

วิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์หลังได้รับ Intervention 147 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับ Intervention มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีกลุ่มที่แตกต่างในเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย การให้ Intervention ได้รับผลการตอบรับดี แม้ว่าผลลัพธ์ด้านน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง

เดโบราห์ เอฟ เทต และคณะ (Deborah, F. Tate; et al. 2001: 1172 – 1177) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีสุขภาพดี อายุ 18 – 60 ปี ดัชนีมวลกาย 25 – 36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีการสุ่มให้ Intervention โปรแกรมลดน้ำหนักทางอินเทอร์เน็ต ทั้งสองกลุ่มได้รับการอบรมในครั้งแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งการให้ Intervention เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกได้รับบทเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด 24 บทเรียนผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลการประเมินตนเองเป็นรายสัปดาห์ทางกระดานข่าวและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ประเมินผลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ในเดือนที่เริ่มโปรแกรม เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่มีการติดต่อ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล น้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงต่างจากกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ผ่านทางเว็บไซต์อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสื่ออินเทอร์เน็ตและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นวิธีการสำหรับการสร้างโปรแกรมในการลดน้ำหนัก

สเตอร์ชเชอร์ และคณะ (Strecher; et al. 1995: 190 – 200) กล่าวถึงประโยชน์ของการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายที่คาดการณ์ภายใต้เงื่อนไขบางประการจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่สูงขึ้น และทฤษฎียืนยันความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับความยากของเป้าหมายและระดับประสิทธิภาพของงาน

คาร์ราคา อี วี และคณะ (Carraca, E.V.; et al. 2013: 493) ศึกษาโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการประเมินภาพลักษณ์ร่วมกับการกำกับตนเองในการรับประทานอาหาร พบว่า การกำกับตนเองในการบริโภคอาหารมีอิทธิพลต่อการลดน้ำหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สามารถทำนายภาพลักษณ์ในทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชาร์ฟี และ แบลงค์ (Sharif, Iman; & Blank, Arthur E. 2010: 43 – 48) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินอายุอยู่ระหว่าง 6 – 19 ปี ทดสอบความฉลาดทางสุขภาพโดยใช้แบบวัด STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy) พบว่า คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22.9 โดยแบบวัด มีค่าความเที่ยง 0.83

โนวิกส์ และคณะ (Novick; et al. 2015: 1) ศึกษาการประเมินค่าดัชนีมวลกายวัยรุ่นที่อ้วนในค่ายลูกเสือของอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน อายุ 13 – 18 ปี โดยนักโภชนาการสร้างหลักสูตรโภชนาการร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อหารือเกี่ยวกับนิสัยการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การวางแผนจัดเมนูอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกายโดยผู้นำการออกกำลังกาย การว่ายน้ำ เดินป่า พายเรือแคนู และยิงธนู โดยมีนักจิตวิทยาประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมบำบัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย

ลดลงร้อยละ 9.1 และเส้นรอบเอวลดลง ร้อยละ 7.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ราแมน และคณะ (Raman, Jayanthi; et al. 2013: 5) ศึกษาการบูรณาการโครงสร้างทางจิตวิทยาในการประเมินและการดูแลโรคอ้วน โดยเฉพาะความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน โดยการปรับเจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการน้ำหนักด้วยตนเอง การใช้พฤติกรรมบำบัดเฉพาะในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การสอนกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะซีมีเสร์รา ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าได้ผลมากกว่าการปรับพฤติกรรมอย่างเดียว

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการกำกับตนเองและความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการนำแนวคิดการกำกับตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย สังเกตการตัดสินใจและการมีปฏิกิริยาต่อตัวเองนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน รวมทั้งการเพิ่มทักษะด้านความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะนั้นหนักเกินจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักประสบความสำเร็จ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีขั้นตอนการดำเนินการค้นคว้า ดังนี้

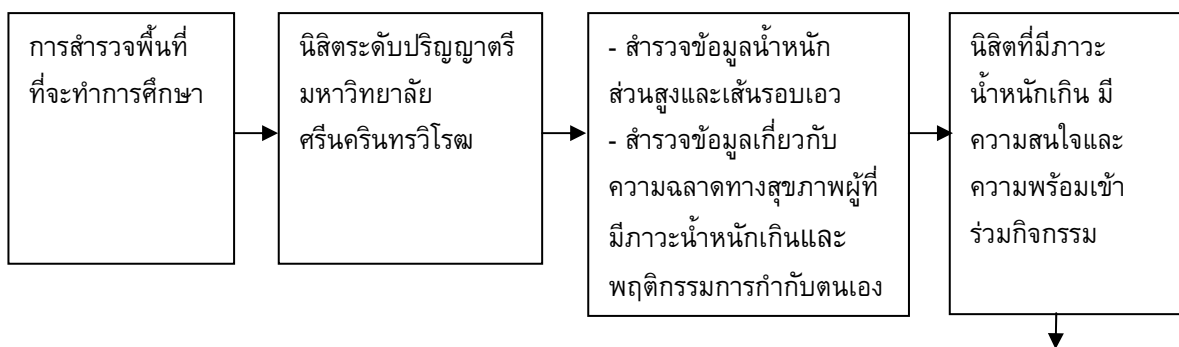
1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยและพัฒนาและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค AIC เพื่อการควบคุมน้ำหนักรของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังภาพประกอบ 2 คือ

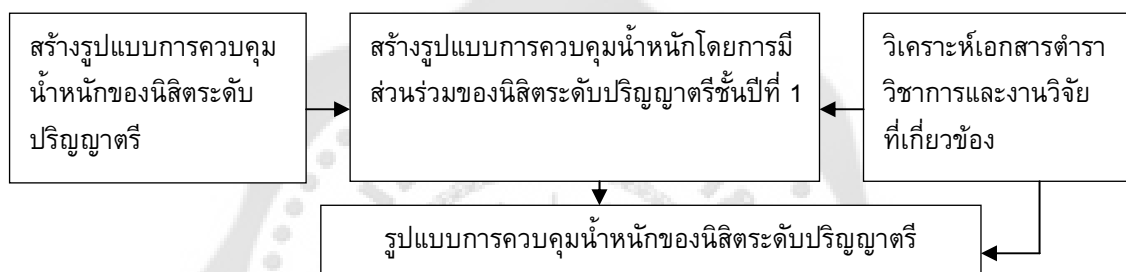
- ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่
- ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักรของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

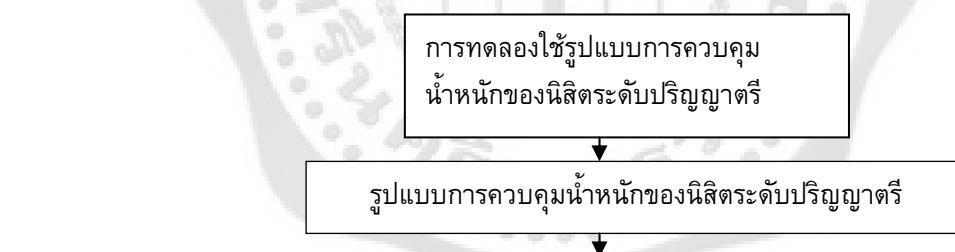
การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1



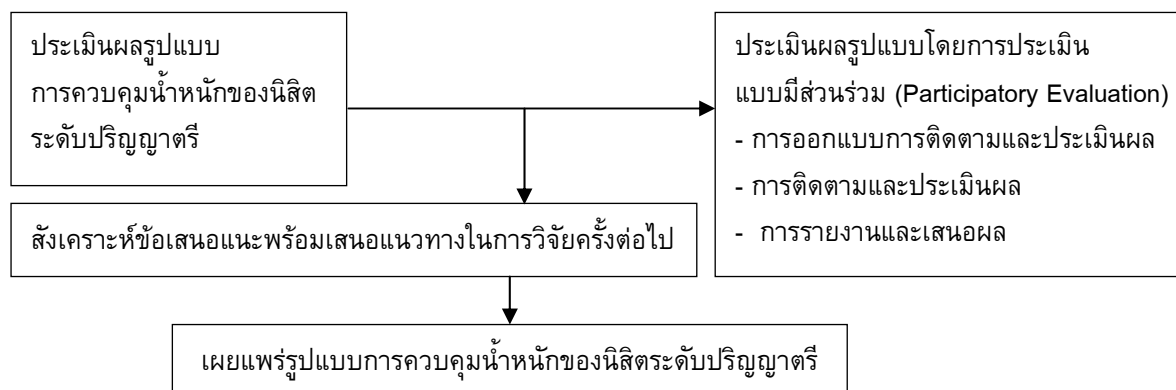
การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2



การดำเนินการวิจัยระยะที่ 3



การดำเนินการวิจัยระยะที่ 3



ภาพประกอบ 2 การดำเนินการวิจัย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่ศึกษาที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร จำนวน 1,851 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว ร่วมกับการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและการกำกับตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยกลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการหรือแนวคำถามกว้างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สนทนาเล่าเรื่องอย่างมีเป้าหมายเป็นการใช้คำถามนำไปสู่การสนทนา ผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการสนทนาร่วมกับผู้สัมภาษณ์เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำความเข้าใจประเด็นคำถามร่วมกัน ส่วนกลุ่มที่ 2 ร่วมในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับเทคนิค AIC ในขั้นตอนนี้ด้วย เป็นการสนทนาอภิปรายโต้ตอบอย่างอิสระ โดยมีสมาชิกทุกคนในกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ อภิปรายโต้ตอบระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันเอง ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายในเวลาจำกัด มีการตรวจสอบข้อมูลกันเอง ได้รายละเอียดของข้อมูล ข้อมูลพื้นฐาน ประเด็นสำคัญ สภาพปัญหา ได้ปัญหาที่แท้จริงเพื่อนำไปหารูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน การดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองในการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ได้จากรยะที่ 2

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling or Judgment Sampling) (นวลอนงค์ บุญฤทธิ์พงศ์, 2552: 139) เป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ศึกษาไว้โดยใช้เหตุผลและวิจารณญาณของผู้วิจัยเป็นตัวกำหนด จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณลักษณะที่กำหนดไว้มาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามต้องการ

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงปฏิบัติ ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างที่ต้องการ
2. สืบหาหน่วยประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. เลือกหน่วยประชากรที่มีคุณสมบัติและจำนวนตามที่กำหนด

การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงมีข้อดีคือได้ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา แต่มีข้อเสียคือถ้าผู้วิจัยไม่คุ้นเคยกับประชากรทั้งหมด อาจเกิดความผิดพลาดในการเลือกตัวอย่างได้ ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. มีภาวะน้ำหนักเกินซึ่งมีค่าดัชนีมวลกาย 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป
4. ไม่มีประวัติความผิดปกติเกี่ยวกับการบริโภค
5. ไม่มีโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดหรือโรคไต
6. ยินยอม สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การศึกษานี้ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หลังจากการสอบผ่านโครงร่างปริญญานิพนธ์ โดยผ่านขั้นตอนการขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ก่อนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่สำรวจ จำนวนนิสิตระดับปริญญาตรีปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เส้นรอบเอว ศึกษานำร่อง เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย ในการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย ความตั้งใจในการลดน้ำหนักและการเตือนตนเอง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดในการกำกับตนเอง และการสำรวจความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ใช้วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแบบ AIC แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม

1. กลุ่มที่จะใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีคุณลักษณะ คือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยลักษณะการแสวงหาข้อมูลจะดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่างจนกว่าจะพบว่า มีการอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) คือมีการซ้ำๆ กันของข้อมูล ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น มีการพัฒนามโนทัศน์ที่อธิบายปรากฏการณ์ และความสัมพันธ์ของข้อมูลได้เป็นอย่างดี โดยจะสัมภาษณ์ข้อมูลจากนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 10 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จะนำไปสู่

การวิเคราะห์ความคิดเห็นของนิสิตที่มีต่อภาวะน้ำหนักเกิน การมองภาพลักษณ์ของตนเอง ความคาดหวัง และความพยายามที่จะควบคุมน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ตนเองปฏิบัติอยู่

2. กลุ่มที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่มย่อย มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มแรก และมีความสนใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของนิสิตปริญญาตรีและแนวทางเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักและประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

3. กลุ่มที่เข้าร่วมในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มแรกที่ผ่านการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในขั้นตอนแรก จำนวน 10 คน เพื่อสังเคราะห์กลวิธีการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยทำการศึกษาในนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลรูปแบบควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการรายงานและนำเสนอผลการประเมินรูปแบบควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยจะทำการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้จัดทำแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

2. รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ได้จากวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบก่อนนำไปใช้ในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การได้มาซึ่งข้อมูลกระทำโดย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม และเป็นผู้ดำเนินการประชุมกลุ่ม ในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการเตรียมเก็บข้อมูล มีลำดับดังต่อไปนี้

1.1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 การเตรียมคำถามในการสัมภาษณ์ และคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยจะเลือกคำถามที่เข้าใจง่ายและสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมได้อย่างเป็นอิสระ

1.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล มีลำดับดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 10 คน สำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้ผู้รับการสัมภาษณ์เข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์นั้น ดำเนินการภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง มีการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สามารถแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นเป็นไปตามข้อเท็จจริง ผู้วิจัยบันทึกประเด็นสำคัญไว้ มีการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมจากการถอดเทปบันทึกเสียง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หลังการสัมภาษณ์เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง เตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

ขั้นที่ 3 การจัดสนทนากลุ่มนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 10 คน

วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้การประชุมกลุ่มดำเนินงานในลักษณะการอภิปรายกลุ่ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่ม มีการกำหนดประธานกลุ่มและเลขานุการกลุ่ม สลับเปลี่ยนกันไปในกลุ่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของสมาชิกกลุ่ม ถ้าหากวันใดไม่มีใครสมัครใจเป็นประธาน ผู้วิจัยดำเนินการเป็นประธานแทน โดยมีการขออนุญาตสมาชิกกลุ่มในการบันทึกเทปเสียงเพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ ในวงจรที่ 1 และการปรับปรุงแผน เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ในวงจรที่ 2 จากนั้นนำแผนที่ได้ไปปฏิบัติและปรับปรุงในวงจรที่ 3 และ 4 วงจรละ 1 สัปดาห์ จนเกิดการพัฒนา การปฏิบัติงานและพัฒนาองค์ความรู้ ดังภาพประกอบ 3

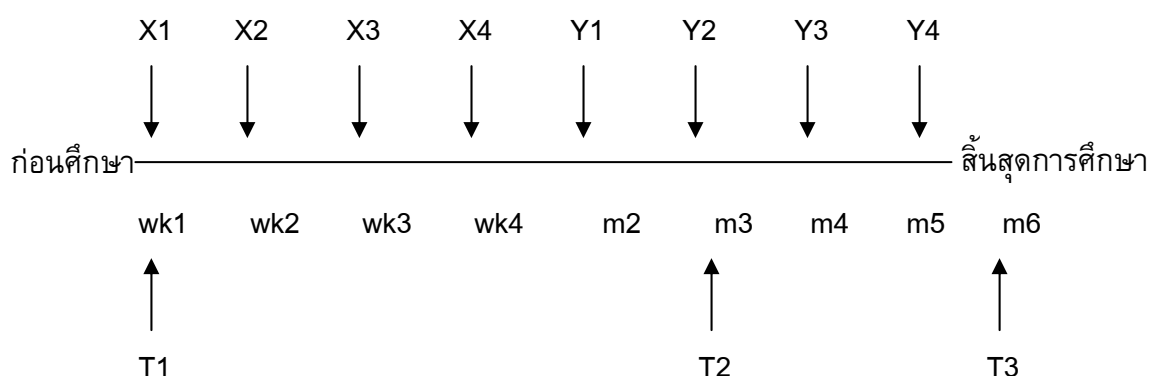


ภาพประกอบ 3 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ถึงแม้ว่าในขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินนี้ผู้วิจัยจะใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ก็ตาม แต่ในแต่ละช่วงนั้นก็จะมีผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างให้คำแนะนำแก่นิสิตด้วย ซึ่งประกอบด้วยนักสุขศึกษาเพื่อให้คำแนะนำแก่นิสิตเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก นักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำแก่นิสิตเกี่ยวกับการกำหนดโปรแกรมอาหารที่เหมาะสม ในการควบคุมน้ำหนัก ดังนั้นโปรแกรมที่ได้จะเน้นการออกกำลังกาย และการควบคุมโปรแกรมอาหารในการควบคุมน้ำหนัก โดยมีนิสิตร่วมในการเสนอความคิดเห็น ตัดสินใจ เป็นการเห็นพ้องต้องกันของกลุ่มนั่นเอง และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ การสื่อสารโดยมีการย้อนกลับของข้อมูล ซึ่งจะกำหนดรูปแบบต่อไป ตลอดจนการพัฒนาทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาซึ่งทักษะการตัดสินใจเพื่อให้เกิดผลดีกับตนเองมากที่สุด และในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้มีผู้ที่มีส่วนในการบริหารจัดการเกี่ยวกับด้านโภชนาการ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และเสนอแนวคิดในแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ได้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้กับนิสิตกลุ่มอื่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินต่อไป

2. ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้น จะทำการศึกษานิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยลงชื่อในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน สำหรับในขั้นตอนนี้ก็เช่นเดียวกับในขั้นตอนของวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพราะจะมีผู้เชี่ยวชาญในสาขา ต่างให้คำแนะนำแก่นิสิตด้วย ซึ่งประกอบด้วยนักสุขศึกษาเพื่อให้คำแนะนำแก่นักเรียนเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก นักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำแก่นิสิตเกี่ยวกับการกำหนดโปรแกรมอาหารที่เหมาะสม ในการควบคุมน้ำหนัก

ก่อนเข้าร่วมโครงการนิสิตทุกคนจะต้องได้รับการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทำแบบสอบถามความคิดเห็น และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและวัดรอบเอวทำแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน จากนั้นจะทำการนัดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้รูปแบบในการให้ Intervention เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพจะได้จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 หลังจากนั้นจะนัดนิสิตที่เข้าร่วมโครงการเพื่อทำการประเมิน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ความฉลาดทางสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอวเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 เดือน รวมระยะเวลาในขั้นตอนนี้เป็นเวลา 6 เดือน ดังรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

X1, X2, X3, X4	หมายถึง	การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 – 4
Y1, Y2, Y3, Y4	หมายถึง	การจัดกิจกรรมหลังการบรรยายให้ความรู้
wk1, wk2, wk3, wk4	หมายถึง	สัปดาห์ที่ 1 – 4
m2, m3, m4, m5, m6	หมายถึง	เดือนที่ 2 – 6
T1	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ
T2, T3	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังจากเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน และในช่วงระยะเวลานี้ จะมีการทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและกิจกรรมออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย
2. เทปบันทึกเสียง
3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
4. แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่ม ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยจะปรับแนวคำถามให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นแนวคำถามเชิงโครงสร้าง
5. บันทึกความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับเทคนิค AIC
6. รูปแบบในการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ได้จากวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับเทคนิค AIC
7. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน
8. แบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และแบบบันทึกน้ำหนักในแต่ละวัน
9. แบบประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในวันที่ 25 กันยายน 2556 หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-009/56 E ใบรับรองเลขที่ MF4Version 1:15/7/2556 ก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในฐานะผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่พัฒนาขึ้นก่อนทำการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล สามารถยุติการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลา รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มจะไม่ถูกเปิดเผยและข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้การรายงานผลการวิจัยจะทำในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงชื่อผู้ให้ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น จะกระทำภายหลังการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง จำแนกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันและแตกต่างกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อจะค้นหาความหลากหลายของปรากฏการณ์ แยกแยะองค์ประกอบของปรากฏการณ์และทำความเข้าใจเบื้องต้นกับข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลกับแนวคิดเชิงทฤษฎี แสวงหาข้อมูลที่แตกต่างกันและด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน ดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียง จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และพิมพ์ข้อมูลทั้งหมดใส่แฟ้มข้อมูล

พิมพ์บทสนทนาทั้งหมดที่ได้จากการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม และบันทึกความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้นำมาใส่รหัส แล้วบันทึกลงในแฟ้มข้อมูล จากนั้นจะค้นหาข้อมูลตามรหัส ได้ข้อมูลจำแนกเป็นหมวดหมู่ข้อมูล จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นประเด็น (Content Analysis) นำข้อมูลมาสร้างข้อสรุปชั่วคราว เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของกลุ่มข้อมูลต่างๆ มีการตัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออก วิเคราะห์ส่วนประกอบ แปลความหมายข้อมูล มีการเปรียบเทียบข้อมูล ประมวลผลความคิดจากข้อมูลเชิงรูปธรรม วิเคราะห์หาคุณลักษณะของข้อมูลที่จำแนกเป็นหัวข้อย่อยโดยพิจารณาความสอดคล้องกับคำถามการวิจัย แล้วทำเป็นข้อสรุปที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ตามวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปมัย ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. วิเคราะห์กิจกรรมในแต่ละครั้งร่วมกับผู้ให้ข้อมูลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล

2. นำเสนอกิจกรรมในการประชุมกลุ่ม

3. กำหนดแผนการประชุมกลุ่ม

4. รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรมกลุ่ม

5. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น

วิเคราะห์ถึงจุดดี จุดด้อย อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะ กลวิธีในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะมีการนำเสนอผลงานให้สมาชิกได้รับทราบ และร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมน้ำหนักสำหรับนิสิตปริญญาตรี

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กระทำโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนัก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One Way ANOVA with Repeated Measures ส่วนความแตกต่างในข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักรที่เหมาะสมสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มากระทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผล การวิเคราะห์ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

สำรวจจำนวนนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เส้นรอบเอว ศึกษา นาร่อง เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย ความตั้งใจในการลดน้ำหนักและการเตือนตนเอง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดในการกำกับตนเอง และการสำรวจความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำแนกตามเพศและคณะที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 3 ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาการวัด (IOC : Index of item Objective Congruence) เป็นรายข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC 1.0 นำไปทดลองใช้กับนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

2. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 6 ด้าน ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 11 ข้อ คำถามด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ คำถามด้านทักษะการสื่อสารจำนวน 6 ข้อ คำถามด้านทักษะการจัดการตนเองจำนวน 5 ข้อ คำถามด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก

เกณฑ์การแปลความหมายของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน

คะแนน	80 – 100	อยู่ในระดับดี
คะแนน	50 – 79.99	อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	0.00 – 49.99	อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

3.68 – 5.00	อยู่ในระดับดี
2.34 – 3.67	อยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33	อยู่ในระดับควรปรับปรุง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ (Independent samples t – test และ

One Way Analysis Of Variance

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
คณะ		
ทันตแพทยศาสตร์	57	13.01
วิทยาศาสตร์	156	35.62
ศิลปกรรมศาสตร์	70	15.98
วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ	23	5.25
วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน	56	12.79
วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	9.82
สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ	33	7.53
อายุ (ปี)		
17	6	1.37
18	194	44.29
19	214	48.86
20	16	3.65
21	4	0.91
22	2	0.46
23	2	0.46
เพศ		
ชาย	128	29.22
หญิง	310	70.78
เกรดเฉลี่ย		
1.00 – 1.99	6	1.37
2.00 – 2.99	189	43.15
3.00 – 4.00	243	55.48
รวม	438	100.00

จากตาราง 3 การวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 438 คน จาก 7 คณะที่ศึกษาที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ได้แก่ คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01 คณะวิทยาศาสตร์ จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 35.62 คณะศิลปกรรมศาสตร์ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 15.98 คณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.25 วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 12.79 วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 9.82 สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 7.53 มีอายุระหว่าง 17 – 23 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 48.86 รองลงมาอายุ 18 ปี จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 44.29 เป็นนิสิตหญิงจำนวน 310 คิดเป็นร้อยละ 70.78 นิสิตชายจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 29.22 เกรดเฉลี่ย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.00 – 4.00 จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 55.48 รองลงมาอยู่ระหว่าง 2.00 – 2.99 จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 43.15 นิสิตส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 149 – 182 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 164.32 เซนติเมตร น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 55 – 110 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.11 กิโลกรัม เส้นรอบเอวอยู่ระหว่าง 25 – 40 นิ้ว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.75 นิ้ว ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.5 – 32 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.36 กิโลกรัม/ตารางเมตร รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่ มากกว่า 25,000 บาท จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 51.37 จำนวนชั่วโมงในการนอน เฉลี่ยต่อวัน ส่วนใหญ่นอน 6 – 8 ชั่วโมง จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 66.89 รองลงมา นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 29.45 และลักษณะการจัดเตรียมอาหารในครอบครัวส่วนใหญ่ ครอบครัวจัดให้ 1 มือ ซื้อมือ 2 มือ จำนวน 296 คิดเป็นร้อยละ 67.58

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	$\bar{X}$	S	max	min
น้ำหนัก	57.11	12.29	110	55
ส่วนสูง	164.32	9.03	182	149
รอบเอว	27.75	7.65	40	25
ดัชนีมวลกาย	24.36	1.83	32	23.5
น้ำหนักที่นิสิตต้องการลดในระยะเวลา 6 เดือน	8.13	2.38	10	1

จากตาราง 3 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก 57.11 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.29 น้ำหนักมากที่สุด 110 กิโลกรัม น้อยสุด 55 กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ย 164.32 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.03 สูงที่สุด 182 เซนติเมตร สูงน้อยที่สุด 149 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 27.75 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.65 รอบเอวมากที่สุด 40 นิ้ว น้อยที่สุด 25 นิ้ว ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 24.36 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.83 ดัชนีมวลกายมากที่สุด 32 กิโลกรัม/ตารางเมตร และน้อยที่สุด 23.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร และน้ำหนักที่นิสิตต้องการลดในระยะเวลา 6 เดือน 8.13 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38 ต้องการลดมากที่สุด 10 กิโลกรัม และน้อยที่สุด 1 กิโลกรัม

ตาราง 3 (ต่อ) (n = 438)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	20	4.57
15,000 – 19,000 บาท	39	8.90
19,001 – 25,000 บาท	154	35.16
25,000 บาทขึ้นไป	225	51.37
ลักษณะการจัดเตรียมอาหารในครอบครัว		
ครอบครัวจัดให้ 1 มื้อ ซื้อมือ 2 มื้อ	296	67.58
ครอบครัวจัดให้ 3 มื้อ	17	3.88
ครอบครัวจัดให้ 2 มื้อ ซื้อมือ 1 มื้อ	39	8.90
ซื้อมือ 3 มื้อ	86	19.63
จำนวนชั่วโมงในการนอนของนิสิตโดยเฉลี่ยต่อวัน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	129	29.45
6 – 8 ชั่วโมง	293	66.89
มากกว่า 8 ชั่วโมง	16	3.65
มหาวิทยาลัยมีแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ		
น้อยที่สุด	12	2.74
น้อย	59	13.47
ปานกลาง	246	56.16
มาก	106	24.20
มากที่สุด	15	3.42
รวม	438	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มหาวิทยาลัยมีอุปกรณ์สนับสนุนในการหาข้อมูล		
ความรู้ด้านสุขภาพ		
น้อยที่สุด	30	6.85
น้อย	68	15.53
ปานกลาง	254	57.99
มาก	78	17.81
มากที่สุด	8	1.83
นิสิตมีความสนใจและใส่ใจที่จะลดน้ำหนัก		
น้อยที่สุด	35	7.99
น้อย	30	6.85
ปานกลาง	126	28.77
มาก	145	33.10
มากที่สุด	102	23.29
นิสิตเคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนักหรือไม่		
ไม่เคย	65	14.84
เคย	335	76.48
ไม่ตอบ	38	8.67
นิสิตลดน้ำหนักโดยวิธีใด (ตอบได้หลายข้อ)		
รับประทานอาหารที่มีเส้นใยร่วมกับการออกกำลังกาย	146	66.36
ออกกำลังกาย	46	20.91
ใช้ยาลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	16	7.27
จำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง	12	5.45
เหตุผลในการลดน้ำหนักของนิสิต (ตอบได้หลายข้อ)		
อยากมีรูปร่างดี	34	13.99
การเคลื่อนไหวร่างกายที่สะดวก	199	81.89
อยากมีร่างกายแข็งแรง	5	2.06
อื่นๆ	5	2.06
รวม	438	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า มหาวิทยาลัยมีแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 246 คน ร้อยละ 56.16 และอยู่ในระดับมาก 106 คน ร้อยละ 24.20 และ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามหาวิทยาลัยมีอุปกรณ์สนับสนุนในการหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 254 คน ร้อยละ 57.99 รองลงมาอยู่ในระดับมาก 78 คน ร้อยละ 17.81 และระดับน้อย 68 คน ร้อยละ 15.53 ความสนใจและใส่ใจที่จะลดน้ำหนัก อยู่ในระดับมาก 145 คน ร้อยละ 33.10 และรองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง 126 คน ร้อยละ 28.77 ระดับมากที่สุด 102 คน ร้อยละ 23.29 และน้อยที่สุด 35 คน ร้อยละ 7.99 นิสิตส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก 335 คน ร้อยละ 76.48 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก 65 คน ร้อยละ 14.84 ไม่ตอบ 38 คน ร้อยละ 8.67 วิธีลดน้ำหนักที่นิสิตเลือกปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหารที่มีเส้นใยร่วมกับการออกกำลังกาย 146 คน ร้อยละ 66.36 รองลงมาคือออกกำลังกาย 46 คน ร้อยละ 20.91 ใช้อาหารลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม 16 คน ร้อยละ 7.27 และจำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง 12 คน ร้อยละ 5.45 และเหตุผลในการลดน้ำหนักของนิสิตมากที่สุดคือการเคลื่อนไหวร่างกายที่สะดวก 199 คน ร้อยละ 81.89 รองลงมาคือ อยากมีรูปร่างดี 34 ร้อยละ 13.99 อยากมีร่างกายแข็งแรง 5 คน ร้อยละ 2.06 และอื่นๆ 5 คน ร้อยละ 2.06

ตาราง 4 ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ	33.11	11.25	ควรปรับปรุง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.50	0.54	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสาร	3.09	0.67	ปานกลาง
ทักษะการตัดสินใจ	2.89	0.49	ปานกลาง
การจัดการตนเอง	3.05	0.69	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	2.85	0.70	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับควรปรับปรุง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 5 การทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะนั้นักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี จำแนกตามเพศ

ความฉลาดทางสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้ความเข้าใจ	ชาย	128	34.34	12.59	1.468	0.143
	หญิง	310	32.60	10.62		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ชาย	128	2.41	0.54	2.252	0.025*
	หญิง	310	2.54	0.53		
ทักษะการสื่อสาร	ชาย	128	3.10	0.70	0.229	0.819
	หญิง	310	3.09	0.64		
ทักษะการตัดสินใจ	ชาย	128	2.94	0.59	1.6	0.11
	หญิง	310	2.86	0.44		
การจัดการตนเอง	ชาย	128	3.02	0.72	0.621	0.535
	หญิง	310	0.07	0.67		
การรู้เท่าทันสื่อ	ชาย	128	2.70	0.73	2.74	0.006*
	หญิง	310	2.91	0.68		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 5 พบว่า ความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะนั้นักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อของนิสิตหญิงมีความฉลาดมากกว่านิสิตชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 การทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวบน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี จำแนกตามคณะที่ศึกษา

ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวบน้ำหนักเกิน	คณะ	n	$\bar{X}$	S	F	p
ความรู้ความเข้าใจ	ทันตแพทยศาสตร์	57	37.24	14.54	3.986	0.001*
	วิทยาศาสตร์	156	33.22	9.33		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	32.99	11.07		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ	23	33.99	9.97		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	30.19	14.82		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	35.94	10.49		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	27.12	11.25		
	รวม	438	33.11	11.25		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ทันตแพทยศาสตร์	57	2.45	0.44	9.217	<0.001*
	วิทยาศาสตร์	156	2.45	0.45		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	2.51	0.53		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวฯ	23	2.43	0.63		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	2.93	0.63		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	2.22	0.55		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	2.55	0.51		
	รวม	438	2.50	0.54		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 (ต่อ)

ความฉลาดทาง สุขภาพเกี่ยวกับ ภาชนะน้ำหนักเกิน	คณะ	n	$\bar{X}$	S	F	p
ทักษะการสื่อสาร	ทันตแพทยศาสตร์	57	2.94	0.76	1.588	0.149
	วิทยาศาสตร์	156	3.19	0.59		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	3.15	0.63		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ	23	3.07	0.86		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	2.96	0.68		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	3.08	0.76		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	3.03	0.53		
	รวม	438	3.09	0.66		
ทักษะการตัดสินใจ	ทันตแพทยศาสตร์	57	2.88	0.65	1.65	0.132
	วิทยาศาสตร์	156	2.86	0.41		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	3.01	0.41		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวฯ	23	2.91	0.67		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	2.85	0.48		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	2.98	0.53		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	2.73	0.51		
	รวม	438	2.89	0.49		

ตาราง 6 (ต่อ)

ความฉลาดทาง สุขภาพเกี่ยวกับ ภาวะน้ำหนักเกิน	คณะ	n	$\bar{X}$	S	F	p
การจัดการตนเอง	ทันตแพทยศาสตร์	57	3.07	0.75	12.67	<0.001*
	วิทยาศาสตร์	156	3.27	0.63		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	3.18	0.60		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ	23	3.04	0.70		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	2.43	0.53		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	3.06	0.84		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	2.84	0.37		
	รวม	438	3.05	0.69		
การรู้เท่าทันสื่อ	ทันตแพทยศาสตร์	57	2.69	0.89	6.684	<0.001*
	วิทยาศาสตร์	156	3.09	0.66		
	ศิลปกรรมศาสตร์	70	2.83	0.62		
	วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและ					
	การท่องเที่ยวฯ	23	2.79	0.76		
	วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษา					
	ความยั่งยืน	56	2.48	0.53		
	วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม	43	2.86	0.65		
	สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และ					
	นโยบายสาธารณะ	33	2.70	0.72		
	รวม	438	2.85	0.70		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 6 พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี
ชั้นปีที่ 1 จำแนกตามคณะที่ศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจั
ดตนเองและการรู้เท่าทันสื่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านทักษะ
การสื่อสารและทักษะการตัดสินใจไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อนำผลด้านที่มีความแตกต่างกันมาทดสอบ

รายคู่ทำ Post Hoc comparison ด้วยวิธี Turkey พบว่า คณะทันตแพทยศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าสำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรเกินด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืนมีมากกว่าวิทยาลัยนวัตกรรมสื่อสารสังคม

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ได้เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยได้รับอนุมัติในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2556

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการวิจัยสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการหรือแนวคำถามกว้างๆ เพื่อกระตุ้นให้คู่สนทนาเล่าเรื่อง อย่างมีเป้าหมาย เป็นการใช้คำถามนำไปสู่การสนทนา ผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการสนทนา ร่วมกับผู้สัมภาษณ์เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำความเข้าใจประเด็นคำถามร่วมกัน โดยส่วนกลุ่มที่ 2 ร่วมในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับเทคนิค AIC ในขั้นตอนนี้ด้วย เป็นการสนทนาอภิปรายโต้ตอบอย่างอิสระ โดยมีสมาชิกทุกคนในกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ อภิปรายโต้ตอบระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันเอง ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายในเวลาจำกัด มีการตรวจสอบข้อมูลกันเอง ได้รายละเอียดของข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานประเด็นสำคัญ สภาพปัญหา ได้ปัญหาที่แท้จริงเพื่อนำไปหารูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

1. กลุ่มที่จะใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีคุณลักษณะคือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยลักษณะการแสวงหาข้อมูลดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มตัวอย่างจนกว่าพบว่าการอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) คือ มีการซ้ำๆ กัน ของข้อมูล ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น มีการพัฒนามโนทัศน์ที่อธิบายปรากฏการณ์ และความสัมพันธ์ของข้อมูลได้เป็นอย่างดี โดยสัมภาษณ์ข้อมูลจากนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 10 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำไปสู่การวิเคราะห์ความคิดเห็นของนิสิตที่มีต่อภาวะน้ำหนักเกิน การมองภาพลักษณ์ของตนเอง ความคาดหวังและความพยายามที่จะควบคุมน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ทั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

- 1.1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักควรมีรูปแบบอย่างไร
- 1.2 ท่านเคยกำหนดรูปแบบในการควบคุมน้ำหนักสำหรับตนเองหรือไม่ อย่างไร
- 1.3 รูปแบบสำหรับการควบคุมน้ำหนักสำหรับกลุ่มวัยรุ่นควรเป็นอย่างไร

1.4 ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักประสบความสำเร็จและมีผลต่อเนื่อง โดยไม่เกิดผลกระทบมีอะไรบ้าง

1.5 สิ่งสนับสนุนที่ทำให้การควบคุมน้ำหนักที่ได้ผลควรมีอะไรบ้าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ประกอบด้วยนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 2 คน คณะศิลปกรรมศาสตร์ จำนวน 3 คน วิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน 1 คน คณะวิทยาศาสตร์ 3 คน คณะพัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ 1 คน

บทสรุปจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประมวลความคิด ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลจากการสัมภาษณ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นประเด็น ดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักควรมีรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมกับสภาพของตนเอง ความพร้อมที่จะควบคุมน้ำหนัก การหาแรงบันดาลใจ การสร้างแรงจูงใจ การใช้เกณฑ์สำหรับตนเอง เพื่อการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ต้องบังคับตนเองให้ได้ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 “การหาแรงบันดาลใจสำหรับผมคือการมีความรัก การคบเพื่อนต่างเพศ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักให้ได้ เมื่อมีความรักจะทำให้เรามีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน”

1.2 “แรงจูงใจในการลดน้ำหนักของผม คือ ปัญหาสุขภาพเมื่อผมน้ำหนักมาก จะหายใจลำบาก เชื่องช้า สูญเสียภาพลักษณ์และเพื่อนล้อ อยากเป็นคนที่มีบุคลิกดี อยากเป็นทหาร และเป็นผู้นำ”

1.3 “ความตั้งใจในการลดน้ำหนักของผมเพื่อต้องการมีสุขภาพแข็งแรง หุ่นดี อยากใส่เสื้อผ้าสวยๆ”

2. รูปแบบในการควบคุมน้ำหนักสำหรับตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนัก คิดว่ารูปแบบในการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ได้แก่ การควบคุมตัวเองในการรับประทานอาหาร การควบคุมตนเองในการออกกำลังกาย การหาแรงสนับสนุน เพื่อให้ตนเองประสบความสำเร็จ การหาข้อมูลที่ทันสมัยเพื่อเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ตามคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 “การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อ ลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ลดขนมหวาน ของขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบต่างๆ และควรรับประทานสลัดในมือเย็น”

2.2 “สำหรับหนูปกติจะชอบดื่มชาสมุนไพร แต่ถ้าหนูตั้งใจจะลดน้ำหนักหนูจะลดการดื่มชาสมุนไพรลงค่ะ”

2.3 “การควบคุมอาหารให้ได้ผลต้องไม่กินอาหารตอนกลางคืน ไม่กินอาหารหลังสามทุ่ม ลดอาหารประเภทแป้งและลดตามความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ไม่หักโหมเกินไปจะเป็นผลเสียได้”

2.4 “การออกกำลังกายตามความชอบ ตามความเหมาะสมของตนเอง ออกกำลังกายอย่างมีความสุข วิ่งจ็อกกิ้ง”

3. รูปแบบสำหรับการควบคุมน้ำหนักสำหรับกลุ่มวัยรุ่นควรออกแบบโดยกลุ่มวัยรุ่นเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัลตนเอง เมื่อทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การหาแรงสนับสนุนเช่นเพื่อน พ่อ แม่ ช่วยเตือนในการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร ในการออกกำลังกาย การหาข้อมูลในการลดน้ำหนักเพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงจากการควบคุมน้ำหนัก เช่น อาจได้รับผลเสียถ้าเชื่อข้อมูลข่าวสารที่กล่าวอ้างหรืออวดสรรพคุณต่างๆในการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสำหรับการควบคุมน้ำหนัก และควรมีเทรนเนอร์ดูแลในการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก เลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เราชอบและถนัด และด้านการควบคุมอาหารควรมีผู้ให้คำแนะนำที่เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเพื่อให้ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

4. ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักประสบความสำเร็จและมีผลต่อเนื่องโดยไม่เกิดผลกระทบ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดคือการรู้จักตนเอง การบังคับตนเองให้ได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยไม่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด การใช้สติในการยับยั้งชั่งใจตนเอง ปัจจัยที่สองคือการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เราใจอ่อน เอื้อต่อการเข้าถึงอาหาร ของขบเคี้ยวหรือขนมหวานต่างๆ หรือแหล่งอาหารที่เราสามารถหาซื้อได้ง่าย และปัจจัยสุดท้ายเป็นการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เหมาะสมและง่ายต่อการปฏิบัติ โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนัก คือปัจจัยภายในตนเอง ปัจจัยภายนอกและสิ่งเร้า

5. สิ่งสนับสนุนที่ทำให้การควบคุมน้ำหนักได้ผลควรมีอะไรบ้าง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า เพื่อนเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่เป็นกำลังใจให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนัก นั่นคือ เพื่อนต้องทำหน้าที่เตือนเพื่อให้เราไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และคนในครอบครัว พ่อ แม่ หรือพี่ น้องเป็นแรงสนับสนุนให้เราตั้งใจควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ

บทสรุปจากผู้ให้ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนัก โดยการออกกำลังกายและลดปริมาณอาหารในมื้อเย็น การเลือกโดยส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าการควบคุมน้ำหนักให้ได้ผลต้องควบคุมตัวเองให้ได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นองค์ประกอบที่ช่วยในการตัดสินใจ ทำให้ได้ทราบถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์ประเภทของอาหารที่ทำให้อ้วนขึ้น แต่เคล็ดลับลดน้ำหนัก เช่น กาแฟบางยี่ห้อที่ใช้การโฆษณาชวนเชื่อทำให้ผู้บริโภคคล้อยตามหรือการเข้าโปรแกรมลดน้ำหนักของสถานความงามที่มีค่าใช้จ่ายที่สูง เมื่อใช้โปรแกรมผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้เข้ารับบริการไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้น้ำหนักที่ลดลงไปกลับมาเหมือนเดิมหรือมากกว่าเดิม สรุป แนวทางในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ การบังคับควบคุมตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่ตนเองถนัดในระยะเวลาที่เหมาะสม และเพียงพอต่อการเผาผลาญแคลอรีที่ได้รับเข้าไปในแต่ละวัน ผ่อนคลายความเครียดจากการพยายามลดอาหารโดยการแบ่งมื้ออาหารในการรับประทาน

ข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบในการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมต่อไป

3. กลุ่มที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่มย่อย มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มแรก และมีความสมัครใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของนิสิตปริญญาตรี และแนวทางเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักและประยุกต์ใช้แนวทางการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน นำแนวทางการควบคุมน้ำหนักจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาอภิปรายกลุ่มสำหรับกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 10 คน สังกัดคณะวิทยาศาสตร์ วิชาเอกชีววิทยา จำนวน 4 คน คณะพัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ จำนวน 3 คน และวิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม จำนวน 3 คน ได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ห้องบรรยาย 204 อาคารอเนกประสงค์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร หัวข้อที่นำมาอภิปรายประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก แรงสนับสนุนที่ทำให้การลดน้ำหนักที่ได้ผล วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการลดน้ำหนัก ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการลดน้ำหนัก รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดกิจกรรมควบคุมน้ำหนัก กระบวนการหรือขั้นตอนในการควบคุมน้ำหนัก การสนทนากลุ่มมีผู้ช่วยในการบันทึกข้อมูล 1 คน ใช้อุปกรณ์ในการอัดเสียงและการจดบันทึกขณะสนทนากลุ่ม ในการเริ่มต้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว กำหนดกรอบในการสนทนา บอกกติกาในการสนทนากลุ่ม การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนา การสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการประยุกต์การใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : A-I-C) ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน พลังแห่งความซาบซึ้ง (Appreciation) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นการละลายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มาจากต่างคณะ ต่างสาขาวิชาจำนวน 10 คน พลังแห่งความซาบซึ้ง (Appreciation) คือ พลังที่มีความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาเป็นมิตร ซาบซึ้งคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจต่อสิ่งที่อยู่รอบตัว บุคคล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความคุ้นเคย การทำความรู้จัก โดยใช้กิจกรรมการแนะนำตัวเอง เปิดเผยตัวตน เกิดความคุ้นเคยรู้จักกันมากขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการลดน้ำหนักของตนเอง ความรู้ที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย หรือวิธีการอื่นที่ทำให้ประสบความสำเร็จ โดยการแนะนำชื่อ – สกุล คณะ ประสบการณ์ของตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย

1.1 นิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกินสังกัดคณะวิทยาศาสตร์ วิชาเอกชีววิทยา จำนวน 4 คน

1.2 นิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สังกัดคณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม และการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ จำนวน 3 คน

1.3 นิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สังกัดวิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม จำนวน 3 คน

2. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

2.1 ประสบการณ์ในการลดน้ำหนักเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก ซึ่งบุคคลต้นแบบเป็นนิสิตคณะวิทยาศาสตร์ที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมน้ำหนัก

2.2 การตั้งเป้าหมาย ต้องการลดน้ำหนัก 20 กิโลกรัม ในระยะเวลา 3 เดือน จากเดิมหนัก 98 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 70 กิโลกรัม ซึ่งลดมากกว่าที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

2.3 การกำหนดตารางในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการนอนดึกที่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม นอนให้พอ แบ่งเวลาสำหรับการเรียน การทำงาน และการพักผ่อน

2.4 ปรับนิสัยในการรับประทานอาหาร สืบค้นข้อมูล เพื่อเลือกอาหารสำหรับการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับตนเอง ศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง จัดตารางการกินสำหรับตนเอง

2.5 การจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เมื่อเกิดความหิว รู้สึกเครียด หาทาทางผ่อนคลายความเครียดของตัวเอง ใช้สติในการยับยั้งชั่งใจตัวเอง

2.6 การออกกำลังกายตามธรรมชาติ เหมาะสมกับตนเอง เช่น การวิดพื้น
ควรรอกำลังกายสม่ำเสมอ ปกติออกกำลังกาย 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 1 – 2 ชั่วโมง

2.7 สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี ถ้าอ้วน ทำให้
บุคลิกไม่ดี

2.8 แรงสนับสนุนสำหรับตนเองคือพ่อ แม่ที่คอยให้กำลังใจ จัดเตรียม
อาหารให้ ทำให้มีกำลังใจในการไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.9 การตั้งรางวัลสำหรับตนเอง เมื่อไปถึงเป้าหมาย ซึ่งรางวัลที่ตั้งไว้
คือ น้ำหนักที่ลดลงได้และร่างกายแข็งแรง

ในขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอนในการสร้างความรู้ มีขั้นตอนในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงข้อคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดย
การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาภาวน้ำหนักเกินของตนเอง และนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ
ในการควบคุมน้ำหนัก

ขั้นตอน พลังสร้างสรรค์และการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ
การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ (Creative) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis)
ร่วมกัน แลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์กัน ผสมผสานกันด้วยความเข้าใจ มิตรไมตรี ปรารถนาดี ให้เกียรติ ให้
ความเคารพกันและกัน เป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่ทำให้เกิดรูปแบบการควบคุมน้ำหนักตามเป้าหมาย
ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้ให้แนวทางในการกำกับตนเองและการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่าง
ได้กำหนดแนวทางในการกำกับตนเองด้วยการระดมความคิดภายในกลุ่มเป็นช่วงการหาวิธีการ หรือ
มาตรการในการพัฒนารูปแบบและค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญ ตามความเห็นของกลุ่ม โดย
ขั้นตอนแรกเป็นการได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านอาหารและการออกกำลังกาย
ที่ถูกต้อง การหาความรู้เกี่ยวกับภาวน้ำหนักเกินที่ส่งผลตามมาในอนาคต เมื่อได้รับความรู้แล้ว มี
การบันทึกพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร อาหารที่ตนเองรับประทาน บันทึกข้อมูล
เกี่ยวกับการออกกำลังกายของตนเอง ได้แก่ ชนิดของการออกกำลังกาย ระยะเวลาและจำนวนครั้ง ใน
การออกกำลังกาย การหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารเพื่อเพิ่มทักษะในการตัดสินใจของตนเอง ข้อมูลที่ได้จาก
การอภิปราย สรุปเป็นขั้นตอนการกำกับตัวเองในการลดน้ำหนัก การแสวงหาความรู้จากสื่ออินเทอร์เน็ต
นำมาร่วมกันพิจารณาตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสาร และช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ
ด้วยการได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านการโภชนาการและการออกกำลังกายที่ถูกวิธี ใน
ขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการหลังจากขั้นตอนที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 ของการอภิปรายกลุ่ม

ขั้นตอนพลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ ความมุ่งมั่น
ผูกพัน รับผิดชอบ ในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายที่อยู่ในความดูแลของตน ให้ดำเนินไปด้วยดี
จนประสบผลสำเร็จ มีการวางแผน สร้างความเข้าใจ สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน
ควบคุมการปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำ

กิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติ การดำเนินการตามวงจรการปฏิบัติการ จากการระดมพลังสร้างสรรค์ “A-I-C” หลังจากขั้นตอนพลังสร้างสรรค์ และการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสานนำไปกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การออกกำลังกายและการบริโภคด้วยตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของตนเอง (Self – observation and Recording) การเลือกเทคนิคด้วยตนเอง (Self Selection of Technique) และการดำเนินเทคนิคด้วยตนเอง การกำหนดเงื่อนไข การเสริมแรง หลังการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย การประเมินตนเอง (Self –evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายของตนเอง การเสริมแรงหรือลงโทษ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเป้าหมายว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เมื่อไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ตามเป้าหมายให้ปรับเปลี่ยนแผน เปลี่ยนแปลงวิธีการออกกำลังกาย กำหนดวิธีการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง และให้รางวัลแก่ตนเอง เมื่อสามารถบรรลุเป้าหมายได้ หลังจากปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักแล้ว กลุ่มนำเสนอปัญหา อุปสรรคร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น บางช่วงเวลาเรียนหนัก เตรียมตัวสอบ ทำให้ต้องดูหนังสือตึก บางครั้งกำกับตนเองเรื่องอาหารไม่ได้ มีภาวะเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ กลุ่มเสนอแนวทางแก้ปัญหา โดยพยายามแบ่งเวลาให้เป็น ไม่รับประทานอาหารตอนกลางคืน ส่วนเวลาในการออกกำลังกายอาจจะปรับเปลี่ยนเป็นชนิดของการออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือต้องเดินทางไปออกกำลังกายนอกสถานที่ หลังจากนั้นสมาชิกนำไปปฏิบัติ

ทั้ง 3 ขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่มในวงจรปฏิบัติการข้อมูลที่ได้จากวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์กิจกรรมในแต่ละครั้งร่วมกับผู้ให้ข้อมูลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอกิจกรรมในการประชุมกลุ่ม กำหนดแผนการประชุมกลุ่มในแต่ละครั้ง รายงานความก้าวหน้าของกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า ในการควบคุมน้ำหนัก แบบหักโหมจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น T25 เป็นการออกกำลังกายที่เน้นการออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ หรือการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและบริหารร่างกายทุกสัดส่วน อย่างครบถ้วน โดยการเต้นอย่างหนักติดต่อกัน 25 นาที ไม่เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มเรียนรู้การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก วิเคราะห์ถึงจุดดี จุดด้อย อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะ กลวิธีในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีการนำเสนอผลงานให้สมาชิกได้รับทราบ และร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมน้ำหนักสำหรับนิสิตปริญญาตรี เมื่อเกิดข้อขัดแย้งในความคิดเห็นในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้นำแนวทางที่ควรปรับปรุงมาร่วมพิจารณา ทบทวน แก้ไข เพื่อให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และราบรื่น เข้าสู่วงจรการสนทนากลุ่มร่วมกับการปฏิบัติการร่วมกันในการหารูปแบบการลดน้ำหนักที่เหมาะสม

รูปแบบที่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of Item Objective Congruence) ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.0, 1.0, 0.95, 0.90 และ 0.85 ตามลำดับ

จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ นิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23.0 กก./ตารางเมตร ขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว สมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก โดยลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการ และเข้าร่วมโครงการได้ครบทุกครั้ง รูปแบบที่ได้สรุปเป็นขั้นตอนในการควบคุมน้ำหนัก ดังนี้

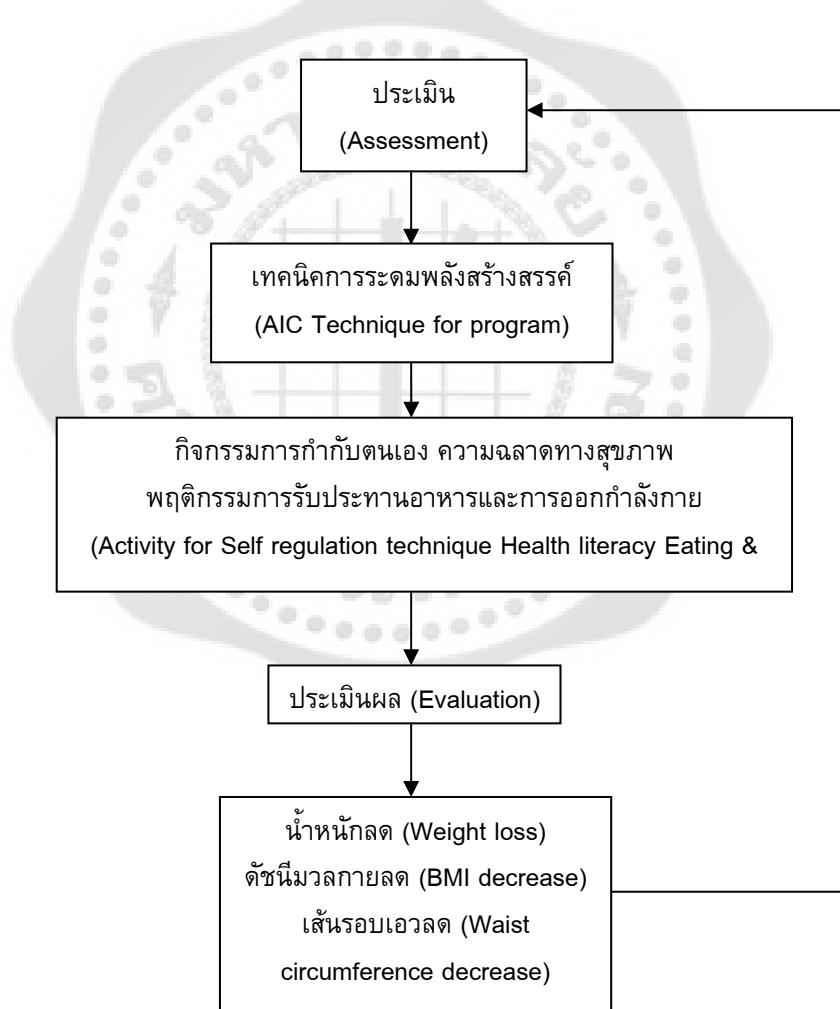
รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก
ขั้นตอนที่ 1 ลงทะเบียน ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการเข้าร่วมโปรแกรมตลอด 6 เดือน โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอม เข้าร่วมโปรแกรม และสามารถถอนตัวจากโปรแกรมได้ นัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอวตำแหน่งสะดือ 1. ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินก่อนเข้าโปรแกรม 2. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยวิทยากร
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ด้านการปรับพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกาย
ขั้นตอนที่ 3 การปรับพฤติกรรมบริโภค จัดอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับการควบคุมน้ำหนัก ให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจถึงปริมาณและพลังงานที่ได้รับจากอาหาร คำนวณพลังงานที่ได้รับเข้าไปและพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน โดยนักโภชนาการ
ขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ทำความรู้ไปกับการควบคุมอาหาร ดังนี้ 1. การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายการออกกำลังกายและการบริโภคด้วยตนเอง 2. การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายของตนเอง (self – observation and recording) 3. การเลือกเทคนิคด้วยตนเอง (self selection of technique) และการดำเนินเทคนิคด้วยตนเอง 4. การกำหนดเงื่อนไข การเสริมแรง หลังการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย 5. การประเมินตนเอง (self –evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายของตนเอง 6. การเสริมแรงหรือลงโทษ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเป้าหมายว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ 7. ผู้เชี่ยวชาญบรรยายให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก
ขั้นตอนที่ 5 ให้อำนาจเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกาย แบบบันทึกอาหารและการออกกำลังกาย และแผนการจัดการควบคุมน้ำหนัก เพื่อเป็นคู่มือทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้
ขั้นตอนที่ 6 ทบทวนเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงการลดน้ำหนักตัวและการคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัว โดยบันทึกเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่รับประทาน ระยะเวลาในการออกกำลังกาย และเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ได้ทำการตกลงร่วมกับกลุ่ม

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก (ต่อ)
ขั้นตอนที่ 7 ลงข้อมูลแบบบันทึกเป้าหมายและน้ำหนัก เส้นรอบเอว การออกกำลังกายและจำนวนแคลอรีของการรับประทานอาหาร ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ในการทดลองใช้รูปแบบด้วยตนเอง
ขั้นตอนที่ 8 ติดตามและประเมินผล เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจากทดลองใช้รูปแบบในการควบคุมน้ำหนัก

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิค AIC ได้ขั้นตอนการควบคุมน้ำหนักนำมาสรุปเป็นรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก ดังนี้

รูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยใช้ความฉลาดทางสุขภาพและการกำกับตนเอง

(Model of Weight Control by Self regulation and Health Literacy)



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 33 คน การดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ได้จากระยะที่ 2 โดยมีแผนการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก ดังนี้

แผนการจัดกิจกรรม เพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้การกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมโดย
 - 1.1 แนะนำตัวทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคย
 - 1.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย
 - 1.3 ชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลในการวิจัยตามกรอบของการรับรองจริยธรรมการวิจัยตามเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อต้องการ และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ติดต่อวิทยากรผู้เชี่ยวชาญบรรยายเกี่ยวกับ
 - 2.1 อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยอาจารย์ณัฐรี เสนาคำ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - 2.2 การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดย อาจารย์ ดร.วิจิตต์ มิตราพันธ์ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 - 2.3 ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยคุณณณมล ตรีเพชรศรีอุไร วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านความฉลาดทางสุขภาพ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
3. ติดต่อขอใช้ห้องบรรยายจากคณะพลศึกษา และห้องสำหรับจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย
4. จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสื่อ สำหรับการดำเนินการตามการจัดกิจกรรม
5. ติดต่อผู้นำในการออกกำลังกายจากภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ผ่านการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย ตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการการออกกำลังกาย ด้วยการเดินแอโรบิก
6. เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

7. เก็บรวบรวมข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว ก่อนการดำเนินการกิจกรรม ตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ให้การทำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ

8. จัดกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินหลังการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 และระยะ ติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 24

แผนการดำเนินกิจกรรม ตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี ปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
ระยะเตรียมการ	เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) - ชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง - วัดความยาวเส้นรอบเอว - แจกแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 15 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 1 - กิจกรรมกลุ่ม - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องเทคนิคการกำกับตนเอง โดยผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 20 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 2 - กิจกรรมกลุ่ม - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยอาจารย์นุชรี เสนาคำ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ณ ห้อง 210 อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 23 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 3 - กิจกรรมกลุ่ม - ทบทวนเทคนิคการกำกับตนเองและกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 27 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 4 - กิจกรรมกลุ่ม - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดย อาจารย์ ดร.วิจิต มิตรานันท์ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะ พลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ณ ห้อง 210 อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 8 วันที่ 28 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 5 - กิจกรรมกลุ่ม - ทบทวนเทคนิคการกำกับตนเองและกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย
สัปดาห์ที่ 10 วันที่ 29 ส.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 6 - กิจกรรมกลุ่ม - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน โดยคุณณณกุล ตรีเพชรศรีอุไร วิทยากร จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - แจกคู่มือการควบคุมน้ำหนัก
สัปดาห์ที่ 12 วันที่ 30 ก.ย. 57	กิจกรรมครั้งที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก (Post – test) โดยการ - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว - แจกแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน
สัปดาห์ที่ 16 วันที่ 15 ต.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 8 ทบทวนเทคนิคการควบคุมตนเอง กระตุ้นเตือนและออกกำลังกายโดยการเดิน แอโรบิกที่มินิสิตภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้นำการเดิน ณ ห้อง 201 A อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ
สัปดาห์ที่ 20 วันที่ 30 ต.ค. 57	กิจกรรมครั้งที่ 9 กระตุ้นเตือนเรื่องการออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
สัปดาห์ที่ 24 วันที่ 1 ธ.ค. 57	ทบทวนเทคนิคการควบคุมตนเอง กระตุ้นเตือนและออกกำลังกายโดยการเดิน แอโรบิก โดยนิสิตภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้นำการเดิน ณ ห้อง 201 A อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก โดยการ - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว - แจกแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

หมายเหตุ: เนื่องจากช่วงระยะเวลาในการจัดกิจกรรมบรรยายเกิดปัญหาความไม่สงบเรียบร้อย
ของบ้านเมือง จึงต้องปรับแผนการให้ความรู้ตามวันและเวลาที่ปรากฏในแผนการจัดกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมการฝึกการกำกับตนเอง

เป็นกิจกรรมการฝึกการกำกับตนเอง ในขั้นตอนการดำเนินการกำกับตนเองผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์ โดยเริ่มต้นจากการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ทำให้ตนเองมีภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หลังจากนั้นร่วมกันกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักที่แต่ละคนต้องการควบคุมภายในระยะเวลา 6 เดือน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเองในเรื่องการสังเกตตนเอง การตั้งเป้าหมาย การเสริมแรงและการลงโทษตนเอง

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

วิธีการ บรรยายประกอบสไลด์และอภิปรายกลุ่ม

สื่อการเรียนรู้

1. สไลด์ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเอง (รายละเอียดดังภาคผนวก ค)
2. สมุดคู่มือการควบคุมน้ำหนักและแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรม

การออกกำลังกาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อการควบคุมน้ำหนักเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร เพื่อการควบคุมน้ำหนัก และฝึกคำนวณพลังงานจากอาหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

วิธีการ

- บรรยายประกอบสไลด์เรื่องอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักโดยวิทยากร อาจารย์ นุชรี เสนาคำ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ณ ห้อง 210 อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สื่อการเรียนรู้

1. วิทยากร
2. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก (ภาคผนวก ค)
3. เมนูอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก
4. เมนูอาหารแลกเปลี่ยน

กิจกรรมครั้งที่ 3 ทบทวนเทคนิคการกำกับตนเองและกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การบริโภค

เป็นกิจกรรมทบทวนเทคนิคการกำกับตนเอง ทบทวนพฤติกรรมที่ตนเองวิเคราะห์และ
ตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ติดตามผลการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย

กิจกรรมครั้งที่ 4 การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เพื่อการควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้
กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักอย่างถูกวิธี และ
สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อการควบคุม
น้ำหนัก

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

วิธีการ

บรรยายประกอบสไลด์ เรื่องอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยวิทยากร อาจารย์
ดร.วิจิต มิตรานันท์ อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ณ ห้อง 210 อาคารพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สื่อการให้ความรู้

1. วิทยากร
2. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก (ภาคผนวก ค)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
คณะ		
มนุษยศาสตร์	15	45.45
ศิลปกรรมศาสตร์	18	54.55

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
อายุ		
18 ปี	14	42.42
19 ปี	15	45.45
20 ปี	2	6.06
21 ปี	1	3.03
22 ปี	1	3.03
เพศ		
ชาย	14	42.42
หญิง	19	57.58
เกรดเฉลี่ย		
1.00 – 1.99	1	3.03
2.00 – 2.99	12	36.36
3.00 – 4.00	20	60.61
รวม	33	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตคณะมนุษยศาสตร์ 15 คน ร้อยละ 45.45 และนิสิตคณะศิลปกรรมศาสตร์ 18 คน ร้อยละ 54.55 ส่วนใหญ่นิสิตมีอายุ 19 ปี 15 คน ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือ อายุ 18 ปี 14 คน ร้อยละ 42.42 อายุ 20 ปี 2 คน ร้อยละ 6.06 อายุ 21 ปี 1 คน ร้อยละ 3.03 และ อายุ 22 ปี 1 คน ร้อยละ 3.03 นิสิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 คน ร้อยละ 57.58 และ เพศชาย 14 คน ร้อยละ 42.42 และส่วนใหญ่นิสิตมีเกรดเฉลี่ยในภาคเรียนสุดท้าย 3.00 – 4.00 จำนวน 20 คน ร้อยละ 60.61 เกรด 2.00 – 2.99 จำนวน 12 คน ร้อยละ 36.36 และ เกรด 1.00 – 1.99 จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.03

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	$\bar{X}$	S	max	min
น้ำหนัก	78.97	8.27	116	71
ส่วนสูง	162.45	7.18	180	150
รอบเอว	32.88	3.49	39	27
ดัชนีมวลกาย	24.36	1.83	32	23
น้ำหนักที่นิสิตต้องการลดในระยะเวลา 6 เดือน	6.06	3.52	15	2

จากตาราง 7 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก 78.97 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.27 น้ำหนักมากที่สุด 116 กิโลกรัม น้อยสุด 71 กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ย 162.45 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.18 สูงที่สุด 180 เซนติเมตร สูงน้อยที่สุด 150 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 32.88 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 รอบเอวมามากที่สุด 39 นิ้ว น้อยที่สุด 27 นิ้ว ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 24.36 น้ำหนัก/ตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.83 ดัชนีมวลกายมากที่สุด 32 น้ำหนัก/ตารางเมตร และน้อยที่สุด 23 น้ำหนัก/ตารางเมตร และน้ำหนักที่นิสิตต้องการลดในระยะเวลา 6 เดือน 6.06 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.52 ต้องการลดมากที่สุด 15 กิโลกรัม และน้อยที่สุด 2 กิโลกรัม

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	4	12.12
15,000 – 19,000 บาท	1	3.03
19,001 – 25,000 บาท	4	12.12
25,000 บาทขึ้นไป	24	72.73
ลักษณะการจัดเตรียมอาหารในครอบครัว		
ครอบครัวจัดให้ 1 มื้อ ซื้อมื้อ 2 มื้อ	6	18.18
ครอบครัวจัดให้ 3 มื้อ	6	18.18
ครอบครัวจัดให้ 2 มื้อ ซื้อมื้อ 1 มื้อ	8	24.24
ซื้อมื้อ 3 มื้อ	13	39.39

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงในการนอนของนิสิตโดยเฉลี่ยต่อวัน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	8	24.24
6 – 8 ชั่วโมง	25	75.76
มากกว่า 8 ชั่วโมง	0	0.00
รวม	33	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 25,000 บาทขึ้นไป 24 คน ร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ มีรายได้ 19,001 – 25,000 บาท 4 คน ร้อยละ 12.12 มีรายได้ ต่ำกว่า 15,000 บาท 4 คน ร้อยละ 12.12 และมีรายได้ 15,000 – 19,000 บาท 1 คน ร้อยละ 3.03 ลักษณะการจัดเตรียมอาหารในครอบครัว ส่วนใหญ่ซื้อเอง 3 มื้อ 13 คน ร้อยละ 39.39 รองลงมาคือ ครอบครัวจัดให้ 2 มื้อ ซื้อเอง 1 มื้อ 8 คน ร้อยละ 24.24 ครอบครัวจัดให้ 1 มื้อ ซื้อเอง 2 มื้อ 6 คน ร้อยละ 18.18 และครอบครัวจัดให้ 3 มื้อ 6 คน ร้อยละ 18.18 และจำนวนชั่วโมงในการนอนของนิสิตโดยเฉลี่ยต่อวัน ส่วนใหญ่ 6 – 8 ชั่วโมง 25 คน ร้อยละ 75.76 และน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 8 คน ร้อยละ 24.24

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มหาวิทยาลัยมีแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ		
น้อยที่สุด	0	0.00
น้อย	6	18.18
ปานกลาง	27	81.82
มาก	0	0.00
มากที่สุด	0	0.00

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
มหาวิทยาลัยมีอุปกรณ์สนับสนุนในการหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ		
น้อยที่สุด	0	0.00
น้อย	10	30.30
ปานกลาง	19	57.58
มาก	4	12.12
มากที่สุด	0	0.00
รวม	33	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า มหาวิทยาลัยมีแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 27 คน ร้อยละ 81.82 และ อยู่ในระดับน้อย 6 คน ร้อยละ 18.18 และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า มหาวิทยาลัยมีอุปกรณ์สนับสนุนในการหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 19 คน ร้อยละ 57.58 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย 10 คน ร้อยละ 30.30 และระดับมาก 4 คน ร้อยละ 12.12

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
นิสิตมีความสนใจและใส่ใจที่จะลดน้ำหนัก		
น้อยที่สุด	3	9.09
น้อย	4	12.12
ปานกลาง	6	18.18
มาก	14	42.42
มากที่สุด	6	18.18
นิสิตเคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนักหรือไม่		
ไม่เคย	16	48.48
เคย	17	51.52

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
นิสิตลดน้ำหนักโดยวิธีใด (ตอบได้หลายข้อ)		
รับประทานอาหารที่มีเส้นใยร่วมกับการออกกำลังกาย	10	30.30
ออกกำลังกาย	19	57.58
ใช้ยาลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	2	6.06
จำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง	20	60.61
อื่นๆ	1	3.03
เหตุผลในการลดน้ำหนักของนิสิต (ตอบได้หลายข้อ)		
อยากมีรูปร่างดี	16	48.48
การเคลื่อนไหวร่างกายที่สะดวก	6	18.18
อยากมีร่างกายแข็งแรง	19	57.58
อื่นๆ	1	3.03
รวม	33	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความสนใจและใส่ใจที่จะลดน้ำหนัก อยู่ในระดับมาก 14 คน ร้อยละ 42.42 และ รองลงมาคืออยู่ในระดับมากที่สุดและปานกลาง 6 คนเท่ากัน ร้อยละ 18.18 ระดับน้อย 4 คน ร้อยละ 12.12 และน้อยที่สุด 3 คน ร้อยละ 9.09 นิสิตส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก 17 คน ร้อยละ 51.52 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก 16 คน ร้อยละ 48.48 วิธีลดน้ำหนักที่นิสิตเลือกทำมากที่สุดคือ จำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง 20 คน ร้อยละ 60.61 รองลงมาคือ ออกกำลังกาย 19 คน ร้อยละ 57.58 รับประทานอาหารที่มีเส้นใยร่วมกับการออกกำลังกาย 10 คน ร้อยละ 30.30 ใช้ยาลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม 2 คน ร้อยละ 6.06 และอื่นๆ 1 คน ร้อยละ 3.03 และเหตุผล ในการลดน้ำหนักของนิสิตมากที่สุดคือ อยากมีร่างกายแข็งแรง 19 คน ร้อยละ 57.58 รองลงมาคือ อยากมีรูปร่างดี 16 คน ร้อยละ 48.48 การเคลื่อนไหวร่างกายที่สะดวก 6 คน ร้อยละ 18.18 และ อื่นๆ 1 คน ร้อยละ 3.03

ตาราง 8 เปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน รายด้านของนิสิตก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการใช้รูปแบบควบคุมน้ำหนัก

ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน		n	$\bar{X}$	S	t	p
1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	ก่อน	33	7.63	1.55	1.421	.165
	หลัง	33	8.06	1.76		
2. ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ	ก่อน	33	2.93	.49	.886	.382
	หลัง	33	3.00	.50		
3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ก่อน	33	3.06	.51	4.012	<.01**
	หลัง	33	3.40	.46		
4. ทักษะการสื่อสาร	ก่อน	33	2.74	.42	4.703	<.01**
	หลัง	33	3.07	.49		
5. ทักษะการจัดการตนเอง	ก่อน	33	2.96	.64	4.513	<.01**
	หลัง	33	3.43	.60		
6. การรู้เท่าทันสื่อ	ก่อน	33	3.33	.79	3.114	.004**
	หลัง	33	3.64	.53		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 8 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมรูปแบบการควบคุมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ มีค่าเพิ่มขึ้น

ตาราง 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมรายด้านของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มี
ภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรม		n	$\bar{X}$	S	t	p
1. การบริโภคอาหาร	ก่อน	33	2.53	.36	3.295	.002**
	หลัง	33	2.76	.41		
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย	ก่อน	33	2.44	.33	2.496	.018*
	หลัง	33	2.61	.27		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรม
การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ .05 ตามลำดับ

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มี
ภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

การเข้าร่วมโปรแกรม	n	$\bar{X}$	S	t	p
ก่อน	33	25.63	2.97	8.664	<.01**
หลัง	33	25.10	2.95		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) และเก็บข้อมูลเปรียบเทียบ
การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One way
ANOVA with Repeated measures

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ตัวแปรที่ศึกษา	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1. น้ำหนัก	78.97	8.27	68.18	11.12	65.80	12.42
2. ค่าดัชนีมวลกาย	30.63	4.08	29.54	4.13	28.16	4.05
3. เส้นรอบเอว	32.87	3.48	27.27	3.05	24.59	3.17

จากตาราง 11 แสดงว่าน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงหลังการทดลอง

ตาราง 12 เปรียบเทียบน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3

รายการ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. น้ำหนัก	ระหว่างกลุ่ม	1	499831.82	499831.82	2558.25	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	32				
2. ค่าดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	1	85860.00	85860.00	1735.55	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	32				
3. เส้นรอบเอว	ระหว่างกลุ่ม	1	78992.36	78992.36	3480.11	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	32				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 แสดงว่าน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นจึงนำไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี บอนเฟอโรนี (Bonferroni's Method)

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของ นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3

ตัวแปรที่ศึกษา	คู่ที่ทดสอบ	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	p
น้ำหนัก	1 – 2	10.79	<.001**
	1 – 3	13.16	<.001**
	2 – 3	2.37	1.00
ค่าดัชนีมวลกาย	1 – 2	1.09	<.001**
	1 – 3	2.47	<.001**
	2 – 3	1.37	<.001**
เส้นรอบเอว	1 – 2	5.60	<.001**
	1 – 3	8.28	<.001**
	2 – 3	2.68	<.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักครั้งที่ 1 และ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักครั้งที่ 1 และ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนครั้งที่ 2 และ 3 ไม่แตกต่างกัน ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวครั้งที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ความฉลาดทางสุขภาพ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1. ความรู้และความเข้าใจ	63.53	13.20	69.98	17.67	73.83	15.86
2. ด้านทักษะการตัดสินใจ	2.57	0.46	2.72	0.48	3.01	0.54
3. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	3.10	0.50	3.61	0.37	3.41	0.48
4. ด้านทักษะการสื่อสาร	2.76	0.52	3.08	0.32	3.07	0.43
5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	2.85	0.35	3.69	0.50	3.42	0.59
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.02	0.86	3.82	0.45	3.57	0.56

จากตาราง 14 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินด้านความรู้และความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจ เพิ่มขึ้น ทั้ง 3 ครั้ง ($\bar{X} = 63.53$, $S = 13.20$, $\bar{X} = 69.98$, $S = 17.67$, $\bar{X} = 73.83$, $S = 15.86$ และ $\bar{X} = 2.57$, $S = 0.46$, $\bar{X} = 2.72$, $S = 0.48$, $\bar{X} = 3.01$, $S = 0.54$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านทักษะการสื่อสารด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในครั้งที่ 2 ในครั้งที่ 3 มีค่าลดลงกว่าครั้งที่ 2 ($\bar{X} = 3.10$, $S = 0.50$, $\bar{X} = 3.61$, $S = 0.37$, $\bar{X} = 3.41$, $S = 0.48$, $\bar{X} = 2.76$, $S = 0.52$, $\bar{X} = 3.08$, $S = 0.32$, $\bar{X} = 3.07$, $S = 0.43$, $\bar{X} = 2.85$, $S = 0.35$, $\bar{X} = 3.69$, $S = 0.50$, $\bar{X} = 3.42$, $S = 0.59$ และ $\bar{X} = 3.02$, $S = 0.86$, $\bar{X} = 3.82$, $S = 0.45$, $\bar{X} = 3.57$, $S = 0.56$)

ตาราง 15 เปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3

รายการ	แหล่ง ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. ความรู้และความเข้าใจ	ระหว่างกลุ่ม	2	2175.47	1087.74	4.40	.020*
	ความคลาดเคลื่อน	64	15841.06	247.52		
2. ด้านทักษะการตัดสินใจ	ระหว่างกลุ่ม	2	3.26	1.63	6.36*	.003**
	ความคลาดเคลื่อน	64	16.40	0.26		
3. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	ระหว่างกลุ่ม	2	4.36	2.18	10.34*	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	64	13.48	0.21		
4. ด้านทักษะการสื่อสาร	ระหว่างกลุ่ม	2	2.12	1.06	6.18*	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	64	10.99	0.17		
5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2	12.09	6.04	26.73*	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	64	14.47	0.23		
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	ระหว่างกลุ่ม	2	11.07	5.53	11.26*	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	64				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3 ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ดังนั้นจึงนำไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี บอนเฟอโรนี (Bonferroni's Method)

ตาราง 16 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจของ
นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1,
2 และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		62.53	69.98	73.83
ครั้งที่ 1	62.53	-	7.45	11.30*
ครั้งที่ 2	69.98	-	-	3.85
ครั้งที่ 3	73.83	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจ ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจของนิสิต
ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2
และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		2.57	2.72	3.01
ครั้งที่ 1	2.57	-	0.15	0.44**
ครั้งที่ 2	2.72	-	-	0.29
ครั้งที่ 3	3.01	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 3 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 18 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		3.10	3.61	3.41
ครั้งที่ 1	3.10	-	0.51**	0.31
ครั้งที่ 2	3.61	-	-	0.20
ครั้งที่ 3	3.41	-	-	-

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 19 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2 และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		2.76	3.08	3.07
ครั้งที่ 1	2.76	-	0.32**	0.31**
ครั้งที่ 2	3.08	-	-	0.01
ครั้งที่ 3	3.07	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 20 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเองของนิสิต
ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2
และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		2.85	3.69	3.42
ครั้งที่ 1	2.85	-	0.84**	0.43**
ครั้งที่ 2	3.69	-	-	0.27
ครั้งที่ 3	3.42	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 20 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 21 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อของนิสิต
ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1, 2
และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		3.02	3.82	3.57
ครั้งที่ 1	3.02	-	0.80**	0.55**
ครั้งที่ 2	3.82	-	-	0.25
ครั้งที่ 3	3.57	-	-	-

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและ
กิจกรรมทางกาย ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ตัวแปรที่ศึกษา	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.35	0.25	2.91	0.52	2.76	0.41
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย	2.65	0.28	2.82	0.74	2.60	0.27

จากตาราง 22 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
นิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนการฝึกเท่ากับ 2.35, 0.25
หลังการฝึกครั้งที่ 1 เท่ากับ 2.91, 0.52 และหลังการฝึกครั้งที่ 2 เท่ากับ 2.76, 0.41 และค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายก่อนการฝึกเท่ากับ 2.65, 0.28 หลังการฝึก
ครั้งที่ 1, 2.82, 0.74 และหลังการฝึกครั้งที่ 2, 2.60, 0.27 ตามลำดับ

ตาราง 23 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายของ
นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบ ครั้งที่ 1,
2 และ 3

รายการ	แหล่ง ความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	2	5.68	2.84	20.26	<.001**
	ความคลาดเคลื่อน	64	8.97	0.14		
2. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.91	0.45	2.06	.136
	ความคลาดเคลื่อน	64	14.05	0.22		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ส่วนการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงนำไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี บอนเฟอโรนี
(Bonferroni's Method)

ตาราง 24 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างการทดสอบครั้งที่ 1, 2 และ 3

ช่วงของการทดสอบ	$\bar{X}$	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		2.35	2.91	2.76
ครั้งที่ 1	2.35	-	0.56**	0.41**
ครั้งที่ 2	2.91	-	-	0.15
ครั้งที่ 3	2.76	-	-	-

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 24 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 25 ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ (n = 33)

รายการ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ความเหมาะสมของรูปแบบ	4.00	0.33	มาก
2. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	4.00	0.57	มาก
3. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	4.15	0.33	มาก
4. ด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	4.01	0.44	มาก
รวม	4.04	0.41	มาก

จากตาราง 25 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ว่ามีความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S = 0.33$) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S = 0.57$) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $S = 0.33$) และด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $S = 0.44$)

ตาราง 26 ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ (n = 33)

รายการ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านปัจจัยนำเข้า			
คู่มือการบริโภคอาหาร	3.97	0.40	มาก
คู่มือการออกกำลังกาย	3.84	0.57	มาก
การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร			
การบริโภคอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก	3.97	0.60	มาก
การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก	3.88	0.61	มาก
ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน	4.00	0.57	มาก
ด้านกระบวนการ			
การชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม	4.19	0.40	มาก
ขั้นตอนการออกกำลังกาย	4.19	0.40	มาก
ขั้นตอนการทบทวนเป้าหมาย	4.19	0.40	มาก
ขั้นตอนการกำกับตนเอง			
การกำหนดเป้าหมาย	4.06	0.50	มาก
การเสริมแรง	4.13	0.49	มาก
การประเมินผล	3.94	0.62	มาก
ขั้นตอนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	3.94	0.62	มาก
ด้านผลลัพธ์			
น้ำหนักของนิสิต	3.97	0.40	มาก
พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของนิสิต	3.84	0.57	มาก
ความฉลาดทางสุขภาพ	3.97	0.60	มาก
เส้นรอบเอว	3.89	0.61	มาก
รวม	4.00	0.33	มาก

จากตาราง 26 แสดงว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ว่ามีความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S = 0.33$)

ตาราง 27 ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ($n = 33$)

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	$\bar{X}$	S	ระดับ
รูปแบบนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับใด	4.00	0.57	มาก

จากตาราง 27 แสดงว่า นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S = 0.57$)

ตาราง 28 ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ($n = 33$)

รายการ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. เกิดผลตามวัตถุประสงค์	4.19	0.40	มาก
2. มีประโยชน์ในการนำรูปแบบนี้ไปใช้	4.19	0.40	มาก
3. การนำรูปแบบนี้ไปใช้ง่ายต่อการปฏิบัติ	4.19	0.40	มาก
4. รูปแบบนี้ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4.06	0.50	มาก
5. คู่มือและคำแนะนำ	4.13	0.49	มาก
รวม	4.15	0.33	มาก

จากตาราง 28 แสดงว่า นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพด้านการนำไปใช้ประโยชน์ว่า เกิดผลตามวัตถุประสงค์และมีประโยชน์ในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, $S = 0.40$) รูปแบบนี้ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, $S = 0.50$) คู่มือและคำแนะนำมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, $S = 0.49$)

ตาราง 29 ผลการประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร่วมของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก (n = 33)

รายการ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ช่วงเวลาที่จัด	3.94	0.62	มาก
2. ระยะเวลาที่จัด	3.94	0.62	มาก
3. รูปแบบกิจกรรมที่จัด	3.94	0.62	มาก
4. สื่อการเรียนรู้และอุปกรณ์	3.94	0.62	มาก
5. ผู้นำกิจกรรม	4.13	0.49	มาก
6. สถานที่จัดกิจกรรม	4.00	0.51	มาก
7. การเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ท่านตั้งไว้	4.16	0.37	มาก
8. ความพึงพอใจโดยรวมที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	4.03	0.47	มาก
รวม	4.00	0.57	มาก

จากตาราง 29 แสดงว่า โดยภาพรวมนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $S = 0.57$)

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 จากการสำรวจพื้นที่ที่จะศึกษาและสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่สำรวจจำนวนนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เส้นรอบเอว ศีรษะนอกรอบ เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย ความตั้งใจในการลดน้ำหนักและการเตือนตนเองโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดในการกำกับตนเอง และการสำรวจความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกินพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับควรปรับปรุง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในด้านความรู้ความเข้าใจตามความหมายที่บุคคลตัดสินใจ มีความฉลาดทางสุขภาพต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นทักษะด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะทางสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและทำให้เกิดแรงจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนไว้เสมอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2556: 8) ดังนั้นด้วยวุฒิภาวะของนิสิตที่มีประสบการณ์การเรียนรู้ไม่มากนัก คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจ จึงอยู่ในระดับควรปรับปรุง ส่วนความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านอื่นอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผลจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การมีทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อแสดงถึงการมีองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพระดับ 2 ขึ้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นความฉลาดทางปัญญาและทักษะทางสังคม เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น (นันทิมา, 2000: 259 – 267)

จากการทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 จำแนกตามเพศ พบว่า ความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้

เท่าทันสื่อของนิสิตหญิง มีความฉลาดมากกว่านิสิตชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะคุณลักษณะเพศหญิง มีความละเอียดรอบคอบในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อของนิสิตหญิงจึงมีมากกว่านิสิตชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อานนท์ เพ็งสีดา (2556: 76) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่า โดยภาพรวมนักศึกษาหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่านักศึกษาชาย

การทดสอบความแตกต่างของความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 จำแนกตามคณะที่ศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 จำแนกตามคณะที่ศึกษา ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อนำผลด้านที่มีความแตกต่างกันมาทดสอบรายคู่ทำ Post Hoc comparison ด้วยวิธี Tukey พบว่า คณะทันตแพทยศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจมากกว่าสำนักเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ เนื่องจากคณะทันตแพทยศาสตร์เป็นคณะที่อยู่ในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดังนั้นความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ด้านความรู้ ความเข้าใจ จึงมากกว่าสำนักเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ ที่เรียนทางด้านเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า นิสิตวิทยาลัยนานาชาติ เพื่อศึกษาความยั่งยืน มีมากกว่าคณะวิทยาศาสตร์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ คณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ และวิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม เนื่องจากลักษณะเฉพาะของนิสิตสาขานี้ มีทักษะในการสืบค้นข้อมูลจากวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตให้มีทักษะการคิดและการรับรู้ในการสร้างและรักษาความสมดุลระหว่างวัฒนธรรมมนุษย์และสิ่งแวดล้อม รวมถึงให้มีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการ การท่องเที่ยวและการพัฒนาที่ตอบสนองต่อธรรมชาติ และวัฒนธรรม แต่ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ด้านการจัดการตนเอง พบว่า นิสิตวิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน มีน้อยกว่าคณะวิทยาศาสตร์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ คณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ และวิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม และความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า นิสิตคณะวิทยาศาสตร์มีมากกว่าคณะทันตแพทยศาสตร์และวิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนานิสิตคณะวิทยาศาสตร์ด้วยหลักการบูรณาการตรรกะ ด้านความคิดให้มีความเป็นเลิศทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน จึงทำให้นิสิตสามารถรู้เท่าทันสื่อมากกว่า

สรุปผลการวิจัย การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะเพื่อการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง และคณะที่ศึกษามีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการควบคุมน้ำหนัของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ใช้วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแบบ AIC ที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) มีส่วนในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจเป็นวิธีการที่นำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน (Sustainable Development) เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับ สร้างความเป็นเจ้าของ และสร้างความรับผิดชอบและรับชอบร่วมกัน จุดสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผน คือ การตัดสินใจ เพราะถ้าใครตัดสินใจผู้หนึ่งต้องรับผิดชอบ ถ้าผู้ที่มีประโยชน์เกี่ยวข้อง ทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผน หมายความว่า ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน ในการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจสามารถนำไปใช้ได้ดีกับการวางแผนพัฒนารูปแบบได้ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้คนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นคนกระทำ ได้เรียนรู้ ได้ประสบการณ์ ได้รับรู้ข้อมูลใหม่และนำความรู้ประสบการณ์ และข้อมูลไปกำหนดแผนและวัตถุประสงค์ของแต่ละคน ได้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ประกอบด้วยขั้นตอนในการควบคุมน้ำหนักโดยการประเมินน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเอง ในการควบคุมน้ำหนัก ความฉลาดทางสุขภาพ การบริโภคที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยวิทยากร จากรูปแบบที่ได้ มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาหนักเกิน ส่วนใหญ่มีความต้องการในการลดน้ำหนักร้อยละ 42.42 เหตุผลในการลดน้ำหนักของนิสิตมากที่สุดคือ อยากมีร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 57.58 การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก ส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายไว้ที่ 6.06 กิโลกรัมในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการลดน้ำหนัก

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยทำการศึกษาในนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 33 คน อภิปรายผล ดังนี้

ในเรื่องความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และความรู้เท่าทันสื่อ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในเรื่องความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้น มีทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น เมื่อได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากวิทยากรของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับทักษะด้านต่าง ๆ มีผลต่อทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการได้รับสิทธิในการคุ้มครองดูแลผู้ป่วย ค.ศ. 2010 ที่บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ประชาชนที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือในการค้นหาข้อมูลและการบริการ ช่วยติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตัดสินใจว่าข้อมูลและการบริการที่ดีที่สุดสำหรับสถานการณ์ที่

แตกต่างกัน และประชาชนสามารถทำได้ตามที่ได้รับข้อมูลและบริการ (CDC. 2014: 1) สอดคล้องกับ เบญจมาศ สุจริตไมตรี (2556: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพและการดำเนินงาน ส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พบว่า สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นไปได้โดยอันดับแรกคือ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุจำ (2554: 95 – 96) ที่พัฒนาเครื่องมือวัด ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1) พบว่า องค์ประกอบ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนยังต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa; et al. 2008: บทคัดย่อ) ที่พบว่า การรายงานของสื่อ ที่เพิ่มขึ้น การแพร่กระจายอินเทอร์เน็ตอย่างรวดเร็ว และทักษะในการสืบค้นและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

ในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภค พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่ม ทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก นิสิตกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารถูกต้อง มากขึ้น อภิปรายได้ว่า การที่พฤติกรรมกรรมการบริโภคเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เป็นผลมาจากรูปแบบการควบคุม น้ำหนักที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยได้เชิญ วิทยากรที่เชี่ยวชาญมาบรรยายเกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อการควบคุมน้ำหนัก การให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำหนักเกิน และผู้วิจัยได้ ให้เทคนิคการกำกับตนเองโดยการบรรยาย และให้ คู่มือการบริโภคอาหารเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาด้วยตนเองร่วมกับการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหาร จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภค และตั้งเป้าหมายของตนเองในการควบคุม น้ำหนัก เลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมายนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สเตรชเชอร์ และคณะ (Strecher; et al. 1995: 190 – 200) กล่าวถึงประโยชน์ของการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายที่คาดการณ์ ภายใต้เงื่อนไขบางประการ จะนำไปสู่ผล การดำเนินงานที่สูงขึ้น และทฤษฎียืนยันความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับความยากของเป้าหมาย และระดับประสิทธิภาพของงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ โกคี ลาโรส และคณะ (Gokee-LaRose; et al. 2009: 1) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองสำหรับการลดน้ำหนักในวัยรุ่นอายุระหว่าง 21 – 35 ปี โดยการตั้งเป้าหมายการบริโภคอาหารโดยกำหนดแคลอรีที่ควรได้รับและชั่งน้ำหนักทุกวันในระยะเวลา 10 สัปดาห์ และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการกำกับตนเองในชีวิตประจำวันในระยะเวลา 20 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์ราคา อี วี และคณะ (Carraca, E.V.; et al. 2011: 1) ที่ใช้โปรแกรมการลด น้ำหนักโดยการประเมินภาพลักษณ์ร่วมกับการกำกับตนเองในการรับประทานอาหาร พบว่า การกำกับตนเองในการบริโภคอาหารมีอิทธิพลต่อการลดน้ำหนัก และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำนาย ภาพลักษณ์ในทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะ ช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องทำอย่างชัดเจน และใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบ

พฤติกรรมที่กระทำกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้นจะทำให้บุคคลมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2552: 71) และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ ภูมิเขียว (2552: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองหาน จังหวัดเลย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวิดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการสาธิตอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชยและการให้กำลังใจ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ ทัตติยานครชัย (2554: 103 – 107) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมแผ่นพิมพ์โลหะ และชิ้นส่วนอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เฉพาะกลุ่มพนักงานหญิงที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้นและสามารถลดน้ำหนักลงได้ มีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดัชนีมวลกายลดลง และค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอวลดลง หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกำกับตนเองในการลดน้ำหนัก

สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย หลังการทดลองใช้รูปแบบในการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก นิสิตมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายถูกต้องมากขึ้น อภิปรายได้ว่า การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ถูกวิธี โดยวิทยากรร่วมกับฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งกำกับตนเองโดยการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและเสริมแรงทางบวก โดยการให้รางวัลตนเอง ประกอบกับการเสริมพลังด้วยการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ โกเก้ ลาโรส และคณะ (Gokee LaRose, Jessica ; et al. 2009: 1) ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย เพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายจนกระทั่งออกกำลังกายได้วันละ 40 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดน้ำหนักและคงรักษาน้ำหนักไว้ในช่วงติดตามผล

ในเรื่องดัชนีมวลกาย จากการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีน้ำหนักลดลง

อภิปรายได้ว่าการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและการใช้รูปแบบการควบคุม น้ำหนักโดยใช้การกำกับตนเองในการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหาร ทำให้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้น รวมทั้งจากการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้กลุ่มทดลองมีการเข้าถึง ข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ได้ดีขึ้น ทำให้ น้ำหนักตัวกลุ่มทดลองลดลง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราแมน และคณะ (Jayanthi, Raman; et al. 2013: 5) ที่บูรณาการโครงสร้างทางจิตวิทยาในการประเมินและการดูแล โรคอ้วนโดยเฉพาะความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน โดยการปรับเจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการ น้ำหนักด้วยตนเอง การใช้พฤติกรรมบำบัดเฉพาะในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การสอนกลยุทธ์ ในการกำกับอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดสำหรับ ภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ ได้ผลมากกว่าการปรับพฤติกรรม อย่างเดียว

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กระทำโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความฉลาดทาง สุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One Way ANOVA with Repeated Measures อภิปรายผลได้ ดังนี้

น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว

น้ำหนัก

ผลการทดลองพบว่านิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงจาก ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย รายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงเฉพาะก่อนและหลังการทดลอง ส่วนในระยะติดตามผล พบว่า ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีน้ำหนักลดลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โกกี ลาโรส และ คณะ(Gokee Larose, Jessica; ed al. 2009:1) ศึกษาพฤติกรรมการกำกับตนเองในการลดน้ำหนัก ในผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 21 – 35 ปี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 27 – 40 กก./ตารางเมตร ที่ใช้ โปรแกรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองโดยใช้พฤติกรรมการกำกับตนเอง ด้าน การออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายในการกำหนดแคลอรีที่เหมาะสมกับน้ำหนัก กำหนดเป้าหมายใน การออกกำลังกายและการชั่งและบันทึกร่างกายด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่า ก่อนการทดลองและยังคงอยู่ในระยะติดตามผล

ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว

ผลการทดลอง พบว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง หลังการทดลอง และคงอยู่ในระยะติดตามผล สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ภายหลังเข้าร่วม กิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีเส้นรอบเอวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ โนวิคค์ และคณะ (Novick; et al. 2015: 1) ศึกษาการประเมินค่าดัชนี มวลกายวัยรุ่นที่อ้วนในค่ายลูกเสือของอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน และอ้วน อายุ 13 – 18 ปี โดยนักโภชนาการสร้างหลักสูตรโภชนาการร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม เพื่อหรือเกี่ยวกับ นิสัยการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การวางแผนจัดเมนูอาหาร และกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยผู้นำการออกกำลังกาย การว่ายน้ำ เดินป่า พายเรือแคนู และยิงธนู โดยมีนักจิตวิทยาประชุมกลุ่ม ทุกสัปดาห์ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมบำบัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงร้อยละ 9.1 และเส้นรอบเอวลดลง ร้อยละ 7.1 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2555: 44) ศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้กระบวนการควบคุมตนเอง วิเคราะห์และคัดเลือกพฤติกรรมเป้าหมายประกอบด้วยการติดตามตนเอง (Self – monitoring) การประเมินตนเอง (Self – evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforcement) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลทำให้ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

ผลการทดลองพบว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินด้านความรู้และความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น ทั้ง 3 ครั้ง ส่วนด้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในครั้งที่ 2 ส่วนครั้งที่ 3 มีค่าลดลงกว่าครั้งที่ 2 และเมื่อนำไปทดสอบรายคู่ พบว่า นิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ และความเข้าใจ ของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านทักษะการตัดสินใจของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านทักษะการสื่อสารของการทดสอบครั้งที่ 1 แตกต่างกับ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจของนิสิต พัฒนาได้จากการได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพ

เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากวิทยาการที่มีความเชี่ยวชาญและมีการแนะนำวิธีการสืบค้นข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับตนเอง ทำให้นิสิตมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น และยังคงอยู่หลังการติดตามผลเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วารีสะอาด และคณะ (2557: 19) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสารสนเทศศึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ชั้นปีที่ 1 – 4 จำนวน 143 คน พบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพในระดับมากที่สุดทางเฟซบุ๊ค และมีความสามารถในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพในระดับมาก

ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในครั้งที่ 2 ส่วนครั้งที่ 3 มีค่าลดลงกว่าครั้งที่ 2 แสดงว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของนิสิตที่ได้รับหลังจากได้รับการอบรมจากวิทยากรอยู่ในช่วงสนใจใฝ่รู้ทำให้ความฉลาดทางสุขภาพด้านนี้เพิ่มขึ้น แต่เมื่อติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน มีค่าลดลง อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงอุปกรณ์สนับสนุนเพื่อการสืบค้นข้อมูลข่าวสารของนิสิตยังมีความไม่สะดวกมากพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วารีสะอาด และคณะ (2555: 21) พบว่า นิสิตยังขาดการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการนำไปสู่การมีสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554: 23) ที่พบว่า เยาวชนยังขาดการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ เป็นผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากการรู้เท่าทันสื่อยังไม่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการ ทำให้ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การพัฒนาหลักสูตรการสอนการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารีฟ และ แบลงค์ (Sharif, Iman; & Blank, Arthur E. 2010: 43 – 48) ทดสอบความฉลาดทางสุขภาพเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้แบบวัด STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy) พบว่า คะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22.9 โดยแบบวัดมีค่าความเที่ยง 0.83 ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร ที่พบว่า มีค่าเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการทดลองแต่เมื่อผ่านไปในระยะติดตามผลมีค่าลดลงนั้น อภิปรายได้ว่า ในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านทักษะการสื่อสารนั้น เนื่องจากความฉลาดมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินต้องอาศัยคุณลักษณะทักษะด้านนี้ในการออกแบบการดำเนินงาน (intervention) ซึ่งเป็นคุณลักษณะขั้นพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินตั้งแต่ระดับขั้นพื้นฐานที่มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ขั้นนี้มีปฏิสัมพันธ์ที่ต้องมีทักษะในการตัดสินใจระดับพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี – ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติ ซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี และขั้นวิจารณ์ญาณที่ต้องมีทักษะในการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจึงต้องอาศัยเวลา และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษาและสถาบันวิจัย

พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2556: 60) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) เสนอแนะว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญที่ช่วยการดูแลและป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และพฤติกรรมออกกำลังกายที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงให้กับบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยอาศัยหลักการ เช่น การเตือนตนเอง (Self-monitoring) การควบคุมสิ่งกระตุ้น (Stimulus Control) การสร้างแรงจูงใจ (Reinforcement) และการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (Cognitive Behavioral Techniques) และติดตามประเมินผลการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อไป และความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านการจัดการตนเอง พบว่า มีค่าเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการทดลองแต่เมื่อผ่านไปในระยะติดตามผลมีค่าลดลงนั้น อภิปรายได้ว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานนั้น มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับปฏิสัมพันธ์ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและในระดับวิจารณ์ญาณ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นในการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่มีช่วงระยะเวลาในการดำเนินการทดลองค่อนข้างจำกัด และเมื่อถึงระยะในการติดตามผลทำให้ผลด้านการจัดการตนเองมีค่าลดลง เนื่องจากการจัดการตนเองเพื่อทบทวนเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินที่ถูกต้อง ไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ จึงควรต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินให้ครบทุกด้าน เพื่อสร้างโอกาสให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา และจารุณี (2557: 9) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = 0.387$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการทดลองพบว่านิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นิสิตมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้น อธิบายได้ว่า การที่นิสิตกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ร่วมกันตั้งเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรมและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับตนเอง การตั้งเป้าหมายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกำกับตนเองเพื่อให้นิสัยรับรู้พฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ และเมื่อพฤติกรรมนั้นทำให้นิสิตบรรลุเป้าหมายก็ได้รับการเสริมแรงทางบวกให้กับตนเอง ทำให้พฤติกรรมยังคงอยู่หลังการติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาดา แก่นเผือก สุวรรณ จันทรประเสริฐ และ วรณิกา อัครชัยสุภิกรม (2557: 113) ศึกษาผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็ว เพื่อการควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ทำให้นิสิตมีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการบรรลุเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักมากขึ้น

การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย

ผลการทดลองพบว่า การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายของนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ในขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพนั้น นิสิตได้รับความรู้จากวิทยากรเรื่องการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักได้รับคู่มือการออกกำลังกายที่ถูกวิธี ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและมีการเสริมแรงทางบวก ทำให้นิสิตมีกำลังใจในการปฏิบัติ รวมทั้งได้รับความรู้จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องจากวิทยากร และเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติ ทำให้นิสิตมีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์ราภา อีฟ และคณะ (2013: 493) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย และการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย และสร้างแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับมุ่งเน้นการเพิ่มการกำกับตนเองและสมรรถนะในการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายและการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นบทบาทสำคัญในการควบคุมน้ำหนักในระยะยาว

การประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

ประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) พบว่า นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพว่า มีความเหมาะสมของรูปแบบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ และด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การที่นิสิตมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายในการกำกับตนเอง ทั้งด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้นิสิตมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับแนวทางในการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของ จูนิจต์ ไอ (Gunijt, I. 2014: 1) ที่ว่าการใช้วิธีการมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เข้าร่วมในโปรแกรม หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายที่กำหนด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ สรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนิสิตที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้กลุ่มทดลองมีความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินด้านความรู้และความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายถูกต้องมากขึ้น และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นที่ต้องการควบคุมน้ำหนักได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับมหาวิทยาลัยในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรมีการติดตามผลการควบคุมน้ำหนักของนิสิตอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

1.2 ควรส่งเสริมสุขภาพนิสิตด้านการออกกำลังกาย รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ หรือสถานที่เพื่อการออกกำลังกายให้เพียงพอ

1.3 ควรมีการจัดจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสม สะดวกสำหรับนิสิตที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก

1.4 ควรมีนโยบายเพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการได้รับการปลูกฝังพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลด้านการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

1.5 ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการคิด วิเคราะห์และทักษะด้านต่างๆ เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของนิสิต

1.6 หน่วยงานที่ดูแลสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยเช่นกองกิจการนิสิต ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเท่านั้น ซึ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายส่งผลให้นิสิตมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำเทคนิคการกำกับตนเองไปใช้กับนิสิตกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพด้านอื่น เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.2 ควรศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิต



บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชน
ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2546 – 2547. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าต่างประเทศ.
----- . (2548, ตุลาคม). กรมอนามัยเผยผลวิจัยคนกรุงพฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยงโรคอ้วน.
สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2556, จาก <http://www.nutrition.anamai.moph.go.th/fat.htm>.
- กองสุศึกษาและมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- . (2556). รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มี
ภาวะน้ำหนักเกิน (*Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight*). สืบค้นเมื่อ
25 มกราคม 2557, จาก <http://www.bsr.is.swu.ac.th/upload/1602.pdf/>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง; และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ:
กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ทิศา พุกษานานนท์. (2545, เมษายน). อ้วนอันตราย ตอน : อุบัติแห่งความอ้วน. *ใกล้หมอ*.
26(4): 90 – 91.
- . (2545, พฤษภาคม). อ้วนอันตราย ตอน : โรคที่มากับความอ้วน. *ใกล้หมอ*. 26(5): 90 – 91.
- ช่อทิพย์วรรณ พันธุ์แก้ว. (2543). คู่มือลดความอ้วนแผนใหม่. กรุงเทพฯ: ดันธรรม.
- ญาดา แก่นเผือก; สุวรรณ จันทรประเสริฐ; และ วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม. (2557, มกราคม –
มิถุนายน). ผลลัพธ์ของการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการเดินเร็วเพื่อ
การควบคุมน้ำหนักของหญิงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*.
9(1): 113.
- จิตติมา บำรุงญาติ. (2549). ผลของการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สม. (สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ).
ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติวรดา อุปพงษ์. (2554). การศึกษาความสัมพันธ์ด้านพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับ
การควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาหญิงสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.
สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- หัตติยา นครไชยศรี. (2554). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำกับตนเองในการลดน้ำหนักของพนักงานหญิงที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตรสาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธีรธร มโนธรรม. (2543, กันยายน – ธันวาคม). โรคอ้วนและปัญหาการใช้ยาลดความอ้วนในประเทศไทย. *อาหารและยา*. 7(3): 19 – 24.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร; และ เดช เกตุจำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นวลอนงค์ บุญฤทธิ์พงศ์. (2552). ระเบียบวิธีทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2555, เมษายน – มิถุนายน). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2* วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30(2): 40 – 47.
- บำเพ็ญ เขียวหวาน. (2551). เทคนิคต่างๆ ในการวิจัยชุมชน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภัสสร งามแสงใส; ปติรดา ศรีสัยน; และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล. (2557, มกราคม). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสานมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 9(ฉบับพิเศษ): 82 – 87.
- ประวิต เอรารวรรณ์. (2545). การวิจัยปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ.
- ปาจริย ศรีอุทธา; และ นุชนาฏ กิจเจริญ. (2545, พฤศจิกายน). โรคอ้วน. *ศรีนครินทร์วิโรฒเภสัชสาร*. 7(1): 19 – 29.
- พ. ณัฐพร. (2546). ทางเลือกของการลดน้ำหนัก. กรุงเทพฯ: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2555). โรคอ้วน และน้ำหนักตัวเกิน (Obesity and Overweight). สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2555, จาก <http://www.haamor.com/th/โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน/>
- ไพบุลย์ พิทยาเขียรอนันต์; และคณะ. (2554, กรกฎาคม). ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย ปี 2552. *วิจัยระบบสาธารณสุข*. 5(3): 286 – 297.
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). โรคอ้วน : การเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการและชีวิตเคมี. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- รุจิรา สัมมะสุต. (2544, มีนาคม). มารู้จักโรคอ้วน. *ใกล้หมอ*. 25(3): 108 – 110.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2548, 6 ตุลาคม). สงสาร เด็กอ้วน. *คม-ชัด-ลึก*. หน้า 9.
- . (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2555, จาก http://www.hisro.or.th/main/download/NHES4_CHILD.pdf

- วรรณภา เล็กอุทัย; ลีลี่ อิงศรีสว่าง; เนติ สุขสมบูรณ์; และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2554, กรกฎาคม – กันยายน). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 5(3): 303.
- วิชัย วงษ์ใหญ่. (2538, กันยายน – ธันวาคม). การวิจัยปฏิบัติการ. สมาคมนักวิจัยทางสังคมศาสตร์. 1(1): 6 – 10.
- ศิริเกษม ศิริลักษณ์. (2555). วิจัยลดอ้วน – อินไซด์แคมปัส. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.dailynews.co.th/>
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์.
- ศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์. (2550). วิธีคิดและกระบวนการตัดสินใจในเรื่องพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประเทศไทย. (2555). สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2555, จาก http://www.fhpprogram.org/index.php?option=com_content/
- สมชาย พลอยเลื่อมแสง. (2547). ทักษะคิด และการรับรู้เรื่องรูปร่าง ความเครียด และความต้องการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2545, พฤษภาคม). เด็กอ้วนมาแรง. หมอชาวบ้าน. 24(277): 9 – 16.
- สำนักงานประสานงานโครงการพัฒนาศักยภาพกรมสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ. (2540). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: เจ.เอ็น.ที.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.). (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2556, จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=3&id=113/>
- สุธีรา เมืองนาโพธิ์; และคณะ. (2554). โครงการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 และ 2 ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพักตร์ พิบูลย์. (2550). การวิจัยและพัฒนา. นนทบุรี: จตุพรดีไซด์.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2549). การรักษาโรคอ้วนสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- สุลี ทองวิเชียร; สุรินทร์ กลัมพากร; วันเพ็ญ แก้วปาน; ชุติมา ศิริกุลชยานนท์; และ สิริพร เหมือนส้ม. (2547, กันยายน – ธันวาคม). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองของนักเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 34(3): 208 – 214.
- อรณี ตั้งเผ่า. (2542). *จับเข้าคุ้ยกับหมอเรื่องลดความอ้วนควบคุมน้ำหนัก*. กรุงเทพฯ: ดับเบิ้ลนายน์พริ้นติ้ง.
- อรรถัย วาริสะอาด; นุชรี ตรีโลจน์วงศ์; และ สมชาย วรรณญาณไกร. (2557, มกราคม – มิถุนายน). การรู้สารสนเทศสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสารสนเทศศึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *บรรณศาสตร์มศว*. 7(1): 19.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model*. กรุงเทพฯ: สุขขุมวิทการพิมพ์.
- . (2556). *การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์งดสุราและสูบบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2557, จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/158/>
- อานนท์ เฟิงสีดา; และ นิคม มูลเมือง. (2556, มกราคม – มิถุนายน). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *ศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่โจ้*. 1(1): 59 – 86.
- อารยา ทิพย์วงศ์; และ จารุณี นุ่มพูล. (2557, พฤษภาคม – สิงหาคม). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 28(2): 9.
- Carraca, E.V.; Silva, MN.; Coutinho, SR.; Vieira, PN.; Minderico, CS.; Sardinha, LB.; & Teixeira, PJ. (2013, December). The Association between Physical Activity and Eating Self-regulation in Overweight and Obese Women. *Obesity Fact the European Journal of Obesity*. 6(6): 493 – 506.
- CDC. (2014). *Learn about Health Literacy*. Retrieved September 10, 2014, from <http://www.cdc.gov/heal/thliteracy/learn/>
- De Ridder; Denise, T.D.; De Wit; & John, B.F. (2006). *Self-regulation in Health Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Dennis, Elizabeth A.; Potter, Kerry L.; Estabrooks, Paul A.; & Davy, Brenda M. (2012, April 2). Weight Gain Prevention for College Freshmen : Comparing Two Social Cognitive Theory-Based Interventions with and without Explicit. *Self-regulation Training*. 2012(2012): 10.

- Eberle, Michelle. (2013). Culture in the Context of Health Literacy Update : Diana Almader-Douglas, NLM Associate Fellow, June 2013. *The US Healthy People*. 2010.
Retrieved September 10, 2014, from <http://www.healthypeople.gov/2020/default>.
- Gokee-LaRose, J.; Gorin, A.A.; & Wing, R.R. (2009, February 16). Behavioural self-Regulation for Weight Loss in Young Adults : A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 6(10): 1 – 9.
- Guijt ,Irene. (2014). *Participatory Approaches, UNICEF*. Retrieved April 10, 2015, from http://www.devinfolive.info/impact_evaluation/img/downloads/Participatory_Approaches_ENG.pdf/
- Hayden, Joanna. (2009). *Introduction to Health Behavior Theory*. United States of America: Jones and Bartlett.
- Institute of Medicine : IOM. (2004, April 8). *Health Literacy : A Prescription to End Confusion*.
Retrieved December 10, 2013, from <https://iom.nationalacademies.org>.
- Ishikawa, H.; Nomura, K.; Sato, M.; & Yano, E. (2008, September). Developing a Measure of Communicative and Critical Health Literacy : A Pilot Study of Japanese Office Workers. *Health Promotion International*. 23(3): 269 – 274.
- Kickbusch, Ilona; Wait, Suzanne; & Maag, Daniela. (2005). *The Role of Health Literacy*.
Retrieved April 10, 2015, from <http://www.ilcuk.org.uk/>
- Melissa, C.; et al. (2005). *Improving Literacy Around Energy-related Issues : The Need for a better Understanding of the Concepts Behind Energy Intake and Expenditure among Adolescents and their Parents*. 14(2): 169 – 72.
- Novick, Marsha B.; Lehman, Erik; & Williams, Ronald J. (2015, February 19). Evaluation of BMI in Obese Adolescents at Weight-loss Camp with the Boy Scouts of America. *Pediatric and Health*. 3(1): 1.
- Nutbeam, Don. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal : A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 15 (3): 259 – 267.
- Pleasant, Andrew; & Kuruvilla, Shyama. (2008, January 25). A Tale of two Health Literacies : Public Health and Clinical Approaches to Health Literacy. *Health Promotion International*. 23(2): 152 – 159.
- Raman, Jayanthi; Smith, Evelyn; & Hay, Phillipa. (2013, January). The Clinical Obesity Maintenance Model an Integration of Psychological Constructs including Mood, Emotional Regulation, Disordered Overeating, Habitual Cluster Behaviors. *Health Literacy and Cognitive Function*. 2013(2013): 1 – 9.

- Schunk, Dale H.; & Zimmerman, Barry J. (1997). Social Origins of Self-regulatory Competence. *Educational Psychologist*. 32(4): 195 – 208.
- Sharif, Iman; & Blank, Arthur E. (2010, April). Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient Education and Counseling*. 79(1): 43 – 48.
- Strecher, V.J.; Seijts, G.H.; Kok, G.J.; Latham, G.P.; Glasgow, R.; DeVellis, B.; Meertens, R.M.; & Bulger, D.W. (1995, May). Goal Setting as a Strategy for Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. 22(2): 190 – 200.
- Tate, Deborah F.; Wing, Rena R.; & Winett, Richard A. (2001). Using Internet Technology to Deliver a Behavioral Weight Loss Program. *The Journal of the American Medical Association*. 285(9): 1172 – 1177.
- The Center for Health Care Strategies Inc. (2000). *CHC S Center for Health Care Strategies*. Retrieved March 3, 2012, from <http://www.chcs.org/usr/doc/Health/Literacy/Fact/Sheets.pdf/>
- Wing, Rena R.; Tate, Deborah F.; Gorin, Amy A.; Raynor, Hollie A.; & Fava, Joseph L. (2006, October 12). A Self-Regulation Program for Maintenance of Weight Loss. *The New England Journal Medicine*. 12: 1563 – 1571.
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion*. Definition, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya. Retrieved March 7, 20012, from http://www.UN_ECOSOC.
- . (2012). *Obesity and Overweight*. Retrieved March 30, 20012, from http://www.UN_ECOSOC/
- Zarcadoolas, Christina; & Pleasant, Andrew. (2005, March 23). Understanding Health Literacy : An Expanded Model. *Health Promotion International*. 20(2): 196.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ
ผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

อาจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

อาจารย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
จันทันนบุรี

อาจารย์ ดร.อิทธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล

อาจารย์
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม

อาจารย์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คุณนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เชี่ยวชาญตรวจรูปแบบการควบคุมหน้าหลัก

รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์

รองศาสตราจารย์

ผู้ทรงคุณวุฒิภาควิชาสุขศึกษา

คณะพลศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี

รองศาสตราจารย์

ผู้ทรงคุณวุฒิภาควิชาสุขศึกษา

คณะพลศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา จำปามูล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริมนต์ ชัยเกตุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาคหกรรมศาสตร์

คณะวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบประเมินรูปแบบการควบคุมหน้าหลัก

อาจารย์ ดร.อริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล

อาจารย์

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.อัจตรา ประเสริฐสิน

อาจารย์

สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ ดร.ปิยพงษ์ คล้ายคลึง

อาจารย์

สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถาม
- แบบประเมิน

แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำชี้แจง:

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ” ซึ่งคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย หารูปแบบในการควบคุมน้ำหนักเท่านั้น ไม่มีผลต่อการศึกษาของนิสิต

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์และการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก
 - ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกาย
2. กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่สุด และโปรดทำแบบสอบถามทุกข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางอมรา วิสูตรานุกูล
นิสิตปริญญาเอกปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือกรอกข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. คณะ
2. อายุ ปี
3. เพศ
☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. เกรดเฉลี่ยในภาคเรียนสุดท้าย
☐ 1. 1.00 – 1.99 ☐ 2. 2.00 – 2.99
☐ 3. 3.00 – 4.00
5. หน้า ส่วนสูงและรอบเอวที่มีการวัดครั้งสุดท้าย
 น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร รอบเอว นิ้ว
6. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน
☐ 1. ต่ำกว่า 15,000 บาท ☐ 2. 15,000 – 19,000 บาท
☐ 3. 19,001 – 25,000 บาท ☐ 4. 25,000 บาทขึ้นไป
7. ลักษณะการจัดเตรียมอาหารในครอบครัว (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
☐ 1. ครอบครัวจัดให้ 1 มื้อ ซื้อมื้อ 2 มื้อ ☐ 2. ครอบครัวจัดให้ 3 มื้อ
☐ 3. ครอบครัวจัดให้ 2 มื้อ ซื้อมื้อ 1 มื้อ ☐ 4. ซื้อมื้อ 3 มื้อ
8. จำนวนชั่วโมงในการนอนของนิสิตโดยเฉลี่ยต่อวัน
☐ 1. น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ☐ 2. 6 – 8 ชั่วโมง
☐ 3. มากกว่า 8 ชั่วโมง
9. มหาวิทยาลัยมีแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด
☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย
☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. มาก
☐ 5. มากที่สุด
10. มหาวิทยาลัยมีอุปกรณ์สนับสนุนในการหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด
☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย
☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. มาก
☐ 5. มากที่สุด
11. นิสิตมีความสนใจและใส่ใจที่จะลดน้ำหนัก
☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย
☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. มาก
☐ 5. มากที่สุด

12. นิสิตเคยมีประสบการณ์ในการลดน้ำหนักหรือไม่

- ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย (ตอบข้อ 13.)

13. นิสิตลดน้ำหนักโดยวิธีใด (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- ☐ 1. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยร่วมกับการออกกำลังกาย
☐ 2. ออกกำลังกาย
☐ 3. ใช้อาหารลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม
☐ 4. จำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง
☐ 5. อื่นๆ (ระบุ)

14. เหตุผลในการลดน้ำหนักของนิสิต

- ☐ 1. อยากมีรูปร่างดี
☐ 2. การเคลื่อนไหวร่างกายที่สะดวก
☐ 3. อยากมีร่างกายแข็งแรง
☐ 4. อื่นๆ (ระบุ)

15. น้ำหนักที่นิสิตต้องการลดในระยะเวลา 6 เดือน กิโลกรัม

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ

คำชี้แจง:

1. โปรดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่เห็นว่าถูกต้องหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
2. ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบส่วนนี้ 25 นาทีเท่านั้น หากทำไม่เสร็จให้เว้นว่างไว้
3. การตอบแบบสอบถามส่วนนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วนย่อย คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การจัดการตนเอง (Self management) 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน

(คำถามทั้งหมด 11 ข้อ)

1. การปฏิบัติตามข้อใดถือเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

- ☐ 1. นอนวันละ 8 ชั่วโมง ☐ 2. รับประทานอาหารก่อนนอน
☐ 3. เล่นเกมถึงเที่ยงคืน ☐ 4. ดื่มนมสดวันละ 3 แก้ว

2. ใน 1 วัน คนเราต้องดื่มน้ำอย่างน้อยวันละกี่แก้ว

- ☐ 1. 4 – 5 แก้ว ☐ 2. 5 – 6 แก้ว
☐ 3. 6 – 7 แก้ว ☐ 4. 7 – 8 แก้ว

3. ข้าวใดเป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ รับประทานเป็นประจำไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. บะหมี่สำเร็จรูป | ☐ 2. ข้าวเหนียวหมูย่าง |
| ☐ 3. ผักและผลไม้สด | ☐ 4. พิซซ่าหน้าผักรวม |

4. ข้าวใด ให้พลังงานสูงทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้มากที่สุด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. น้ำอัดลม | ☐ 2. ถั่วลิ้นเตอบ |
| ☐ 3. ขนมกรุบกรอบ | ☐ 4. ไข่ทอด |

5. ผักและผลไม้ชนิดใดช่วยเพิ่มกากใยได้ดี

- | |
|---|
| ☐ 1. คื่นห่าน พักทอง กัลฉวย ส้ม |
| ☐ 2. มะล่ำปल्ली พักทอง องุ่น ชมพู |
| ☐ 3. ผักกาดขาว มะล่ำดอก แอปเปิ้ล ฝรั่ง |
| ☐ 4. แครอท พักทอง มะละกอ สาลี่ |

2. ข้อคำถามด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (คำถามทั้งหมด 5 ข้อ)

1. เมื่อเพื่อนชวนให้นิสิตร่วมฉลองวันเกิดโดยเลี้ยงไอศกรีม แต่นิสิตกำลังลดน้ำหนัก จะตัดสินใจบอกเพื่อนอย่างไรเพื่อให้เพื่อนเข้าใจ

- | |
|---|
| ☐ 1. บอกเพื่อนว่าไม่ชอบไอศกรีม ขอเปลี่ยนเป็นอย่างอื่น |
| ☐ 2. บอกเพื่อนว่าไม่สะดวกที่จะร่วมงานเลี้ยง |
| ☐ 3. บอกเพื่อนว่ากำลังลดน้ำหนักไม่ยากอ้วน |
| ☐ 4. บอกเพื่อนว่าป็นหน้าเปลี่ยนเป็นเลี้ยงอย่างอื่นดีกว่า |

2. นิสิตจะมีวิธีการแนะนำเพื่อนที่ชอบดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานอย่างไร เพื่อให้ลดการดื่มลง

- | |
|--|
| ☐ 1. เล่าให้เพื่อนฟังว่าน้ำอัดลมมีน้ำตาลเป็นส่วนผสมที่สำคัญ |
| ☐ 2. บอกเพื่อนว่าน้ำอัดลมดื่มแล้ว มีแต่ผลเสียต่อสุขภาพ |
| ☐ 3. ชวนเพื่อนคุยถึงผลกระทบจากการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ |
| ☐ 4. เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของน้ำอัดลมกับน้ำเปล่า |

3. เมื่อมีคน มาชวนไปรับประทานอาหารอบตึก นิสิตจะตัดสินใจทำอย่างไร

- | |
|---|
| ☐ 1. ออกไปเป็นเพื่อน แต่ไม่รับประทาน บอกว่าแปรงฟันแล้ว |
| ☐ 2. ออกไปเป็นเพื่อน และรับประทานอาหารเบาๆ |
| ☐ 3. ไม่ออกไป บอกเหตุผลตามจริงว่ากำลังทำรายงาน |
| ☐ 4. ไม่ออกไป อธิบายว่ารับประทานแล้วเดี๋ยวอ้วน |

3. ข้อคำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (คำถามทั้งหมด 5 ข้อ)

1. เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินนิสิตสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

2. เมื่อนิสิตต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน นิสิตสามารถค้นหาจนได้ข้อมูลที่ต้องการและทันสมัยบ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

3. นิสิตมีปัญหาจากการค้นหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากอินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

4. ข้อคำถามด้านทักษะการสื่อสาร (คำถามทั้งหมด 6 ข้อ)

1. นิสิตเคยอ่านเอกสารแนะนำเรื่องสุขภาพ แล้วพบว่า ไม่ค่อย เข้าใจ บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

2. นิสิตเคยฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่า ไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

3. นิสิตต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้เข้าใจ ข้อความจากสื่อสุขภาพบ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

5. ข้อคำถามด้านทักษะการจัดการตนเอง (คำถามทั้งหมด 5 ข้อ)

1. นิสิตกำหนดปริมาณอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ฯลฯ ในการรับประทานแต่ละมื้อ บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

2. นิสิตสังเกตคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทาน ในแต่ละครั้ง บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

3. ก่อนจะตัดสินใจซื้ออาหารมารับประทาน นิสิตจะคิดถึงเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ และกระทำตาม เพื่อให้มีสุขภาพดี บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. นานๆ ครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. ทุกครั้ง

6. ข้อคำถามด้านการรู้เท่าทันสื่อ (คำถามทั้งหมด 6 ข้อ)

1. เมื่อนิสิตเห็นโฆษณาอาหารชนิดใหม่ที่ช่วยลดน้ำหนักทางโทรทัศน์และเกิดความสนใจ นิสิตมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อหรือไม่

☐ 1. ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 3)

☐ 2. มี (ถ้ามีตอบข้อ 2)

2. นิสิตมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่เคยเลย

☐ 2. น้อยครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. เป็นประจำ

3. เมื่อนิสิตเห็นโฆษณาสินค้าในเว็บไซต์และมีความสนใจในสินค้าตัวนั้น นิสิตหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายๆ แหล่ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งเพียงใด

☐ 1. ไม่เคยเลย

☐ 2. น้อยครั้ง

☐ 3. บางครั้ง

☐ 4. บ่อยครั้ง

☐ 5. เป็นประจำ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (คำถามทั้งหมด 13 ข้อ)

3.1 ส่วนนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นิสัยปฏิบัติเป็นปกติ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ตรงกับพฤติกรรมของนิสัยมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่เคยเลย หมายถึง นิสิตไม่เคยทำพฤติกรรมนั้นเลย
2. ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้น 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์
3. ทำบ่อยครั้ง หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้น 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์
4. ทำเป็นประจำ หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้น 5 – 7 ครั้ง/สัปดาห์

1. นิสิตรับประทานอาหารประเภททอด หรือผัด

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

2. นิสิตรับประทานขนมหวานหรือขนมประเภทคุกกี้

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

3. นิสิตรับประทานอาหารจานด่วนเช่นพิซซ่า ไก่ทอดหรือแฮมเบอร์เกอร์

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

4. นิสิตดื่มชาเขียวที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม กาแฟเย็นหรือช็อกโกแลต

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

5. นิสิตดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (คำถามทั้งหมด 9 ข้อ)

3.2 ส่วนนี้เป็นส่วนเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายที่นิสิตปฏิบัติเป็นปกติ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ตรงกับพฤติกรรมของนิสิตมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่เคยทำเลย หมายถึง นิสิตไม่เคยทำพฤติกรรมนั้นเลย
2. ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้นน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน
3. บ่อยครั้ง หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้น 30 – 60 นาทีต่อวัน
4. ทำเป็นประจำ หมายถึง นิสิตทำพฤติกรรมนั้นมากกว่า 60 นาทีต่อวัน

1. นิสิตเดินแทนการใช้นานพาหนะในระยะทางไม่ไกลมากนัก

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

2. นิสิตออกกำลังกายตามความต้องการของตนเองเช่นวิ่ง ว่ายน้ำ เดินเร็ว เต้นแอโรบิก หรือปั่นจักรยาน

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

3. นิสิตเดินขึ้นบันได 2 – 3 ชั้นแทนการใช้ลิฟต์

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

4. นิสิตช่วยทำงานบ้านเช่นล้างชาม กวาดบ้าน ล้างรถหรือรีดผ้า

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

5. นิสิตชอบเล่นเกม เล่น facebook เล่น line ดู YouTube หรือดูโทรทัศน์

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่เคยทำเลย | ☐ 2. ทำเป็นบางครั้ง |
| ☐ 3. บ่อยครั้ง | ☐ 4. ทำเป็นประจำ |

ขอบคุณในความร่วมมือค่ะ

แบบประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ
สำหรับนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำชี้แจง:

1. ความมุ่งหมายของการวิจัยระยะนี้เพื่อประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หลังจากการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมน้ำหนักที่ได้จากการดำเนินงานวิจัยในระยะที่ 2 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. ลักษณะของแบบประเมิน เป็นลักษณะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางอมรา วิสูตรานุกูล
 นิสิตปริญญาเอกปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
 สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามการประเมินผลรูปแบบการควบคุมน้ำหนักร

โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ

คำชี้แจง:

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความเหมาะสมของรูปแบบ ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และด้านการนำไปใช้ประโยชน์
2. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
3. การเลือกคำตอบถือหลักเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่

1. ความเหมาะสมของรูปแบบ

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า					
- คู่มือการบริโภคอาหาร					
- คู่มือการออกกำลังกาย					
การอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร					
- การบริโภคอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก					
- การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก					
- ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน					

ความเหมาะสมของรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านกระบวนการ					
- การชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม					
- ขั้นตอนการออกกำลังกาย					
- ขั้นตอนการทบทวนเป้าหมาย					
- ขั้นตอนการกำกับตนเอง					
การกำหนดเป้าหมาย					
การเสริมแรง					
การประเมินผล					
- ขั้นตอนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ					
การบริโภคอาหาร					
ด้านผลผลิต					
- น้ำหนักของนิสิต					
- พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนิสิต					
- ความฉลาดทางสุขภาพ					
- เส้นรอบเอว					

2. ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
รูปแบบนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับใด					

3. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการควบคุมน้ำหนัก	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เกิดผลตามวัตถุประสงค์					
2. มีประโยชน์ในการนำรูปแบบนี้ไปใช้					
3. การนำรูปแบบนี้ไปใช้ง่ายต่อการปฏิบัติ					
4. รูปแบบนี้ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
5. คู่มือและคำแนะนำ					

4. ด้านความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

ความพึงพอใจ	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ช่วงเวลาที่จัด					
2. ระยะเวลาที่จัด					
3. รูปแบบกิจกรรมที่จัด					
4. สื่อการเรียนรู้และอุปกรณ์					
5. ผู้นำกิจกรรม					
6. สถานที่จัดกิจกรรม					
7. การเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้					
8. ความพึงพอใจโดยรวมที่มีต่อรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก					



ตัวอย่างเอกสารประกอบการบรรยาย

1. เทคนิคการกำกับตนเอง บรรยายโดยผู้วิจัย นางอมรา วิสูตรานุกูล นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
2. อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก บรรยายโดย อาจารย์นุชรี เสนาคำ อาจารย์ประจำภาควิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก บรรยายโดย อาจารย์วิจิต มิตรานนท์ อาจารย์ประจำภาควิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน บรรยายโดย คุณณณมล ตรีเพชรศรีอุไร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เทคนิคการกำกับตนเอง

บรรยายโดยผู้วิจัย นางอมรา วิสูตรานุกูล

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ

เทคนิคการกำกับตนเอง

ผู้วิจัยได้บรรยายประกอบสไลด์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปฝึกปฏิบัติ ดังนี้

1. กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง (Self – target Behavior) โดยกลุ่มตัวอย่างกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแก้ไขด้วยตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทาน อาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

การตั้งเป้าหมาย !!!

ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน โดยที่ผู้ตั้งเป้าหมายต้องมีความตั้งใจ
 สัปดาห์ละ 0.5 – 1 กิโล
 เฉลี่ยสัปดาห์ 1 กิโล = ตลอดปี 7000 แคลอรี

หากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการประมาณ 1000 แคลอรี ต่อวัน เปลี่ยน
 ส่วนใหญ่จากไขมัน ถ้าไม่ Burn ไขมันจากอาหารที่รับประทานเข้าไป
 ในปริมาณที่น้อยเกินไป (เช่น 4-5 กิโล) จะทำให้ไขมันสะสมใน 1 ปี (หรือเกิน
 (ซึ่งไม่มีไขมันสะสมในร่างกายจริง)

ดังนั้นหากส่วนเกินไขมันในร่างกายประมาณ 1000 แคลอรี
 ถ้ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการประมาณ 1 กิโล หรือใช้วิธีอื่น
 เป็น 1000 กิโลกรัมของไขมันในร่างกายจะหายไป

ตั้งเป้าหมาย

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย – ผู้ปฏิบัติต้องตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน
 ในสาขาพฤติกรรมศาสตร์จะตั้งเป้าหมาย
 คือถ้าไม่ตั้งเป้าหมาย หรือตั้งเป้าหมายไม่ดี
 Without a goal, it is difficult to score

การตั้งเป้าหมายที่ดี ควรตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น

- ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น จะลดน้ำหนัก 5 กิโล ใน 3 เดือน (แต่ไม่ได้ลดน้ำหนักเลยสักกิโล)
- ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น ตั้ง 15 แคลอรีต่อวัน (แต่ไม่ได้ลดน้ำหนักเลยสักกิโล)

หลังจากตั้งเป้าหมายที่ดีแล้ว แล้วผู้ปฏิบัติจะตั้งเป้าหมายใหม่
 ตั้งเป้าหมายใหม่ให้ชัดเจน เช่น ตั้ง 15 แคลอรีต่อวัน (แต่ไม่ได้ลดน้ำหนักเลยสักกิโล)

หลังจากตั้งเป้าหมายใหม่แล้ว ตั้ง **ตั้งวัน ลด 1 กิโล ตั้งวัน**



ต้องทำได้ !!

ที่มา: <http://www.topicstock.pantip.com>

2. สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self – observation and Recording) ผู้วิจัยได้แจกสมุดบันทึกขนาดเล็กเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวัน ตามพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้นำสมุดบันทึก

มาด้วยเมื่อมีการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่ออภิปรายกลุ่มเพื่อหาข้อสรุปและแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก



ที่มา: <http://www.123rf.com>

3. กำหนดเงื่อนไขการเสริมแรงหรือการลงโทษ (Self – contingency of Reinforcement or Punishment) เป็นการกำหนดเงื่อนไขด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังจากทำตามพฤติกรรมเป้าหมายเมื่อสามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็ให้รางวัลตนเอง แต่ต้องไม่เป็นการให้รางวัลแล้วทำให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารกลับมาเหมือนเดิม เช่น ให้รางวัลตนเองโดยการไปรับประทานอาหารบุฟเฟต์กับเพื่อน

4. เลือกเทคนิคด้วยตนเอง (Self - selection of Techniques) กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อนำมาควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง เช่น เลือกปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ครบทุกมื้ออาหาร แต่ลดปริมาณอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง เช่น ลดปริมาณแป้งหรือสารอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตลง ปรับเพิ่มเวลาในการออกกำลังกายมากขึ้นและเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การออกกำลังกายโดยการเล่นสเกตน้ำแข็ง ด้วยระยะเวลาที่ต่อเนื่องและใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 45 นาทีต่อครั้ง และออกกำลังกาย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์



ที่มา: <http://www.webboard.women.sanook.com>

5. การดำเนินการใช้เทคนิคในการควบคุมตนเอง (Self – administration of Techniques) กลุ่มตัวอย่างดำเนินการควบคุมตนเอง ตามวิธีการและขั้นตอนของเทคนิค

6. ประเมินตนเอง (Self evaluation) กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอวและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ หรือไม่

7. การเสริมแรง หรือการลงโทษ (Self – administration of Reinforcement or Punishment) เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ ให้รางวัลตนเองเป็นการเสริมแรง แต่ห้ามให้รางวัลตนเองเป็นอาหาร หรือขนมหวานที่ตนเองชอบ ควรเป็นรางวัลอย่างอื่นที่ไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาอีก



ที่มา: <http://www.pantip.com> , AntiGerasim/Getty Images; Kris Ubach and Quim Roser/Getty Image

อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

บรรยายโดย อาจารย์ณัฐรี เสนาคำ

อาจารย์ประจำภาควิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุและผลเสียของโรคอ้วน
2. เพื่อให้สามารถประเมินความอ้วนและบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว
3. เพื่อให้มีทักษะในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
4. เพื่อให้รู้จักวิเคราะห์เพื่อการเลือกบริโภคอาหาร

สาเหตุและผลเสียของโรคอ้วน

สาเหตุของโรคอ้วน

1. โรคอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการกิน ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน และอาหารแคลอรีสูง ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย ทำให้พลังงานที่ได้รับจากการรับประทานมากกว่า พลังงานที่ใช้ไปในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ จนเกิดการสะสมเป็นเซลล์ไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

- 1.2 ความผิดปกติที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส ทำให้การควบคุมการกินผิดปกติ
2. โรคอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. โรคอ้วนที่เกิดจากภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดทำให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น
4. โรคอ้วนที่เกิดจากพันธุกรรม
5. โรคอ้วนที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้การผลิตฮอร์โมนบางชนิดผิดปกติ เช่น Cushing's Syndrome โดยสาเหตุของโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของ สเตียรอยด์ ฮอร์โมนในร่างกาย จนทำให้อ้วนบริเวณใบหน้า ลำตัว ต้นคอด้านหลัง แต่แขนขาจะเล็ก และไม่มีแรง
6. พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมทำให้มีการใช้พลังงานต่ำ และทำให้เสียโอกาสในการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจราจรติดขัด ทำให้คนส่วนใหญ่ต้องนั่งบนรถยนต์หลายชั่วโมงต่อวัน ลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานตลอดเวลา เป็นต้น

7. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ผลเสียของการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

Psychology

Eating disorders Poor self-esteem Body image disorder Social isolation
& stigmatization Depression

Pulmonary

Exercise intolerance Obstructive sleep apnea

Renal

Glomerulosclerosis

Musculoskeletal

Ankle sprains Flat feet Tibia vara Slipped capital femoral epiphysis Femoral fracture Osteoarthritis

Neurological

Idiopathic intracranial hypertension

Cardiovascular

Hypertension Dyslipidemia Coagulopathy Chronic inflammation Endothelial dysfunction

Gastrointestinal

Gall stones Gastro-esophageal reflux Non-alcoholic fatty liver

Endocrine

Insulin resistance Impaired fasting glucose Type 2 diabetes Precocious puberty Menstrual irregularities Polycystic ovary

Economic costs

: Illness, Disability, Premature

Social

: Prejudice, Discrimination, Problems with clothes, seating, Poverty, Unemployment, Absent in work

Adapted from [&http://ae100.wikidot.com/](http://ae100.wikidot.com/)

<http://darwinstable.wordpress.com/tag/paleo-diet/page/8/>.

ตัวอย่างการคำนวณการใช้พลังงานในแต่ละวัน

สูตรที่คนใช้กันมากก็คือ Basal Metabolic Rate (BMR) ของ Harris Benedict Formula เป็นสูตรคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ เป็นค่าที่บ่งบอกถึงพลังงานที่น้อยที่สุดที่ร่างกายต้องการใช้ในแต่ละวัน เพื่อให้ระบบต่างๆ ในร่างกายสามารถทำงานได้ในขณะที่เราอยู่เฉยๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร สามารถคำนวณได้ ดังนี้

BMR สำหรับผู้ชาย

$$= 66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}) + (5 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (6.8 \times \text{อายุ})$$

BMR สำหรับผู้หญิง

$$= 665 + (9.6 \times \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}) + (1.8 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (4.7 \times \text{อายุ})$$

ตัวอย่าง สมมติว่า A เป็นผู้หญิง อายุ 30 ปี ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 60 กก. BMR จะเท่ากับ $665 + (9.6 \times 60) + (1.8 \times 165) - (4.7 \times 30) = 1,397$ กิโลแคลอรี ตัวเลขที่ได้คือ พลังงานที่จำเป็นพื้นฐานในการมีชีวิต หมายถึงว่า A ต้องการพลังงานอย่างน้อย 1,397 กิโลแคลอรี ในการดำรงชีวิตในแต่ละวันในกรณีที่วันนั้น A ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรเลย

จากสูตรนี้เห็นได้ว่าคนที่มีส่วนสูงและน้ำหนักมาก จะมีค่า BMR มากกว่าคนที่มีส่วนสูง และ น้ำหนักน้อยกว่า หรือกรณีที่อายุมากขึ้น ค่า BMR ก็ลดลงไปด้วย เพราะยิ่งคนมีอายุมากขึ้น อัตราการเผาผลาญของร่างกาย หรือที่เรียกว่า "เมตาบอลิซึม" ก็จะปรับลดลงตามไปด้วย

การคำนวณหาปริมาณแคลอรีที่ใช้ในแต่ละวัน หรือค่าของพลังงานที่สามารถใช้ได้หมดในแต่ละวัน เรียกว่า TDEE (Total Daily Energy Expenditure) วิธีการคือ ดูว่าในแต่ละวัน ทำกิจกรรมและออกกำลังกายมากน้อยแค่ไหน แล้วนำค่า BMR ที่ได้ไปคูณ ดังนี้

$$\text{พลังงานที่ควรบริโภคต่อวัน} = \text{BMR} \times 1.2$$

✂ ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาเล็กน้อย 1 – 3 วัน/สัปดาห์ เดินบ้างเล็กน้อย ทำงาน

$$\text{ออฟฟิศ} = \text{BMR} \times 1.375$$

✂ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬานกลาง 3 – 5 วัน/สัปดาห์ เคลื่อนที่ตลอดเวลา

$$= \text{BMR} \times 1.55$$

✂ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก 6 – 7 วัน/สัปดาห์ = $\text{BMR} \times 1.725$

✂ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างหนัก หรือเป็นนักกีฬา ทำงานที่ใช้แรงงานมาก

$$= \text{BMR} \times 1.9$$

ตัวอย่าง A มีค่า BMR = 1,397 กิโลกรัมแคลอรี ถ้าเป็นคนที่แทบไม่ได้ออกกำลังกายเลย นำ $\text{BMR} \times 1.2$ ได้ปริมาณแคลอรีที่ต้องการในหนึ่งวันเป็น $1,397 \times 1.2 = 1,676.4$

ดังนั้นถ้าต้องการควบคุมน้ำหนัก ก็ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไปกว่า 1,676.4 กิโลแคลอรี เพราะร่างกายเราสามารถเผาผลาญได้เพียง 1,676.4 กิโลแคลอรี ส่วนที่เหลือเป็นส่วนเกิน

ธงโภชนาการ Thai Nutritional Flag: ภาพจำลองสัดส่วน ปริมาณ และความหลากหลายของอาหารที่แนะนำให้คนไทย อายุ 6 ปี ขึ้นไป บริโภคใน 1 วัน จัดทำขึ้นโดยกองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย โดยดัดแปลงมาจากพีระมิดแนะนำอาหาร กระทรวงเกษตรแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคได้รู้จักการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและพอเหมาะต่อความต้องการในแต่ละวัน โดยเน้นให้ผู้บริโภคเลือกรับประทานอาหารหลักทั้ง 5 หมู่ ให้หลากหลายออกไป เพื่อให้เกิดประโยชน์และเกิดความสุขของสารอาหารที่ร่างกายแต่ละคนต้องการ ขึ้นกับอายุ เพศ ขนาดรูปร่าง และระดับการใช้แรงงานที่จะแตกต่างกันไป ซึ่งจะส่งผลในการช่วยเสริมสร้างสุขภาพเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรค

อาหารแต่ละหมวดในธงโภชนาการและพีระมิดต่างก็มีความสำคัญต่อสุขภาพเท่าๆ กัน ไม่มีอาหาร ชนิดใดชนิดเดียวที่จะให้สารอาหารได้ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ข้อสำคัญอาหารในหมวดหนึ่งไม่ สามารถจะทดแทนอาหารในอีกหมวดหนึ่งได้ เพราะฉะนั้นเราต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมวด คือ หมวดข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์และนม ร่างกายจึงจะได้รับประโยชน์จากอาหารอย่างเต็มที่และให้ผลในการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ได้ดี

ยอดสูงสุดของพีระมิดและปลายสุดของธงโภชนาการ คือ **หมวดอาหารประเภทไขมัน** ของหวาน รวมทั้งน้ำสลัด ครีม เนย เนยเทียม น้ำตาล น้ำอัดลม ลูกอม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอาหาร ที่ให้พลังงานและไขมันสูง เพิ่มน้ำหนักได้ดีแต่มีวิตามิน เกลือแร่และสารอาหารอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายน้อยมาก ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารหมวดนี้ให้น้อยที่สุด เพราะการจำกัดอาหารหมวดนี้ จะช่วยป้องกันความอ้วนและโรคที่จะตามมาด้วยความอ้วน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

นอกจากนี้การเลือกชนิดของไขมันก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ ควรเลือกไขมันจากพืชเป็นหลักแต่ต้องจำกัดปริมาณด้วย เพราะแม้ว่าไขมันจากพืชจะไม่มีคอเลสเตอรอล เหมือนไขมันจากสัตว์ แต่ก็ทำให้อ้วนและมีปัญหาสุขภาพตามมาได้ เพราะไขมันทุกชนิดมีพลังงานเท่ากัน

เลือกวิธีการประกอบอาหาร เช่น การต้ม ตุ่น นึ่ง ย่าง อบ ยำ และผัดที่ไม่มัน พยายามลดขนมหวาน และอาหาร หรือขนมที่ทำด้วยกะทิ เป็นต้น

หมวดของนมและผลิตภัณฑ์นม เช่น นมสด โยเกิร์ต เนยแข็ง หรือชีส ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นแหล่งของแคลเซียมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อกระดูกและฟัน คนส่วนใหญ่มักจะละเลยสารอาหารหมวดนี้ หรือบริโภคอาหารหมวดนี้ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ดังนั้นทุกคนควรใส่ใจในหมวดนี้ให้มากขึ้นการดื่มนมวันละ 2 – 3 แก้ว จะช่วยในการป้องกันโรคกระดูกพรุน สำหรับผู้ใหญ่ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดไขมัน หรือผลิตภัณฑ์จากนมขาดไขมัน เพื่อจำกัดปริมาณไขมัน

หมวดเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว สัตว์ปีก ปลา ไข่ ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีน วิตามิน เอ บี 1 บี 6 บี 12 ดี เค ธาตุเหล็ก ไนอะซิน สังกะสีและฟอสฟอรัส แต่เราควรเลือกโปรตีนชนิดที่มีไขมันต่ำ และบริโภคตามปริมาณและสัดส่วนที่ควรได้รับในแต่ละวันตามเพศและวัย เพราะจะช่วยลดปริมาณไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจ นอกจากนี้ โปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเหลือง และ ถั่วต่างๆ ยังเป็นแหล่งของวิตามินอี กรดโฟลิก เส้นใยอาหาร สารต้านมะเร็งและสารอาหารอื่นๆ ก็จัดอยู่ในหมวดนี้ ด้วย

หมวดผัก เป็นแหล่งวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ เช่น วิตามินบี 2 และบี 6 กรดโฟลิก แมกนีเซียม แคลเซียม ธาตุเหล็ก ทองแดงและโปตัสเซียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น เบตาแคโรทีน หรือวิตามินเอ ซีและอี ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายและผิวพรรณ ป้องกันโรคหัวใจ โรคต่อกระจาก (โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ) โรคข้อเสื่อม เพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนแคลเซียมป้องกันโรคกระดูกพรุน ธาตุเหล็กป้องกันโรคโลหิตจาง เส้นใยอาหารในพืชมีสารเฉพาะที่เรียกว่า สารพฤกษเคมี (Phytochemicals) ซึ่งสามารถป้องกันโรคมะเร็งได้หลายชนิด ตัวอย่างเช่น ถั่วเหลืองจะมีสารไอโซฟลาโวนส์ที่ช่วยป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก โรคกระดูกพรุน และอาการร้อนวูบวาบในหญิงหมดประจำเดือน และโรตีนถั่วเหลืองยังช่วยลดคอเลสเตอรอลได้

หมวดผลไม้ เป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระ (เบตาแคโรทีน วิตามินเอ ซี) บี 6 กรดโฟลิก โปตัสเซียม เส้นใยอาหารและสารพฤกษเคมีที่จะช่วยป้องกันมะเร็ง เช่น ส้ม แอปเปิล พ룬 สับปะรด ฝรั่ง มะละกอ เป็นต้น ในแต่ละวันเราควรเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน โดยเลือกชนิดผักผลไม้ที่มีสีเหลืองหรือสีส้มจัด ซึ่งจะเป็นแหล่งของเบตาแคโรทีนอย่างน้อยวันละ 1 อย่าง ผักใบเขียวจัดวันละ 1 อย่าง เลือกผลไม้ที่มีวิตามินสูงๆ 1 อย่าง เช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่ง แคนตาลูป ที่เหลือจะเลือกผักผลไม้ชนิดใดก็ได้

หมวดข้าว ได้แก่ ข้าว ขนมหัง ก๋วยเตี๋ยว แป้ง และเมล็ดธัญพืช ซึ่งอยู่ที่ฐานของธงโภชนาการ หรือพีระมิดเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรต เป็นหมวดที่จะต้องรับประทานพอประมาณในแต่ละวัน เพราะเป็นแหล่งที่ให้พลังงานในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีวิตามินบี 1 บี 2 บี 6 อี กรดโฟลิก ไนอะซิน และเกลือแร่ เช่น แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส โปตัสเซียม สังกะสี ทองแดงและสารพฤกษเคมี

ใยอาหาร จะพบได้ในพืชเท่านั้น ซึ่งระบบย่อยของร่างกายคนเราไม่สามารถย่อยกากของพืชได้ ใยอาหารจะไม่ให้พลังงานแต่จะช่วยให้การขับถ่ายและยังป้องกันมะเร็งบางชนิดได้ เช่น มะเร็ง

ในลำไส้ใหญ่ โยอาหารชนิดละลายน้ำ ช่วยลดคอเลสเตอรอล ป้องกันโรคหัวใจ โรคอ้วน ควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดที่มีกากใยอาหารสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ขนมปังโฮลวีท ข้าวโอ๊ต และธัญพืชอื่นๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ลูกเดือย เป็นต้น

การรู้จักธงโภชนา เป็นการให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการเลือกรับประทานอาหาร ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การทำให้เราสามารถจัดหมวดหมู่อาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมน้ำหนักของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถนำไปใช้ได้ในระยะยาว

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

กินอาหารทุกมื้อ ต้องไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะจะทำให้หิวมากในมื้อถัดไป ลดปริมาณอาหารทุกมื้อที่รับประทาน เมื่ออาหารหมดแล้วไม่ต้องเติมอีก ใช้งานอาหารขนาดเล็กกลง เพื่อให้ดูว่ามีอาหารมาก เคี้ยวอาหารช้าๆ และบริโภคอาหารที่เป็นน้ำหรือดื่มน้ำบ่อยๆ ขณะรับประทานอาหาร ควรปรุงอาหารโดยใช้เครื่องเทศ เช่น กะเพรา พริกไทย ลดปริมาณการรับประทานน้ำตาล น้ำมัน และซอสปรุงรสต่างๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ขนมต่างๆ น้ำหวาน และแอลกอฮอล์ เพิ่มการรับประทานอาหารไม่แปรรูป และอาหารที่มีไฟเบอร์สูง ได้แก่ ผัก และผลไม้ต่างๆ กินอาหารมื้อเย็นก่อนเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

2. การปรับวิธีคิดและการควบคุมความรู้สึกในการลดน้ำหนัก

สร้างความคิดที่ดี “เราสามารถลดน้ำหนักได้” มีความเชื่อมั่น ตั้งใจ และมุ่งมั่นต่อการลดน้ำหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน “ไม่ใช่อดอาหาร” ตั้งเป้าหมายของการลดน้ำหนัก “เพื่อสุขภาพ” โดยมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ระวังอยู่เสมอว่าหากกินอาหารมากเท่าใด มื้อต่อไปก็จะยิ่งหิวมาก หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความหิวได้

3. หลักการบริโภคอาหารเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่ กินอาหารสมดุล

ควบคุมสัดส่วนและปริมาณอาหารแต่ละหมวดให้พอเหมาะกินอาหารเข้าทุกวัน เพราะมื้อเช้าเป็นมื้อหลัก ที่สำคัญกินอาหารให้พออิ่ม ในแต่ละมื้อไม่บริโภคจนอึดมากเกินไป กินอาหารตามธรรมชาติ ไม่แปรรูปกินผักและผลไม้สดไม่หวานให้ครบ 5 สี ได้แก่ น้ำเงินม่วง เขียว ขาว เหลืองส้ม และแดง กินอาหารมื้อเย็นก่อนเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด หวานจัด และเค็มจัด อาหารในรูปไขมัน เนย มาการีน น้ำตาล แป้ง และเกลือ

การควบคุมน้ำหนักที่ได้ผลดีในระยะยาวต้องมีการลดอาหาร ควบคู่กับออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ที่ต้องการจะลดน้ำหนักจะต้องตั้งใจจริง

การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

บรรยายโดย อาจารย์วิฑิต มิตรานันท์

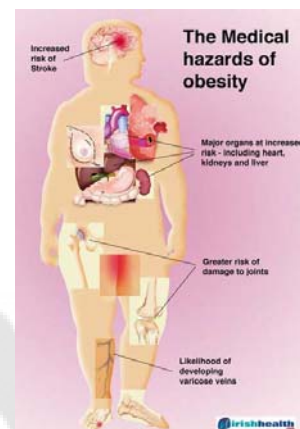
อาจารย์ประจำภาควิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ทำไมต้องออกกำลังกาย???

1. น้ำหนักเกิน (Overweight)
2. ไขมันเกิน (Overfat)
3. โรคอ้วน (Obesity)

อ้วนแล้วจะเกิดอะไรขึ้น???

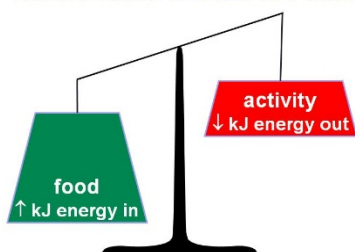
- ❖ เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน
- ❖ ไขมันในเลือดผิดปกติ
- ❖ ความดันโลหิตสูง
- ❖ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ
- ❖ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งบางชนิด



สมดุลของพลังงานในร่างกาย

กิจกรรมทางกาย VS การออกกำลังกาย

Eat too much. Exercise too little.



การออกกำลังกาย

- ◆ การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผน
- ◆ มีแบบแผน
- ◆ มีการกระทำซ้ำหรืออย่างสม่ำเสมอเพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถ

การวางแผนและแบบแผนของการออกกำลังกาย

- ◎ มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ
- ◎ เครื่องแต่งกาย
- ◎ อบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลาย
- ◎ ยึดหลัก "FITT"



FITT

- ☆ F = Frequency (ความถี่ของการออกกำลังกาย)
- ☆ I = Intensity (ความหนักของการออกกำลังกาย)
- ☆ T = Type (ชนิดของการออกกำลังกาย)
- ☆ T = Time (เวลาในการออกกำลังกาย)

**F = Frequency (ความถี่)**

- ◇ ออกกำลังกายให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ อย่างน้อยที่สุด 3 วันต่อสัปดาห์
- ◇ มีวันพักอย่างน้อย 1 – 2 วัน
- ◇ การออกกำลังกายโดยมีกลุ่ม กว้นเพื่อนจะทำให้สามารถคงความถี่ของการออกกำลังกาย

ได้ดี

I = Intensity (ความหนัก)

- ◇ การจับชีพจรทำให้ที่บริเวณข้อมือ (แนวนิ้วโป้ง) และข้างลำคอ (คาโรทิด)
- ◇ อัตราการเต้นหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60 – 90 ครั้งต่อนาที
- ◇ อัตราการเต้นหัวใจที่ช้า และเรื้อบออะไร
- ◇ อัตราการเต้นหัวใจขณะพักของเราคือ...
- ◇ หาอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด = $220 - \text{อายุ}$ ครั้ง/ นาที
- ◇ คำนวณหาอัตราการเต้นหัวใจที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย

**(60 – 80 % ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด)**

- ◇ นายเอกอายุ 40 ปี จงหาอัตราการเต้นหัวใจที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย
- ◇ นายเอกมีอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด = $220 - 40 = 180$ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจที่เหมาะสมคือ $108 - 144$ ครั้ง/นาที
- ◇ อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมของตัวเราอยู่ในช่วง...

T = Type (ชนิด)

☐ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีการทำงานซ้ำๆ กัน ของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เป็นเวลานานพอสมควร ตั้งแต่ 15 – 20 นาที ขึ้นไป เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำ...

☐ ออกกำลังกายแบบแรงต้าน สร้างความตึงในกล้ามเนื้อ เป็นการเน้นการสร้างความแข็งแรงเฉพาะส่วนกล้ามเนื้อ

☐ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต้องทำทั้งแบบแอโรบิก และแบบแรงต้าน

☐ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ใช้ความหนักตามอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดประมาณ 60 – 80 %

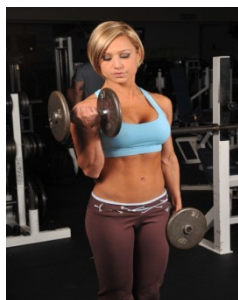
☐ ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน ยกน้ำหนักที่ระดับความตึงปานกลาง (70% 1rm) ตั้งแต่ 9 – 15 ครั้งต่อเซต โดยมีระยะเวลาพักระหว่างเซต 1 – 2 นาที หลักการยก คือ ตอนออกแรงดันหายใจออก ตอนออกแรงผ่อนหายใจเข้า

☐ ออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน ลองฝึกปฏิบัติ !!!

☐ ทำฝึกหน้าแขน

☐ ทำดันไหล่

☐ ทำฝึกหลังแขน



ทำฝึกกล้ามเนื้อหน้าอก

ทำฝึกท้อง

ทำฝึกต้นขาและสะโพก



T = Time (เวลา)

⌚ การออกกำลังกายแอโรบิกใช้เวลาตั้งแต่ 15 นาที ขึ้นไปโดยมีเป้าหมายเวลาจนถึงเวลา 30 – 40 นาที

⌚ การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านฝึกท่าละ 3 – 5 เซต ประมาณ 5 – 7 ท่าต่อครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 – 60 นาที

⌚ การออกกำลังกายทั้งสองแบบอาจทำในการฝึกวันเดียวกันหรือคนละวันก็ได้

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

● ควรรอกำลังกายควบคู่ทั้งแบบแอโรบิกและแบบแรงต้าน เพิ่มผลในการควบคุม น้ำหนักที่ดี

● ให้การออกกำลังกายเป็นเหมือนกิจวัตร

● อาจหาเพื่อนร่วมออกกำลังกาย เพื่อสร้างแรงจูงใจ

● ควรแต่งกาย โดยเป็นรองเท้ากีฬา และเสื้อผ้าที่โปร่งสบาย

● ควรรอกำลังกายควบคู่ทั้งแบบแอโรบิก และแบบแรงต้าน เพิ่มผลในการควบคุม น้ำหนักที่ดี

● ให้การออกกำลังกายเป็นเหมือนกิจวัตร

● อาจหาเพื่อนร่วมออกกำลังกาย เพื่อสร้างแรงจูงใจ

● ควรแต่งกาย โดยเป็นรองเท้ากีฬา และเสื้อผ้าที่โปร่งสบาย

● ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ต้องมีการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลาย โดย ประกอบด้วยการยืดเหยียด และการเตรียมความพร้อม

● หากมีอาการผิดปกติในขณะออกกำลังกาย เช่น แน่นหน้าอก หน้ามืด ให้ค่อยๆ หยุดการออกกำลังกาย ประเมินอาการ และพบแพทย์เพื่อหาข้อจำกัดในการออกกำลังกายต่อไป สิ่งที่มีมักเข้าใจผิด

● รีดมาก ๆ แล้วจะทำให้เหนื่อยจนน่าเกลียด

● ผู้หญิงเล่นเวทไม่ได้ เพราะจะกล้ามเนื้อโต

● ออกกำลังกายแล้วน้ำหนักไม่ลด คือ ไม่ได้ผล

การสร้างสุขนิสัยในการออกกำลังกาย

ผลักดันตนเองให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายให้มากขึ้น ไม่ผลัดวันประกันพรุ่ง ลงมือทำทันที สร้างแรงจูงใจ ทำให้การออกกำลังกายเป็นเรื่องสนุกสนาน การตั้งรางวัลให้กับตนเอง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายมากขึ้น

การออกกำลังกายมีประโยชน์ในผู้ที่น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน แต่ต้องทำให้ถูกวิธี และ ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงจะเห็นผล

ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

บรรยายโดย คุณณณมล ตรีเพชรศรีอุไร

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความฉลาดทางสุขภาพ ?

Health Literacy ที่ปรากฏในเอกสารไทย

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส. 2541) แปลจาก นิยามองค์การอนามัยโลก (1998)

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชนซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

3. ความฉลาดทางสุขภาพ: มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2553) การศึกษาด้านสุขภาพในแวดวงการศึกษา

4. ความฉลาดทางสุขภาพ: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553, ธันวาคม) Health Literacy has been defined as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. (WHO. 2009)

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy)

“ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี” (กองสุกศึกษา. 2553)

⊙ คนอเมริกันจำนวนมากมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ (Limited Health Literacy) มีปัญหาในการรับรู้ การทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง (National Assessment of Adult Literacy : NAAL. 2003)

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม

- ⊙ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ⊙ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น
- ⊙ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากการพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง (WHO. 2009)

- ⊙ โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล
- ⊙ เกิดข้อจำกัดในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- ⊙ ความไม่สามารถในการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์

นัทบีม ดี (Nutbeam, D. 2000) เสนอว่า ควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีชี้วัดที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health

Outcomes) ที่เกิดขึ้นจากการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication Activities) (7th Global Conference on Health Promotion : WHO. 2009)

องค์ประกอบของ Health Literacy

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)
5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)
6. การจัดการตนเอง (Self-management)

แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

1. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล
2. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร
3. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ

องค์การอนามัยโลก (1998)

“Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สวรส. 2541)

The US Healthy People 2010 (2000) “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

Institute of Medicine: IOM (2004) “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดย Health Literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงานและชุมชน

นัทบีเอ็ม ดี (Nutbeam, D. 2000)

1. “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจ ในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (2000)

2. “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (2008)

3. “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (2009)

ความฉลาดทางสุขภาพ 3 ระดับ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy)

ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งลายลักษณ์อักษรและวาจาจากทีมสุขภาพ รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ interactive Health Literacy)

ทักษะพื้นฐานด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุม/ จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับนี้เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมือง ไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

Health literacy & น้ำหนักเกิน ?

ชาร์ฟ ไอ และ แบลิ่ง อี เอ (Sharif I.; & Blank, E.A. 2009) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38

ภาวะน้ำหนักเกิน (Over Weight) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่ามาตรฐานที่ใช้บ่งบอกภาวะน้ำหนักของร่างกาย คือ ค่าดัชนีมวลกาย

สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจะมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร สำหรับคนไทย

BMI ชาย = 20 – 24 กิโลกรัม/ตารางเมตร หญิง = 20 – 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร
เส้นรอบเอว ชาย : < 90 ซม. หญิง : < 80 ซม.

WHO

BMI <18.5 = น้ำหนักตัวน้อย

BMI $\geq$ 25 = น้ำหนักตัวเกิน

BMI 25.0-29.9 = pre obese

BMI 30.0 – 34.9 = อ้วน ระดับ 1

Asia-Pacific

($\geq$ 23)

(risk 23 – 24.9)

(25-29.9)

WHO

Asia-Pacific

BMI 35.0 – 39.9 = อ้วนระดับ 2

(≥30)

BMI มากกว่า 40.0 = อ้วนระดับ 3

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของนิสิต หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของนิสิตที่จะสามารถส่งผลต่อน้ำหนักของนิสิตประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะประเมินโดยใช้ประยุกต์ใช้แบบทดสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

1. **ทักษะความรู้ ความเข้าใจ** หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไปประยุกต์โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ ตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. **ทักษะการเข้าถึงข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน** หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้นและการคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

3. **ทักษะการสื่อสารข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน** หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ต่อรองและรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม

4. **ทักษะการตัดสินใจ** หมายถึง กระบวนการคิด วิเคราะห์ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่

5. **ทักษะการจัดการตนเอง** หมายถึง วิธีการ ทักษะ และกลยุทธ์ระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การมุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเองและอื่นๆ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการลดน้ำหนัก

6. **ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะในการคิดทำความเข้าใจวิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถตีความเนื้อหาในสาระที่แฝงอยู่ในสื่อและสามารถประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่นิสิตร่วมกันตั้งเป้าหมายและหากลวิธีในการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเองและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

วิธีคำนวณความต้องการของพลังงานอย่างง่าย

คำนวณจากน้ำหนักเป้าหมายที่ต้องการ

♂ ผู้ชาย ความต้องการพลังงาน = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม $\times$ 26

♀ ผู้หญิง ความต้องการพลังงาน = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม $\times$ 24

ตัวอย่าง ผู้หญิงหนัก 75 กิโลกรัม ต้องการลดน้ำหนักตัวให้เหลือ 60 กิโลกรัม

วิธีคำนวณ

พลังงานที่ร่างกายต้องการรักษาน้ำหนักตัวขณะนั้น = $75 \times 24 = 1,800$ kcal/day
เป้าหมายน้ำหนักที่ต้องการคือ 60 กิโลกรัม จะต้องลดน้ำหนัก 15 กิโลกรัม ความต้องการพลังงานที่
น้ำหนักเป้าหมาย = $60 \times 24 = 1,440$ kcal/day

ถ้าต้องการลดน้ำหนักก็ต้องกินอาหารลดลงวันละ = $1,800 - 1,440 = 360$ กิโลแคลอรี

ถ้าไม่ต้องการลดปริมาณอาหาร จะต้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อให้ร่างกายใช้พลังงาน
เพิ่มขึ้นเท่ากับพลังงานส่วนเกินจากอาหารในแต่ละวันหรือจะใช้ทั้งสองอย่างรวมกัน

การปรับพฤติกรรมการกิน

1. Self monitoring

การจดบันทึกเวลาที่กินอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่กิน รวมทั้งกิจกรรม และ
อารมณ์ ในขณะนั้นซึ่งจะช่วยให้ตระหนักถึงสาเหตุ และรูปแบบของการกินของตนเองที่นำไปสู่ภาวะ
น้ำหนักเกิน

2. Stimulus control

2.1 พฤติกรรมการกินเร็ว จะส่งผลให้กินอาหารมากกว่าที่ต้องการเสมอ แก้ไขโดย
กินช้าๆ เมื่อตักอาหารใส่ปากให้วางช้อนกับส้อมลง และเคี้ยวอาหารให้ละเอียดอย่างน้อย 15 ครั้งก่อนกลืน
การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้อาหารที่กินเข้าไปถูกย่อยดูดซึมและส่งสัญญาณไปบอกสมองว่าอิ่ม จึงไม่ทำให้
กินอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ (ไม่เสียดายของเด็ดขาด)

2.2 พฤติกรรมการกินจุบจิบ แก้ไขได้ด้วยการกินอาหารให้ตรงเวลาทุกวัน เพราะ
การกินอาหารในเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน จะทำให้ระดับของฮอร์โมนอินซูลินที่ถูกหลั่งออกมาจากตับอ่อน
เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดถูกหลั่งออกมาสม่ำเสมอในเวลาเดียวกัน และตรงกับเวลาที่เรากินอาหาร
เข้าไปพอดี ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกหิว จนควบคุมได้ยาก
และทำให้ต้องหาอาหารว่าง หรือขนมหวานมาเพิ่มน้ำตาลในร่างกาย หากสามารถปรับพฤติกรรมให้
กินอาหารตรงเวลาได้เป็นเวลา 3 – 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน จะทำให้ลดนิสัยการกินจุบจิบลงได้ ไม่ซื้อ
อาหารว่างมาตุนไว้ ไม่ว่างของว่างต่างๆ ให้มองเห็นและหยิบฉวยได้สะดวก ก็จะช่วยลดนิสัยการกิน
จุบจิบได้

2.3 พฤติกรรมการกินเพราะเครียด/เหงา แก้ไขโดยหาอะไรทำ ไม่ปล่อยให้เวลาผ่านไป
โดยไร้ประโยชน์ การฟังดนตรี เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะมีผลช่วยในการปรับอารมณ์ให้เหมาะสม คลายเครียด

และแก้เหงาได้ การอดอาหารหรือควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดเกินไปอาจส่งผลให้เกิดความกดดันและสร้างความเครียดเพิ่มขึ้น

3. Self-reward การให้รางวัลกับตัวเอง (ที่ไม่ใช่อาหาร) เช่น การซื้อเสื้อผ้าใหม่ เมื่อลดน้ำหนักถึงเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

4. Cognitive Restructuring ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักให้ถูกต้อง

5. Physical Activity ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรปรับพฤติกรรมให้ทำอย่างต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป จนกลายเป็นนิสัย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการป้องกันการกลับมาอ้วนอีก

สรุป การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมน้ำหนัก ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จนกลายเป็นนิสัย





ภาพประกอบกิจกรรมการดำเนินงานวิจัย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำหนัก



การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) และการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อหารูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

ภาพประกอบกิจกรรมการดำเนินงานวิจัย ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบในการควบคุมน้ำหนัก



กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ก่อนเข้าสู่การจัดกิจกรรม



กิจกรรมฟังกการบรรยาย อาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะ น้ำหนักเกิน และการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยอาจารย์นุชรี เสนาคำ อาจารย์ ดร.วิจิต มิตรานันท์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ คุณนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร วิทยากรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก



ผู้นำเต้นแอโรบิก กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัย

ภาคผนวก จ

- ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
- หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ



MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้าทูลหากรวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขชื่อเสนอการวิจัย SWUEC-009/56 E

ข้อเสนองานวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนองานวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการลุ่มรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนองานวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: รูปแบบการควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีฤทธิ์นำหนัก
เริ่มโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับดูแลร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางอมรา ธีลธรรมกุล

สังกัด: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง: 1. ข้อเสนอโครงการวิจัย
2. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. ข้อเสนอการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2556 |
| 2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2556 |
| 3. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 25 พ.ค. 2556 |

(ลงชื่อ).....

(อาจารย์ แพทย์หญิงจันทร์พรฯ สอนวิชาเภสัชวิทยา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ส.ช. สอนวิชาเภสัชวิทยา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-018/2556

วันที่ให้การรับรอง : 04/10/2556

วันหมดอายุใบรับรอง : 04/10/2557

ที่ ศธ 0519.12/4 312



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ช่วยชาวญ

เรียน รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์

เนื่องด้วย นางอมรา วิสูตรานุกูล นิติศาสตรบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์การศึกษาศาสตร์และสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง "รูปแบบการควมคุมบ้านพักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข พูนนิรันดร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ช่วยชาวญตรวจรูปแบบการควบคุมบ้านพัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ช่วยชาวญให้ นางอมรา วิสูตรานุกูล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สิริเสจ ชาตินิยม)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ วิทยาลัยการแทน

คณะศิลปบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อมิส โทรทัศน์ 081-559 5615

ที่ ศธ 0519.12/9 ส.1



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี

เนื่องด้วย นางอมรา วิสูตรานุกูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการหลุมพ่นน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบรูปแบบการหลุมพ่นน้ำหนัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอมรา วิสูตรานุกูล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.วิรัช ชาตินิยม)
รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ ศึกษาราชการแทน
บัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเลข : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-559-5615

ที่ ศอ 0519.12/๑3(๐



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
จตุรมิตร 23 กรุงเทพฯ 10110

3๐ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางอมรา วิสูตรานุกูล มีประสบการณ์และคุณวุฒิสูงในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการร่างกายเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปัญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการควบน้มน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ค่อยนิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปัญญานิพนธ์ ในกรณี บัณฑิตวิทยาลัยจะเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภิญญา จำปามูล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบรูปแบบการควบน้มน้ำหนัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้
นางอมรา วิสูตรานุกูล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สิรินุช ชชาตินิม)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ วิทยาลัยการแพทย์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อมีสดี โทรศัพท์ 081 539 5615



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15664

ที่ ศธ 0519.12/93๐7 วันที่ ๖๐ พฤษภาคม 2557

เรื่อง จดเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณาจารย์วิทยาศาสตร์

เนื่องด้วย นางอมรา วิสุทธานุกุล มีประสบการณ์จาก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพงษ์ ค่อนี่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริเมธ ชาญเดช เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบการควบคุมน้ำหนัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอมรา วิสุทธานุกุล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(อาจารย์ ดร.สิริเมธ ชาตินิยม)

รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

พิกัด : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อไมล์ โทรศัพท์ 081-559-5615

ที่ ศบ 0519.12/ 3909



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

เนื่องด้วย นางอมรา วิสูตรานุกูล นิติศาสตรบัณฑิต สาขานิติศาสตร์การทนายและสุภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง "รูปแบบการควบคุมน้ำดื่มของนิติบัญญัติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวศึกษาด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข ชูณิรันดร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพงษ์ พลดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในกรณี นิติศาสตรบัณฑิต อาจารย์ดร.ยอห์น เจียวิธรรมกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบประเมินรูปแบบการควบคุมเครื่องดื่ม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ให้โปรดพิจารณาในกิจการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอมรา วิสูตรานุกูล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเลข : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรทัศน์ 081-559-5615



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15664

ที่ ศธ 0519.12/ 3910 วันที่ ๑ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอ.เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

เนื่องด้วย นางอมรา วิสุทธามูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง "รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข ทุนะจันทร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล สอนี่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในการนี้ นิสิตขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.อัครา ประเสริฐสิน และ อาจารย์ ดร.ปิยพงษ์ คล้ายกลิ้ง เป็นผู้ช่วยฯ ตรวจสอบและเห็นรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอมรา วิสุทธามูล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-559-5615

.....รับ
.....รับ
.....รับ

ที่ ศธ 0519.12/ 5189



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุรวงศ์ 23 กรุงเทพฯ 10110

จ | พฤศจิกายน 2557

เรื่อง จลเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางอมรา วิสุตรานุกุล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง "รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นจันทร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในการนี้ นิสิตขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.อริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบประเมินรูปแบบการควบคุมน้ำหนัก

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอมรา วิสุตรานุกุล และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2549-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อมิส โทรทัศน์ 081-559-5615



คำสั่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ 515/2558

เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

เพื่อให้การทำปริญญานิพนธ์ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 19 และมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2541 และคำสั่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ 3411/2554 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2554 เรื่อง การมอบอำนาจของอธิการบดีให้ผู้บริหารปฏิบัติราชการแทนอธิการบดีแต่งตั้งคณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ (สอบปากเปล่า) ของ นางอมรา วิสูตรานุกูล รหัสประจำตัว 53199150121 หลักสูตร ปรัชญาชุดุชฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เทชะบุญเสริมศักดิ์ ประธาน (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย)
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล คอณี กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐ์สิน กรรมการ (กรรมการบริหารหลักสูตร)

กำหนดวันสอบปริญญานิพนธ์ข้อเรื่อง "รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านกายภาพกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" ในวันที่ 22 เมษายน 2558 เวลา 09.00 น. ห้อง 202 สึก คณะพลศึกษา มศว องครักษ์

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์มีหน้าที่ดังนี้

1. พิจารณาความรู้ความสามารถของนิสิตในการทำปริญญานิพนธ์ โดยประเมินความรู้พื้นฐานในสาขาวิชา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนการนำเสนอและตอบคำถาม
2. ประธานกรรมการทำหน้าที่ควบคุมการสอบให้เป็นไปตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2554 และสรุปผลการสอบตามมติของคณะกรรมการสอบ พร้อมส่งรายงานผลการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์/สารนิพนธ์ (บว.432) ให้กับบัณฑิตวิทยาลัยภายใน 30 วันหลังสอบ แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายในวันสุดท้ายของการส่งเล่มปริญญานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ตามปฏิทินการศึกษาที่ประกาศโดยบัณฑิตวิทยาลัย
3. ประธานกรรมการ และกรรมการ ติดตามการแก้ไขปริญญานิพนธ์ตามคำแนะนำของกรรมการสอบ (ถ้ามี) และควบคุมการจัดทำรูปเล่มปริญญานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้เป็นไปตามรูปแบบที่บัณฑิตวิทยาลัยกำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป จนเสร็จสิ้นหน้าที่กรรมการเมื่อนิสิตสำเร็จการศึกษา

สั่ง ณ วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2558

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ ศร 0519.12/1059



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

20 เมษายน 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นประธานสอบปากเปล่าปริญญาโท

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางอมรา วิสุทธาภรณ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำ ปริญญาโท เรื่อง "รูปแบบการควบคุมน้ำหนักของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการกำกับตนเองร่วมกับความฉลาดทางสุขภาพ" ได้รับอนุมัติให้สอบปากเปล่า ปริญญาโท ในวันที่ 22 เมษายน 2558 เวลา 09.00 น. ณ ห้องสีรินทร/202 ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ เป็นประธานสอบปากเปล่าปริญญาโทของนิสิตผู้นี้ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดมาเป็นประธานสอบปากเปล่า ปริญญาโทในครั้งนี้ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
โทรสาร. 0-2260-0132



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	อมรา วิสูตรานุกูล
วันเดือนปีเกิด	21 กุมภาพันธ์ 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	229/9 ซอยวิภาวดีรังสิต 60 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและแผนงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและประกาศนียบัตร ผดุงครรภ์ชั้นสูง) จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2538	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(อนามัยสิ่งแวดล้อม) จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2558	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตวิทยาศาสตรการกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ